

POLICE D'ASSURANCE VOYAGE

Soins Médicaux D'urgence

La présente **police** est souscrite par la Société d'assurance générale Northbridge (« Northbridge »). Northbridge a désigné Xodus Travel Services Inc. comme **fournisseur d'assistance d'urgence** pour tous les services d'**urgence** couverts par ladite **police**. Xodus Travel Services a été à ce titre désignée par Northbridge comme agent de cette **police**.

NOTE IMPORTANTE : À LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE PARTIR EN VOYAGE

Maintenant que **vous** avez une **police** d'assurance voyage, que se passe-t-il? Nous voulons que **vous** sachiez (car c'est dans **vos** intérêt) ce qui est couvert, ce qui n'est pas couvert et ce qui est partiellement couvert (couvert, mais avec des limites) au titre de **vos** **police**. Veuillez prendre le temps de lire **vos** **police** avant de partir en voyage. Les termes en caractères gras sont définis dans **vos** **police** d'assurance.

- L'assurance voyage couvre les demandes d'indemnisation liées à des situations soudaines et **imprévues** (p. ex., **accidents** et **urgences**) et ne couvre généralement pas les soins de suivi ou périodiques.
- Pour être admissible à la présente assurance, **vous** devez répondre à tous les critères d'admissibilité.
- La présente assurance comporte des restrictions et des exclusions (p. ex., problèmes de santé non **stables**, grossesse, naissance d'un **enfant** en voyage, consommation excessive d'alcool, activités à risque élevé).
- Une exclusion pour les problèmes de santé préexistants s'applique à **vos** couverture. C'est à **vous** qu'il incombe de bien lire et comprendre la **police** pour voir si une exclusion pour **problème de santé préexistant** s'applique à **vos** cas, que ce **problème de santé** soit déclaré ou non au moment de la souscription de la **police**.
- Si **vous** présentez une demande d'indemnisation, **vos** antécédents médicaux pourraient être examinés.

Il **vous** appartient de **vous** conformer à toutes les exigences d'entrée au Canada et dans toute autre région que **vous** prévoyez visiter, y compris pour les itinéraires comportant des vols de correspondance.

En cas d'**urgence** ou si **vous** avez besoin d'assistance pendant **vos** voyage couvert, communiquez avec Xodus Travel Services Inc. au 1-833-754-3725 sans frais si **vous** êtes aux États-Unis ou au Canada, ou directement au +1 416-987-1218 si **vous** êtes au Canada ou ailleurs dans le monde avant de recevoir un traitement pour éviter que **vos** prestations ne soient limitées ou refusées.

Droit d'examen de 10 jours : Si, dans les 10 jours suivant la date de **vos** achat indiquée dans **vos** avis de confirmation, **vous** nous faites savoir que **vous** n'êtes pas entièrement satisfait de **vos** **police**, nous **vous** verserons un remboursement intégral à condition que **vous** ne soyez pas déjà parti pour **vos** voyage et qu'il n'y ait aucune demande d'indemnisation en cours. Le remboursement ne sera possible que si nous recevons **vos** demande de remboursement avant **vos** date de départ.

VOUS AVEZ LA RESPONSABILITÉ DE COMPRENDRE VOTRE COUVERTURE. SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS, VEUILLEZ APPELER LE NUMÉRO INDIQUÉ SUR VOTRE AVIS DE CONFIRMATION, QUE

**VOUS AVEZ REÇUE PAR COURRIEL OU PAR LA POSTE DE LA PART DU PARTENAIRE DE
CONFIANCE DE NORTHBRIDGE.**

*La présente **police** contient une clause qui retire ou limite le droit de l'assuré de désigner des personnes auxