

## AVENANT 2020-1

### FAISANT PARTIE DU CONTRAT D'ASSURANCE VOYAGE ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE ÉMIS AU TITULAIRE DU CONTRAT.

Il est par les présentes convenu et stipulé que, pour tous les contrats émis à compter du **22 juillet 2020**, la police d'assurance voyage Assurance complémentaire est modifiée comme suit.

#### À l'intention de **toutes les personnes** assurées par le présent contrat

##### Modification 1

La clause **Retour à la province de résidence à la demande de l'assureur** est ajoutée aux **Conditions générales** de votre contrat :

##### Retour à la province de résidence à la demande de l'assureur

En absence de contre-indication médicale, lorsque le gouvernement canadien ou provincial recommande aux voyageurs de rentrer au pays, l'assureur peut exiger le retour à la province de résidence de toute personne assurée déjà en voyage dans un délai qu'il juge raisonnable.

##### Modification 2

La clause **Prolongation du contrat** des **Conditions générales** est modifiée comme suit :

##### Prolongation du contrat

**Si les personnes assurées demeurent admissibles à l'assurance et que leur état de santé n'a subi aucun changement depuis le jour du départ en voyage, une prolongation du contrat peut être demandée.**

Lorsque la prolongation est autorisée, la prime additionnelle doit être payée afin de maintenir la validité du contrat. **Si la prolongation ou les conditions de couverture ont pour effet de changer la tarification initiale du contrat, la nouvelle tarification s'applique à la durée entière du contrat.**

Le contrat doit couvrir la personne assurée à compter du lendemain de la date de terminaison de la couverture détenue auprès de l'autre compagnie d'assurance jusqu'au jour où elle regagne sa province de résidence, sauf lorsque la demande de prolongation est refusée par Croix Bleue.

La prolongation doit être achetée auprès de Croix Bleue. Une prolongation achetée auprès d'une autre compagnie d'assurance invalide totalement votre contrat avec Croix Bleue, sauf lorsque la demande de prolongation est refusée par Croix Bleue.

**La prolongation est conditionnelle à l'approbation de l'assureur si :**

- **La personne assurée a une demande de règlement à présenter auprès de Croix Bleue ou de l'autre compagnie d'assurance pour des frais encourus depuis la date de départ en voyage;**

- **Le gouvernement canadien publie un avertissement aux voyageurs leur recommandant de ne pas voyager dans la région ou dans le pays qui constitue la destination du voyage, ou;**
- **Le gouvernement canadien ou provincial recommande aux voyageurs de rentrer au pays.**

**Aucune demande de règlement pour la période initiale ne sera acceptée si elle est présentée après que la prolongation ait été accordée.**

**Le titulaire du contrat doit faire une demande de prolongation en communiquant avec Croix Bleue avant la fin de la période de couverture initiale.**

##### Modification 3

La clause **Validité du contrat** des **Conditions générales** est modifiée comme suit :

##### Validité du contrat

L'assurance n'est valide que si elle est achetée et la prime payée en entier avant la date de votre départ.

L'Assurance complémentaire doit être achetée avant le départ et doit couvrir la personne assurée à compter du lendemain de la date de terminaison de la couverture qu'elle détient auprès de l'autre compagnie d'assurance jusqu'à sa date de retour dans sa province de résidence.

Il ne doit y avoir aucune interruption de couverture entre les deux contrats.

Si le contrat Assurance complémentaire Croix Bleue nécessite une prolongation et que cette dernière est refusée par Croix Bleue, la validité du contrat est maintenue jusqu'à la date d'expiration indiquée sur l'attestation d'assurance.

**Toutes les autres dispositions de la police demeurent inchangées.**



**Sylvain Charbonneau**  
Président et chef de la direction



ASSURANCE VOYAGE



POLICE  
D'ASSURANCE  
VOYAGE



ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE



FIÈRE PARTENAIRE DE



<sup>MD</sup>/<sup>®</sup> Croix Bleue et Blue Cross sont des marques déposées de l'Association canadienne des Croix Bleue, utilisées sous licence par l'Association d'Hospitalisation Canassurance, membre indépendant qui opère sous le nom de Canassurance Compagnie d'Assurance<sup>MD</sup> au Québec, en Ontario et dans la Région de Atlantique.

<sup>®</sup> Blue Shield est la marque de commerce de Blue Cross Blue Shield Association.

<sup>MD</sup> Marque de confiance est une marque déposée de Sélection du Reader's Digest

## **Ceci est votre police d'assurance. Lisez-la attentivement.**

L'*attestation d'assurance* fait foi du produit acheté et détermine la garantie et les services assurés par ce contrat, ainsi que les conditions médicales particulières spécifiquement exclues de ce contrat.

La police (incluant les avenants s'il y a lieu) définit la garantie et les services offerts et, combinée à l'*attestation d'assurance*, elle constitue votre contrat d'assurance *voyage*.

**Ces documents contiennent des clauses qui peuvent limiter les sommes payables. Veuillez les lire attentivement.**

## **TABLE DES MATIÈRES**

<b>Avis relatif aux renseignements personnels</b>	2
<b>Le produit Assurance complémentaire</b>	2
<b>Conditions générales</b>	3
<b>Garantie et services offerts</b>	
• Garantie soins médicaux d'urgence	7
- <b>Exclusions et réductions de couverture</b>	11
• Services d'assistance voyage CanAssistance	16
<b>Définitions</b>	17
<b>Avis</b>	20
<b>Comment nous joindre</b>	21

Pour faciliter la lecture de la police, le genre masculin désigne à la fois les hommes et les femmes.

**Notez bien : les mots inscrits en italique dans le texte sont définis à la section « Définitions » de la présente police.**

## AVIS RELATIF AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

En souscrivant à l'un de nos produits d'assurance, vous consentez à la cueillette, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels par Croix Bleue<sup>MD</sup>, aux fins d'évaluation de votre demande de souscription, de confirmation de couverture et d'évaluation de vos demandes de règlements.

Les renseignements personnels fournis, colligés dans votre dossier d'assurance, demeureront confidentiels et en lieu sûr à nos bureaux. Ces renseignements ne seront accessibles qu'au personnel et aux représentants autorisés devant les utiliser pour les fins ci-haut mentionnées.

Sur réception d'une demande écrite, vous pouvez avoir accès à votre dossier d'assurance et, le cas échéant, demander que vos renseignements soient mis à jour et/ou corrigés.

Pour toute information additionnelle concernant la cueillette, l'utilisation et la divulgation de vos renseignements personnels, ou sur la gestion de ces renseignements, vous pouvez visiter notre site Internet ou encore, nous écrire à :

### **Résidents du Québec :**

**Directeur conformité**

**Association d'Hospitalisation Canassurance et ses filiales<sup>1</sup>**

**550, rue Sherbrooke Ouest**

**Bureau B-9**

**Montréal QC H3A 3S3**

### **Résidents de l'Ontario et de l'Atlantique :**

**Directeur conformité**

**Association d'Hospitalisation Canassurance et ses filiales<sup>1</sup>**

**185 The West Mall, bureau 610**

**Etobicoke ON M9C 5P1**

[renseignementspersonnels@qc.croixbleue.ca](mailto:renseignementspersonnels@qc.croixbleue.ca)

<sup>1</sup> Canassurance Compagnie d'Assurance et *CanAssistance* inc.

## LE PRODUIT ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

L'Assurance complémentaire Croix Bleue a pour but de couvrir les journées de *voyage* additionnelles qui ne sont pas couvertes sous le contrat que vous détenez auprès d'une autre compagnie d'assurance.

Vous avez la responsabilité de vérifier auprès de l'autre compagnie d'assurance que l'achat de l'Assurance complémentaire Croix Bleue ne compromet pas la validité de la couverture d'assurance de la partie initiale de votre *voyage*.

L'assurance voyage *Croix Bleue* achetée en complément d'une autre assurance peut différer de l'assurance qui couvre la partie initiale de votre *voyage*, tant au niveau de la protection que des limites et des exclusions.

## Ce qui est couvert

La couverture offerte comprend, en cas d'urgence, l'*hospitalisation*, les frais médicaux et paramédicaux, les frais de transport, l'allocation de subsistance et le suivi médical au Canada, tels que décrits dans la garantie soins médicaux d'urgence de la présente police, de même que les services d'assistance voyage *CanAssistance*.

Les montants suivants représentent les sommes maximales payables par *personne assurée*.

Garantie et services	Sommes assurées par personne
Soins médicaux d'urgence	Jusqu'à 5 000 000 \$
Assistance voyage	Incluse

## CONDITIONS GÉNÉRALES

### Admissibilité

#### A) Toutes les personnes

Pour être assurée, chacune des personnes doit :

- Être bénéficiaire au sens de la Loi sur l'assurance-maladie et de la Loi sur l'assurance hospitalisation de sa province de résidence pour toute la durée de son *voyage*
- Être couverte par un contrat d'assurance individuelle ou collective émis par une autre compagnie d'assurance pour le début de son *voyage*

De plus, toutes les *personnes assurées* doivent être âgées de plus de 30 jours au moment du départ.

#### B) Personnes âgées de 55 ans et plus

Pour être admissible à cette assurance, en plus des critères mentionnés précédemment, la *personne assurée* de 55 ans et plus ne doit pas :

1. avoir reçu un avis médical de ne pas voyager;
2. souffrir d'une condition médicale en *phase terminale*;
3. souffrir d'insuffisance rénale avec dialyse;
4. avoir été diagnostiquée ou traitée au cours des 5 dernières années pour un cancer avec des métastases;
5. au cours des 12 derniers mois, avoir reçu une prescription pour ou avoir été traitée avec de l'oxygène à domicile;

### Date de prise d'effet de la couverture

La couverture prend effet le lendemain de la date de terminaison de la couverture que vous détenez auprès d'une autre compagnie d'assurance.

### Date de terminaison de la couverture

La couverture se termine à la première des dates suivantes :

- la *date d'expiration* du contrat, ou;
- la date de retour du *voyage*, qu'elle soit prévue ou prématurée.

## Remboursement de prime

Toute demande de remboursement de prime doit être présentée à l'agent autorisé de l'*assureur* auprès duquel l'assurance a été achetée, avant la prise d'effet du contrat.

En cas de retour hâtif, un remboursement de prime peut être accordé pour les journées non utilisées, s'il n'y a aucune demande de règlement lors du séjour. Les journées sont considérées comme utilisées dès que le contrat entre en vigueur.

Vous devez présenter votre demande par écrit accompagnée d'une preuve de la date de votre retour, sans quoi la date à laquelle votre demande a été oblitérée par le service postal sera considérée comme votre date de retour.

Le décompte des journées inutilisées commence au lendemain de votre retour et des frais de 25 \$ s'appliquent.

## Prolongation du contrat

La couverture d'un contrat peut être prolongée moyennant le paiement de la prime additionnelle, **à condition que les *personnes assurées* demeurent admissibles à l'assurance et que l'état de santé de ces dernières demeure inchangé depuis le jour du départ en voyage. Si la prolongation ou les conditions de couverture ont pour effet de changer la tarification initiale du contrat, la nouvelle tarification s'applique à la durée entière du contrat.**

Le contrat doit couvrir la *personne assurée* à compter du lendemain de la date de terminaison de la couverture détenue auprès de l'autre compagnie d'assurance jusqu'au jour où elle regagne sa province de résidence.

La prolongation doit être achetée auprès de *Croix Bleue*. Une prolongation achetée auprès d'un autre *assureur* invalide totalement votre contrat avec *Croix Bleue*.

**Si les *personnes assurées* ont une demande de règlement à présenter auprès de *Croix Bleue* ou de l'autre compagnie d'assurance pour des frais encourus depuis la date de départ, la prolongation est conditionnelle à l'approbation de *Croix Bleue*. Aucune demande de règlement pour la période initiale ne sera acceptée si elle est présentée après que la prolongation ait été accordée.**

**Le *titulaire du contrat* doit faire une demande de prolongation en communiquant avec *Croix Bleue* avant la fin de la *période de couverture initiale*.**

## Prolongation automatique des couvertures

Toutes les couvertures sont prolongées automatiquement, sans frais :

- a) jusqu'à concurrence de 24 heures lorsque le retour au lieu de résidence est reporté à cause d'un retard du transporteur, ou par suite d'un *accident* de la circulation ou d'une panne mécanique du véhicule privé retournant au point de départ (la demande de règlement doit être appuyée d'un document qui en atteste le bien-fondé);
- b) pendant la durée de l'*hospitalisation* et les 24 heures qui suivent la sortie de l'*hôpital* d'une *personne assurée*;
- c) jusqu'à concurrence de 72 heures lorsque le retour au lieu de résidence est reporté à cause d'une *maladie* d'une *personne assurée* ayant débuté dans les 24 heures qui précèdent la date prévue de retour et nécessitant d'urgence des soins médicaux.

## Pause voyage

Les *personnes assurées* peuvent revenir dans leur province de résidence puis retourner à destination sans que le contrat d'assurance ne prenne fin.

Au cours de cette période, aucune couverture d'assurance n'est valide et aucun remboursement de prime n'est accordé pour les jours passés dans la province de résidence. Les *personnes assurées* doivent s'assurer de rencontrer les critères d'admissibilité à l'assurance avant de repartir.

Si une des *personnes assurées* a un *changement d'état de santé* alors qu'elle séjourne dans sa province de résidence, elle doit communiquer avec l'*assureur* avant de repartir à destination : tout *changement d'état de santé* sera considéré comme une condition préexistante et constituera une exclusion au contrat, tel que stipulé sous **Autres exclusions et réductions de couverture**.

## Validité du contrat

L'assurance n'est valide que si elle est achetée et la prime payée en entier avant la date de votre départ.

L'Assurance complémentaire doit être achetée avant le départ et doit couvrir la *personne assurée* à compter du lendemain de la date de terminaison de la couverture qu'elle détient auprès de l'autre compagnie d'assurance jusqu'à sa date de retour dans sa province de résidence.

Il ne doit y avoir aucune interruption de couverture entre les deux contrats.

## Rapatriement de la personne assurée

Aucun remboursement de prime pour retour hâtif n'est accordé lorsque la *personne assurée* a été rapatriée par *Croix Bleue*. En l'absence de contre-indication médicale, l'*assureur* peut exiger le rapatriement de toute *personne assurée* ou son transfert à un lieu de *traitement* différent. **Tout refus de rapatriement ou de transfert formulé par la *personne assurée*, alors qu'elle est couverte sous la garantie soins médicaux d'urgence de *Croix Bleue* met fin à l'assurance et aucun remboursement de prime ne sera fait. L'avis de terminaison au *titulaire du contrat* sera suffisant.**

## Demandes de règlement (Réclamations)

La responsabilité de l'*assureur* n'est engagée en vertu du contrat que si la *personne assurée* a communiqué avec *CanAssistance* tel que stipulé dans la garantie soins médicaux d'urgence. La *personne assurée* doit transmettre à l'*assureur*, dans les 90 jours à compter du sinistre, les factures originales et détaillées des frais réclamés, une preuve de paiement qui soit acceptable par l'*assureur*, un certificat médical donnant un diagnostic complet et attestant que les services faisant l'objet de la demande de règlement ont été fournis ainsi que tout autre document ou renseignement de toute nature requis par l'*assureur* dans le cadre de l'analyse d'une demande de règlement.

L'*assureur* se réserve le droit de faire subir des examens à la *personne assurée* dans le cadre d'une demande de règlement et, si la loi l'y autorise, de faire pratiquer une autopsie en cas de décès. Le coût des examens est aux frais de l'*assureur*, le cas échéant.

## Modalités de paiement

L'*assureur* effectue tout remboursement au moyen d'un chèque libellé au fournisseur de services ou au *titulaire du contrat* ou au cessionnaire de celui-ci, après réception et évaluation des comptes pertinents et des renseignements nécessaires s'y rapportant, selon les modalités prévues. Cependant, dans tous les cas, l'*assureur* se réserve le droit de payer directement le fournisseur de services.

Tout montant payé par l'*assureur* ou en son nom le libère de toute obligation jusqu'à concurrence de ce montant.

Lorsque le remboursement des frais d'*hospitalisation*, des frais médicaux et des frais d'assistance voyage n'est pas demandé par la *personne assurée*, mais qu'il fait l'objet d'un règlement entre l'*assureur* et ceux qui ont fourni les services, le *titulaire du contrat* doit fournir tout document original requis pour permettre le règlement, à défaut de quoi il se rend responsable du paiement des sommes dues.

## Coordination des prestations

Les prestations prévues au présent contrat ne couvrent que les frais excédentaires non couverts par un autre contrat individuel ou collectif ou par une loi ou un régime public d'assurance.

Si une *personne assurée* a droit à des prestations similaires en vertu d'un autre contrat individuel ou collectif, les prestations payables en vertu du présent contrat sont coordonnées de façon à ce que le total des sommes payées n'excède pas le montant qui fait l'objet de la demande de règlement.

## Subrogation

Si une *personne assurée* acquiert un droit de poursuite contre toute personne physique ou morale relativement à une perte couverte en vertu du présent contrat, l'*assureur* est subrogé à la *personne assurée* dans tous ses droits, jusqu'à concurrence du montant payé par l'*assureur*. La *personne assurée* doit signer et remettre les documents nécessaires à cet effet et faire tout ce qui est requis pour protéger ses droits. Si la *personne assurée* conclut une entente ou accepte un paiement de la tierce partie responsable de la perte sans l'accord écrit de l'*assureur*, celui-ci est libéré de toute obligation envers la *personne assurée*.

## Réticence, fraude ou tentative de fraude

Toute fraude ou tentative de fraude de la *personne assurée*, ou toute réticence ou fausse déclaration de la part de la *personne assurée* sur des faits essentiels ou des circonstances concernant la présente assurance entraîne la nullité de la présente assurance, que ce soit au moment de l'adhésion au contrat, d'une réclamation ou à tout autre moment au cours de la vie du contrat.

## Intérêt

Aucun intérêt ne sera versé sur les sommes payables en vertu de ce contrat.

## Monnaie

Tous les montants d'argent mentionnés dans le présent contrat, de même que toutes les sommes payables en vertu du contrat sont en dollars canadiens.

## Modification du contrat

Les termes et conditions du présent contrat ne peuvent être modifiés à moins d'une entente écrite entre le *titulaire du contrat* et l'*assureur*. La renonciation ou l'omission, de la part de l'*assureur*, d'exiger l'exécution ou l'observation d'une disposition quelconque du contrat ne doit pas être interprétée comme une renonciation de la part de l'*assureur* à son droit d'exiger l'exécution ou l'observation de toute disposition.

## Loi applicable et juridiction

Le contrat est soumis exclusivement aux lois de la province ou du territoire canadien où la *personne assurée* réside normalement.

Tout litige relatif à sa conclusion, son interprétation ou à son exécution sera soumis exclusivement aux tribunaux compétents de la province ou du territoire canadien où la *personne assurée* réside normalement et les parties conviennent de se soumettre à sa juridiction.

## GARANTIE ET SERVICES OFFERTS

### Soins médicaux d'urgence

---

#### Conditions particulières

Aux conditions générales s'ajoutent les conditions suivantes :

1. Les prestations ne sont accordées que sur présentation d'un certificat du *médecin* traitant attestant que les services faisant l'objet de la demande de règlement ont été fournis, ou que la perte assurée est effectivement survenue.
2. Lorsque le remboursement des frais d'*hospitalisation*, des frais médicaux et des frais d'assistance *voyage* n'est pas demandé par la *personne assurée*, mais qu'il fait l'objet d'un règlement entre l'*assureur* et ceux qui ont fourni les services, le *titulaire du contrat* doit fournir tout document original requis pour permettre le règlement, à défaut de quoi il se rend responsable des sommes que l'*assureur* ne peut recouvrer.

#### Ce qui est couvert

**Les prestations sont versées pour des frais usuels et raisonnables engagés par suite d'une situation d'urgence résultant d'un *accident* ou d'une *maladie subite* qui survient au cours d'un *voyage*, pendant la *période de couverture*.** Les *traitements* admissibles sont ceux déclarés **urgents et nécessaires** à la stabilisation de la condition médicale.

Les prestations prévues en vertu de la présente garantie sont accordées une fois que la franchise a été payée. La franchise est la partie des frais admissibles au contrat qui doivent être acquittés par la *personne assurée* et dont elle demeure responsable lors d'une réclamation. Elle s'applique une fois que les prestations couvertes par les programmes gouvernementaux ont été payés. Le montant de la franchise est indiqué sur l'*attestation d'assurance voyage* et s'applique par *voyage* par *personne assurée*.

## Prestations

Chaque *personne assurée* est couverte pour les frais usuels et raisonnables énumérés ci-dessous, sous réserve d'un maximum de 5 000 000 \$ pour la durée du contrat et **à la condition que ces frais ne soient pas engagés avant d'avoir obtenu l'autorisation de CanAssistance.**

### Avis

**À défaut de communiquer préalablement avec CanAssistance en cas de consultation médicale ou d'hospitalisation suite à un accident ou à une *maladie subite*, les indemnités pourraient être refusées.**

L'*assureur* et CanAssistance ne sont pas responsables de la disponibilité ou de la qualité des soins médicaux et hospitaliers administrés, ni de l'impossibilité d'obtenir de tels soins.

## Hospitalisation, frais médicaux et paramédicaux

### Hospitalisation

Les frais d'*hospitalisation*, en chambre privée ou semi-privée, excédant ceux qui sont remboursables en vertu des programmes gouvernementaux.

### Frais accessoires

Les frais inhérents (téléphone, télévision, stationnement, etc.) à une *hospitalisation*, sur présentation de pièces justificatives, jusqu'à un maximum de 100 \$ par *hospitalisation*.

### Honoraires de *médecins*

La différence entre les honoraires demandés par un *médecin* et les prestations prévues en vertu des programmes gouvernementaux.

### Appareils médicaux

Le coût d'achat ou de location de béquilles, de cannes ou d'attelles; le coût de location de fauteuils roulants, d'appareils orthopédiques ou d'autres appareils médicaux, lorsque prescrits par le *médecin* traitant.

### Honoraires d'infirmiers

Les honoraires pour les soins privés d'un infirmier diplômé (sans aucun lien de parenté avec la *personne assurée*) durant la période d'*hospitalisation*, lorsque ces soins sont médicalement requis et prescrits par le *médecin* traitant.

### Services professionnels (lorsque prescrits dans le cadre d'un *traitement d'urgence*)

Les services professionnels de physiothérapeute, chiropraticien, ostéopathe ou podiatre lorsque ces soins sont médicalement requis et prescrits par le *médecin* traitant, jusqu'à un maximum de 300 \$ par profession.

Les soins dermatologiques urgents jusqu'à un maximum de 300 \$ par *voyage*.

### Frais de diagnostic

Les frais d'analyses de laboratoire et de radiographies lorsque celles-ci sont prescrites par le *médecin* traitant.

## **Médicaments (lorsque prescrits dans le cadre d'un traitement d'urgence)**

Les frais de médicaments obtenus sur ordonnance d'un *médecin*, sauf si requis pour la stabilisation continue d'un problème médical chronique.

## **Soins dentaires**

Les honoraires d'un chirurgien-dentiste pour tout *traitement* dentaire d'urgence, à l'exception d'un *traitement* de canal, jusqu'à concurrence de 500 \$ par *voyage* et par *personne assurée*.

Les honoraires d'un chirurgien-dentiste jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par *accident* et par *personne assurée* pour les soins dentaires requis par suite d'un traumatisme externe (et non pas par suite de l'introduction d'un aliment ou d'un objet dans la bouche), seulement lorsqu'il y a endommagement de dents naturelles et saines qui n'ont subi aucun *traitement* ou pour réduction de fracture ou de dislocation de la mâchoire. Dans tous les cas, le *traitement* doit débuter pendant la durée du contrat et se terminer dans les 6 mois suivant la date de l'*accident*. La *personne assurée* doit transmettre à l'*assureur* une radiographie, prise après l'*accident* mais avant le début des *traitements*, démontrant les dommages subis.

## **Frais de transport**

**Les services suivants doivent être approuvés et planifiés par CanAssistance :**

### **Service d'ambulance ou de taxi**

Les frais de transport terrestre ou aérien pour conduire la *personne assurée* jusqu'à l'établissement médical adéquat le plus proche. Cette indemnité inclut également le transfert entre hôpitaux lorsque le *médecin* traitant et *CanAssistance* estiment que les installations existantes sont inadéquates pour traiter le patient ou stabiliser sa condition.

### **Rapatriement dans la province de résidence**

Les frais de rapatriement de la *personne assurée* dans sa province de résidence par un moyen de transport adéquat pour y recevoir des soins médicaux immédiats, et ce, **après autorisation du *médecin* traitant et de *CanAssistance***.

Les frais pour le rapatriement simultané du *compagnon de voyage*, ou de tout *membre de la famille immédiate de la personne assurée*, qui est également protégé en vertu du présent contrat, s'il ne peut revenir à son point de départ par le moyen de transport initialement prévu pour le retour.

Les frais d'accompagnateur sont également couverts dans le cas de rapatriement d'enfants, le cas échéant.

### **Transport pour visiter la *personne assurée***

Lorsqu'un *membre de la famille de la personne assurée* ou un ami qui ne *voyage* pas avec elle se rend à l'*hôpital* où elle séjourne ou se déplace pour identifier la *personne assurée* décédée, si nécessaire, avant le transport de la dépouille, l'*assureur* s'engage à rembourser les frais suivants :

1. Jusqu'à 1 200 \$ pour :
  - Les frais d'hébergement, les frais de repas dans un établissement commercial et les frais de garde d'enfants, le tout sujet à un maximum de 300 \$ par jour ;
  - Les frais de la police d'assurance *voyage*.
2. La totalité des frais de transport aller-retour, en classe économique.

Dans le cas où le *membre de la famille de la personne assurée* ou l'ami se déplace pour se rendre à l'*hôpital* où séjourne la *personne assurée*, les frais décrits ci-dessus seront remboursés uniquement si la *personne assurée* demeure hospitalisée au moins 7 jours et que le *médecin* traitant atteste par écrit, de la nécessité de la visite.

### **Retour du véhicule**

Le coût du retour, effectué par une agence commerciale ou par toute autre personne désignée et autorisée par *CanAssistance*, du véhicule routier personnel de la *personne assurée* ou d'un véhicule de location, à sa résidence ou à l'agence de location appropriée la plus proche, si une *maladie* ou un *accident* la rend incapable de s'en occuper, sous réserve d'un remboursement maximal de 5 000 \$. La *personne assurée* doit présenter un certificat médical du *médecin* traitant de la localité où son incapacité à utiliser son véhicule s'est manifestée.

### **Retour des bagages**

Le coût du retour des bagages de la *personne assurée* lorsqu'elle est rapatriée par l'*assureur* dans la province de résidence pour des raisons médicales, sujet à un maximum de 300 \$.

### **Retour de l'animal de compagnie**

Le coût du retour de l'animal de compagnie de la *personne assurée* lorsqu'elle est rapatriée par l'*assureur* dans la province de résidence pour des raisons médicales, sujet à un maximum de 500 \$.

### **Disposition de la dépouille**

En cas de décès, le coût de la préparation et du retour de la dépouille (excluant le coût du cercueil) jusqu'au point de départ dans la province de résidence, ou le coût de crémation ou de l'enterrement sur place (excluant le coût de l'urne, du cercueil et de la pierre tombale), sous réserve d'un remboursement maximal de 10 000 \$.

## **Allocation de subsistance**

Les frais pour l'hébergement et les repas dans un établissement commercial, lorsqu'une *personne assurée* doit reporter son retour pour cause de *maladie* ou de blessure corporelle qu'elle subit elle-même ou que subit un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou un *compagnon de voyage*, sous réserve d'un remboursement maximal de 3 000 \$ (maximum 300 \$ par jour).

## **Suivi médical au Canada**

Lorsqu'une *personne assurée* est rapatriée à son lieu de résidence au Canada aux frais de *Croix Bleue* à la suite d'une *hospitalisation* survenue au cours d'un *voyage* à l'extérieur de sa province de résidence et alors que la couverture est en vigueur, l'*assureur* s'engage à rembourser les frais suivants lorsqu'ils sont engagés dans les 15 jours suivant le rapatriement :

1. Les frais de séjour en chambre semi-privée dans un *hôpital* ou un centre de convalescence et de réadaptation physique sous réserve d'un maximum de 1 000 \$.
2. Les frais de service d'un infirmier auxiliaire licencié ou d'un préposé d'une agence spécialisée lorsque des soins sont requis au domicile sous réserve d'un maximum de 50 \$ par jour, maximum 10 jours.
3. Les frais de location des équipements médicaux suivants : béquilles, marchette standard, cannes, bandages herniaires, corsets orthopédiques et oxygène, sous réserve d'un maximum de 150 \$.

4. Les frais de transport (ambulance et taxi) pour des déplacements dans le but de recevoir des soins, jusqu'à un maximum de 250 \$.

## Ce qui n'est pas couvert

### Exclusions et réductions de couverture

Aucune somme n'est payable, aux termes de la présente garantie, si la perte subie ou les frais engagés résultent **directement** ou **indirectement** de l'une des causes suivantes :

#### Exclusions dues aux *conditions préexistantes*

**1. Pour les personnes âgées de moins de 55 ans, au cours des 3 mois précédant la date de départ en voyage :**

- a) toute *maladie*, blessure ou état (à l'exception d'une *affection mineure*) qui se rapporte à une condition médicale pour laquelle la *personne assurée* :
- a consulté un *médecin* (sauf pour un *examen de routine*), ou;
  - a été hospitalisée, ou;
  - s'est fait prescrire ou a reçu un nouveau *traitement*, ou;
  - a eu un changement dans un *traitement* existant, ou;
  - s'est fait prescrire ou a consommé un nouveau médicament, ou;
  - a eu un *changement de posologie*<sup>1</sup> de sa médication existante.
- b) toute condition cardiaque pour laquelle la *personne assurée* a consommé de la nitroglycérine plus d'une fois dans une période de 7 jours pour le soulagement de douleurs à la poitrine.
- c) toute condition pulmonaire pour laquelle la *personne assurée* a été traitée avec de l'oxygène à domicile ou a eu besoin de corticothérapie.

**2. Pour les personnes âgées de 55 à 75 ans voyageant pour une durée totale de moins de 32 jours, au cours des 6 mois précédant la date de départ en voyage :**

- a) toute *maladie*, blessure ou état (à l'exception d'une *affection mineure*) qui se rapporte à une condition médicale pour laquelle la *personne assurée* :
- a consulté un *médecin* (sauf pour un *examen de routine*), ou;
  - a été hospitalisée, ou;
  - s'est fait prescrire ou a reçu un nouveau *traitement*, ou;
  - a eu un changement dans un *traitement* existant, ou;
  - s'est fait prescrire ou a consommé un nouveau médicament, ou;
  - a eu un *changement de posologie*<sup>1</sup> de sa médication existante.
- b) toute condition cardiaque pour laquelle la *personne assurée* a consommé de la nitroglycérine plus d'une fois dans une période de 7 jours pour le soulagement de douleurs à la poitrine.
- c) toute condition pulmonaire pour laquelle la *personne assurée* a été traitée avec de l'oxygène à domicile ou a eu besoin de corticothérapie.

**3. Pour les personnes âgées de 55 à 75 ans voyageant pour une durée totale de 32 jours et plus ou les personnes âgées de 76 ans et plus :**

**A) les conditions médicales particulières qui suivent sont exclues, sauf si l'attestation d'assurance le stipule autrement :**

- a) **Au cours de la vie de la personne assurée**, toute *maladie* ou état qui se rapporte à l'une des conditions médicales suivantes pour lesquelles la *personne assurée* a été diagnostiquée ou traitée :
- **condition cardiovasculaire** (infarctus, pontage, angioplastie, angine, arythmie, stimulateur cardiaque, insuffisance cardiaque, défibrillateur, valvulopathie ou remplacement valvulaire, cardiomyopathie, myocardite, hypertension pulmonaire, anévrisme de l'aorte)
  - **insuffisance rénale**
  - **greffe d'un des organes suivants** : coeur, foie, pancréas, poumons, moelle osseuse
- b) **Au cours des 24 mois précédant la date de départ en voyage**, toute **condition pulmonaire chronique** (asthme, emphysème, bronchite chronique ou fibrose pulmonaire) pour laquelle la *personne assurée* a été hospitalisée ou a consommé des comprimés de cortisone.
- c) **Au cours des 12 mois précédant la date de départ en voyage**, toute *maladie* ou état qui se rapporte à l'une des conditions suivantes :
- **cancer** (à l'exception d'un carcinome basocellulaire) pour lequel la *personne assurée* a été diagnostiquée ou traitée;
  - **condition gastro-intestinale** (cirrhose, hépatite C, occlusion intestinale, diverticulite, maladie de Crohn, pancréatite, colite ulcéreuse) pour laquelle la *personne assurée* a été diagnostiquée ou traitée.

**B) sont également exclus lorsque survenus au cours des 6 mois précédant la date de départ en voyage :**

- i) tout autre *maladie*, blessure ou état (à l'exception d'une *affection mineure*) qui se rapporte à une condition médicale pour laquelle la *personne assurée* :
- a consulté le *médecin* (sauf pour un *examen de routine*), ou;
  - a été hospitalisée, ou;
  - s'est fait prescrire ou a reçu un nouveau *traitement*, ou;
  - a eu un changement dans un *traitement* existant, ou;
  - s'est fait prescrire ou a consommé un nouveau médicament, ou;
  - a eu un *changement de posologie*<sup>1</sup> de sa médication existante.
- ii) toute condition cardiaque pour laquelle la *personne assurée* a consommé de la nitroglycérine plus d'une fois dans une période de 7 jours pour le soulagement de douleurs à la poitrine.
- iii) toute condition pulmonaire pour laquelle la *personne assurée* a été traitée avec de l'oxygène à domicile ou a eu besoin de corticothérapie.

<sup>1</sup> L'assureur ne considère pas comme un changement de posologie de médication existante les éléments suivants :

- ajustement de routine d'insuline ou de Coumadin<sup>MD</sup>;
- changement de médicament pour son équivalent dans une marque générique, pour autant que la posologie soit la même;
- prise d'Aspirine<sup>MD</sup> non prescrit;
- diminution de la posologie du médicament pour le cholestérol;
- hormonothérapie de substitution;
- vitamines et minéraux et tout autre médicament non prescrit;
- pommades ou onguents prescrits pour irritations cutanées.

## Autres exclusions et réductions de couverture

Aucune somme n'est payable, aux termes de la présente garantie, si la perte subie ou les frais engagés résultent **directement** ou **indirectement** de l'une des causes suivantes :

1. Tout état ou condition pour lequel les symptômes ont été ignorés ou pour lequel un avis médical n'a pas été suivi ou les investigations, *traitements*, examens, ou interventions recommandés n'ont pas été effectués.
2. Frais liés à la grossesse, à l'accouchement ou aux complications résultant de l'un ou l'autre de ces événements, au cours des 8 semaines précédant ou suivant la date prévue de l'accouchement.
3. *Accident* survenu lors de la participation de la *personne assurée* à un sport contre rémunération ou à un événement sportif auquel des prix en argent sont remis aux gagnants, à tout genre de compétition de véhicules moteurs ou à tout genre d'épreuve de vitesse, à un sport avec contacts ou à un sport dangereux ou violent tel que mais non limité à : delta-plane, sports de neige hors-piste, saut d'obstacle à cheval, escalade ou alpinisme (routes grade 4 ou 5 selon l'échelle du *Yosemite Decimal System – YDS*), parachutisme, vol plané ou à voile, chute libre ou du saut à l'élastique (bungee jumping), canyoning, et tout sport ou activité hors de l'ordinaire, hors normes et comportant un haut degré de tension et de risques.

La restriction quant aux épreuves de vitesse ne s'applique pas aux activités d'athlétisme amateur qui sont sans contact et que la *personne assurée* pratique uniquement à des fins de loisir ou de mise en forme.

4. Abus de médicaments ou d'alcool, consommation de drogue, consommation de médicaments ou de produits expérimentaux ou toute autre forme de toxicomanie, et les conditions qui s'ensuivent, de même que la conduite d'un véhicule moteur avec les facultés affaiblies par une drogue quelconque, que sa consommation en soit légale ou non, ou avec un taux d'alcoolémie supérieur à 80 milligrammes par 100 millilitres de sang (0,08).
5. *Voyage* entrepris dans le but de recevoir des soins médicaux ou paramédicaux.
6. Suicide, tentative de suicide ou blessure volontaire, que la *personne assurée* soit saine d'esprit ou non.

7. Guerre, invasion, actes d'ennemis étrangers, hostilités entre nations (que la guerre soit déclarée ou non), guerre civile, rébellion, révolution, insurrection, pouvoir militaire ou usurpé.
8. Perpétration ou tentative de perpétration par la *personne assurée*, d'un acte criminel en vertu de toute loi.
9. Toute condition résultant de troubles mentaux, nerveux, psychologiques ou psychiatriques de la *personne assurée* sauf si elle doit être hospitalisée relativement à cette condition.
10. Toute demande relative à des patients hospitalisés dans des hôpitaux pour *maladies* chroniques ou un service de réadaptation d'un *hôpital* public, ou relative à des patients qui se trouvent dans des maisons de soins prolongés ou des stations thermales.
11. Tous soins, *traitements*, produits ou services autres que ceux qui sont déclarés nécessaires au *traitement* de la blessure ou de la *maladie* ou à la stabilisation de la condition médicale par les autorités compétentes.
12. Soins de soutien ou soins donnés pour la commodité du patient.
13. Soins ou *traitements* pour des fins esthétiques.
14. Soins ou *traitements* reçus hors de la province de résidence de la *personne assurée* quand ces soins ou *traitements* auraient pu être obtenus dans la province de résidence, sans danger pour la vie ou la santé de la *personne assurée*, à l'exception des soins immédiatement nécessaires par suite d'une situation d'urgence résultant d'un *accident* ou d'une *maladie subite*. Le seul fait que des soins pouvant être prodigués dans la province de résidence soient de qualité inférieure, ou soient plus longs à obtenir que ceux qui peuvent l'être hors de cette province, ne constitue pas, au sens de la présente exclusion, un danger pour la vie ou la santé de la *personne assurée*.

Sans limiter la généralité de l'exclusion du paragraphe précédent, aucune *personne assurée* voyageant à l'extérieur de sa province de résidence principalement ou accessoirement pour consultation ou *traitement* n'a droit aux prestations de la présente police, même si un tel *voyage* est recommandé par un *médecin*.

15. Soins ou *traitements* qui sont reçus hors de la province de résidence et qui ne sont pas assurés en vertu des programmes gouvernementaux.
16. Soins ou *traitements* tels que ceux donnés par les acupuncteurs, homéopathes et naturopathes.
17. Produits suivants non couverts, même s'ils sont obtenus sur ordonnance :
  - les préparations alimentaires pour nourrissons, les suppléments ou substituts alimentaires ou diététiques de toute nature, y compris les protéines, les produits dits naturels, les multivitamines et les médicaments « grand public », les antiacides, les produits digestifs, les laxatifs, les antidiarrhéiques, les décongestionnants, les antitussifs, les expectorants et tout autre médicament contre le rhume ou la grippe, les gargarismes, les huiles, shampoings, lotions, savons et tout autre produit dermatologique.

18. **Défaut de la *personne assurée* de communiquer préalablement avec *CanAssistance*** en cas de consultation médicale ou d'*hospitalisation*, suite à un *accident* ou à une *maladie subite*.
19. Frais encourus après la prolongation du contrat Assurance complémentaire Croix Bleue, s'ils sont reliés à une condition médicale survenue au cours de la *période de couverture* initiale du contrat Assurance complémentaire Croix Bleue.
20. Frais excédant 10 000 \$ pour une évacuation d'urgence par transport aérien vers l'établissement médical adéquat le plus proche, quand le transport n'a pas été planifié par *CanAssistance*.
21. Les frais encourus lors de la première partie du *voyage* alors que la *personne assurée* est couverte par l'autre compagnie d'assurance, que cette dernière accepte ou refuse le remboursement des frais réclamés.
22. Les frais relatifs à un *accident*, une blessure ou une *maladie* survenu au cours de la période couverte par le contrat détenu auprès d'une autre compagnie d'assurance, si, à la date de prise d'effet de la couverture du contrat Assurance complémentaire Croix Bleue, la *personne assurée* :
  - est hospitalisée en raison de cet *accident*, de cette blessure ou de cette *maladie*;
  - a refusé d'être rapatriée;
  - devrait déjà avoir été hospitalisée ou avoir été rapatriée dans sa province de résidence selon nos normes.
23. Les frais engagés dans la province de résidence ou lors du retour à destination, si ces frais sont en lien avec un *changement d'état de santé* de la *personne assurée* survenu alors qu'elle séjournait dans sa province de résidence dans le cadre de la ***Pause voyage***.

# Services d'assistance voyage

## CanAssistance

Ces services sont offerts gratuitement à l'achat de ce produit d'assurance voyage.

### Assistance médicale

**Si, à la suite d'un *accident* ou d'une *maladie subite*, la *personne assurée* doit consulter un *médecin* ou être hospitalisée, elle doit appeler immédiatement *CanAssistance* qui prendra les dispositions nécessaires pour lui fournir les services suivants :**

- dans l'**État de la Floride**, la *personne assurée* sera dirigée vers une clinique ou un *hôpital* approprié, membre du réseau **Preferred Patient Care**;
- dans l'**État de la Caroline du Sud**, la *personne assurée* sera dirigée vers une clinique ou un *hôpital* approprié, membre du réseau **Preferred Personal Care**;
- dans le cas d'autres destinations, la *personne assurée* sera dirigée vers une clinique ou un *hôpital* approprié et, si possible, des fonds seront avancés à l'*hôpital*;
- confirmer la couverture de l'assurance médicale afin d'éviter un dépôt monétaire souvent substantiel;
- assurer le suivi du dossier médical et communiquer avec le *médecin* de famille;
- coordonner le rapatriement de la *personne assurée* dans sa province de résidence, s'il y a lieu;
- coordonner le retour, à leur domicile, en toute sécurité, des enfants à charge, si le parent est hospitalisé;
- prendre les dispositions nécessaires pour faire venir un membre de la famille, si la *personne assurée* doit séjourner à l'*hôpital* au moins 7 jours et si le *médecin* traitant le prescrit;
- coordonner le retour du véhicule routier personnel de la *personne assurée*, si une *maladie* ou un *accident* la rend incapable de s'en occuper.

### Avis

**À défaut de communiquer préalablement avec *CanAssistance* en cas de consultation médicale ou d'*hospitalisation* suite à un *accident* ou à une *maladie subite*, les indemnités pourraient être refusées.**

L'*assureur* et *CanAssistance* ne sont pas responsables de la disponibilité ou de la qualité des soins médicaux et hospitaliers administrés, ni de l'impossibilité d'obtenir de tels soins.

### Assistance générale

**Pour toute autre situation d'urgence, la *personne assurée* peut communiquer avec *CanAssistance* afin de bénéficier de services tels que :**

- assistance téléphonique sans frais, 24 heures par jour, 7 jours par semaine;
- transmission de messages urgents;

- coordination des demandes de règlement;
- service d'interprète aux appels d'urgence;
- référence à un avocat dans le cas d'un *accident* grave;
- règlement des formalités en cas de décès;
- assistance en cas de perte ou de vol de papiers d'identité;
- informations sur les ambassades et les consulats.

Par *CanAssistance*, l'*assureur* peut également fournir à la *personne assurée* des informations *prévoyage* sur les visas et les vaccins nécessaires.

**En aucun cas *CanAssistance* n'est responsable des frais pour les services d'assistance médicale et d'assistance générale.** Toutefois, certains de ces frais peuvent être remboursés par l'*assureur* selon les couvertures que vous avez souscrites.

## DÉFINITIONS

**Accident** désigne un événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible qui est dû exclusivement à une cause extérieure de nature violente et qui occasionne, directement et indépendamment de toute autre cause, des blessures corporelles pendant que l'assurance est en vigueur.

**Affection mineure** désigne toute *maladie*, blessure ou état qui se rapporte à une condition médicale qui prend fin au moins 30 jours consécutifs avant la date de prise d'effet de la couverture et qui ne requiert pas :

- la consommation de médicaments pendant une période de plus de 15 jours, ou;
- plus d'une visite de suivi chez le *médecin*, ou;
- une *hospitalisation*, ou;
- une intervention chirurgicale, ou;
- la consultation d'un *médecin* spécialiste.

Une condition médicale chronique ou la complication d'une condition médicale chronique n'est pas considérée comme une affection mineure.

**Âge** désigne l'âge de la *personne assurée* au moment de l'achat du présent contrat.

**Assureur** désigne :

1. En Ontario et au Québec :
  - Association d'Hospitalisation Canassurance (société de secours mutuels à but non lucratif)
2. Partout ailleurs au Canada :
  - Canassurance Compagnie d'Assurance.

**Attestation d'assurance** désigne le document certifiant l'existence d'un contrat et qui précise entre autres : les *personnes assurées*, le numéro de contrat, le produit, les dates de couverture, la franchise, les garanties choisies et les montants qui y sont associés.

**CanAssistance** désigne la compagnie mandatée par l'*assureur* pour offrir les services d'assistance aux *personnes assurées*.

**Changement d'état de santé** signifie toute *maladie*, *accident*, blessure ou symptôme pour lequel la *personne assurée* :

- a consulté un *médecin* (sauf pour un *examen de routine*), ou;
- a été hospitalisée, ou;
- s'est fait prescrire ou a reçu un nouveau *traitement*, ou;
- a eu un changement dans un *traitement* existant, ou;
- s'est fait prescrire ou a consommé un nouveau médicament, ou;
- a eu un changement de posologie de sa médication existante.

**Compagnon de voyage** désigne la personne qui planifie, part et revient avec la *personne assurée* pour effectuer le même *voyage*.

**Conditions préexistantes** désigne toute condition de santé qui existe déjà au moment de l'entrée en vigueur de la garantie. Les conditions préexistantes peuvent constituer un motif de refus lors d'une réclamation.

**Conjoint** désigne la personne unie au *titulaire du contrat* par les liens du mariage ou la personne qui réside en permanence depuis plus d'un an avec le *titulaire du contrat*. La dissolution du mariage par divorce ou par annulation de même que la séparation de fait de plus de 3 mois annulent ce statut.

**Croix Bleue** désigne l'Association d'Hospitalisation Canassurance et/ou Canassurance Compagnie d'Assurance.

**Date d'entrée en vigueur** désigne la date indiquée sur l'*attestation d'assurance*.

**Date d'expiration** désigne la date indiquée sur l'*attestation d'assurance*.

**Enfant à charge** désigne un enfant du *titulaire du contrat*, de son *conjoint*, ou des deux, âgé de plus de 30 jours avant le départ, non marié, qui dépend du titulaire pour son soutien et qui :

- est âgé de moins de 21 ans, ou;
- est âgé de moins de 25 ans et fréquente à temps plein, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement, ou;
- est handicapé physiquement ou mentalement.

Un enfant non résident canadien âgé de plus de 30 jours en voie d'être adopté à l'étranger par un résident canadien est considéré comme un enfant à charge à partir du moment où les documents requis ont été complétés et au moment où les autorités compétentes du pays où l'adoption a lieu remettent l'enfant, de façon définitive et sans appel, à la garde physique, visuelle et exclusive des parents adoptifs ou de la personne qui accompagnera l'enfant jusqu'à son arrivée au Canada. L'enfant en voie d'adoption n'a pas à être bénéficiaire de la Loi sur l'assurance *maladie* ou de la Loi sur l'assurance hospitalisation d'une province canadienne.

**Examen de routine** désigne une consultation périodique fixée à l'avance avec un *médecin* au cours de laquelle aucun nouveau symptôme ou aggravation de symptômes existants n'est rapporté par la *personne assurée* et aucune nouvelle anomalie n'est constatée par le *médecin*.

**Hôpital** désigne un établissement enregistré en tant qu'hôpital agréé et offrant des soins et des *traitements* à des patients internes ou externes. Un infirmier diplômé y est toujours de garde et on y trouve un laboratoire de même qu'une salle d'opération où des interventions chirurgicales sont pratiquées par un chirurgien légalement agréé. Le terme « hôpital » ne désigne en aucun cas un établissement ou une partie d'un établissement agréé et utilisé principalement comme clinique, un établissement de soins prolongés, un hôpital de convalescence, une maison de repos, un établissement thermal ou un centre de désintoxication pour toxicomanes ou pour alcooliques.

**Hospitalisation** désigne l'admission et le séjour dans un *hôpital* comme patient alité pour y recevoir des soins de courte durée et ce, pour une période minimale de dix-huit (18) heures.

Les soins de courte durée admissibles sont les soins de prévention, de diagnostic médical et de *traitement* médical (incluant la chirurgie) pour une *maladie* aiguë et ne comprennent pas les soins de convalescence et de réadaptation physique ou intellectuelle. Dans le cas d'une chirurgie d'un jour, la durée d'hospitalisation correspond à une période de dix-huit (18) heures d'hospitalisation.

**Maladie** désigne une détérioration de la santé ou un désordre de l'organisme constaté par un *médecin*, ou encore, lorsque la personne est enceinte, une complication pathologique survenant au cours de la grossesse.

**Maladie subite** désigne une *maladie* soudaine et imprévisible dont les premiers symptômes (constatés ou non par un *médecin*) se manifestent en cours de *voyage*.

**Médecin** désigne une personne, sans aucun lien de parenté avec la *personne assurée*, et légalement habilitée à exercer la médecine dans les lieux où les services médicaux sont rendus.

**Membre de la famille de la *personne assurée*** désigne le *conjoint*, le père, la mère, les grands-parents, les petits-enfants, les beaux-parents, un enfant (pas seulement à charge) de la *personne assurée* et/ou du *conjoint*, un frère, une soeur, un demi-frère, une demi-soeur, un beau-frère, une belle-soeur, un gendre, une bru, un oncle, une tante, un neveu, une nièce.

**Membre de la famille immédiate de la *personne assurée*** désigne le *conjoint*, le père, la mère et les enfants (pas seulement ceux à charge) de la *personne assurée*, du *conjoint* ou des deux.

**Période de couverture** désigne la période comprise entre la *date d'entrée en vigueur* et la *date d'expiration* du contrat indiquées sur l'*attestation d'assurance*.

**Personne assurée** désigne le *titulaire du contrat* et les personnes mentionnées sur l'*attestation d'assurance*. Un enfant qui naît en *voyage* au cours des 32 premières semaines de grossesse est automatiquement couvert par la présente assurance, dans la mesure où les frais médicaux pour l'accouchement de la mère ne sont pas exclus.

**Phase terminale** signifie la période où la mort semble inévitable, à plus ou moins brève échéance, quand il n'existe pas de *traitement* pour combattre la *maladie* ou quand la *maladie* résiste à tout *traitement* curatif.

**Titulaire du contrat** désigne la personne nommée comme telle sur l'*attestation d'assurance*.

**Traitement** désigne les chirurgies, les médicaments, les thérapies, les consultations avec des *médecins* ou d'autres professionnels de la santé et tout autre moyen utilisé pour soigner la *personne assurée*.

**Voyage** désigne un éloignement occasionnel de son domicile à des fins de vacances, de loisirs ou d'affaires. Le *voyage* fait à l'intérieur de la province de résidence doit comprendre le séjour d'au moins une nuit dans un établissement d'hébergement commercial.

# AVIS

Tout avis adressé à l'*assureur* peut être valablement transmis à :

## Québec

**Association d'Hospitalisation Canassurance / Canassurance  
Compagnie d'Assurance**

Case postale 910, succursale B  
Montréal (Québec)  
H3B 3K8

## Ontario et région de l'Atlantique

**Croix Bleue de l'Ontario**

Case postale 2005  
Etobicoke (Ontario)  
M9C 5P1

En foi de quoi, l'*assureur* a signé le présent contrat, lequel doit être validé par un représentant autorisé.



Sylvain Charbonneau  
Président et chef de la direction

## COMMENT NOUS JOINDRE

### Lignes assistance voyage

---

Si la *personne assurée* doit recevoir des soins de santé à l'étranger, elle ou son *compagnon de voyage* doit immédiatement communiquer avec *CanAssistance*.

**Canada, États-Unis**  
**1 800 361-6068**

**Ailleurs dans le monde, à frais virés**  
**514 286-8411**

Ces lignes d'assistance sont au service de la *personne assurée* **24 heures par jour, 7 jours par semaine**, pour lui venir en aide.

Si la *personne assurée* ne peut appeler à frais virés, l'*assureur* remboursera le coût de l'appel. Les frais d'itinérance ne sont pas pris en charge par l'*assureur*.

Pour faciliter la communication, la *personne assurée* doit s'identifier, donner le numéro de téléphone de l'endroit d'où elle appelle ainsi que son numéro de contrat.

### Avis

À défaut de communiquer préalablement avec *CanAssistance* en cas de consultation médicale ou d'*hospitalisation* suite à un *accident* ou à une *maladie subite*, les indemnités pourraient être refusées.

### Prolongation

---

Pour obtenir une prolongation, la *personne assurée* doit communiquer avec l'*assureur*.

**Canada, États-Unis**  
**1 877 986-7681**

**Ailleurs dans le monde, à frais virés**  
**514 286-7681**

### Demandes de règlement

---

La *personne assurée* peut communiquer avec notre service à la clientèle afin d'obtenir un formulaire de demande de règlement en composant l'un des numéros suivants :

**Ontario et région de l'Atlantique**  
**1 800 557-3907**

**Québec**  
**514 286-6690 / 1 800 387-2538**

**Veillez conserver cette carte avec vous en tout temps**  
**Please keep this card with you at all times.**

### En cas d'urgence

- Appeler le service d'assistance **avant** d'aller voir un médecin ou dès que possible.
- Présenter cette carte à l'hôpital ou à l'accueil d'une clinique.

Partenaire de / Partner of



### *In case of an emergency*

- *Call the Assistance line **before** consulting a doctor, or as soon as you can.*
- *Present this card at the hospital or at the front desk of a medical clinic.*





ASSURANCE VOYAGE

Votre distributeur

### Québec

550, rue Sherbrooke Ouest  
Bureau B-9  
Montréal (Québec)  
H3A 3S3

### Ontario et Région de l'Atlantique

185 The West Mall  
Bureau 610  
C.P. 2005  
Etobicoke (Ontario)  
M9C 5P1



Détachez cette carte et conservez-la toujours avec vous pendant la durée de votre contrat.

En cas d'urgence lors de votre voyage, composez dès que possible un des numéros apparaissant sur cette carte.



**Assistance voyage 24/7**  
**24/7 Travel Assistance**

\_\_\_\_\_  
Titulaire de la police / Policyholder

\_\_\_\_\_  
Numéro de police / Policy number

\_\_\_\_\_  
Date d'expiration / Expiration date

Du Canada ou des États-Unis  
From Canada and/or the U.S.A

**1-800-361-6068**

D'autres pays, à frais virés  
From other countries, call collect

**514-286-8411**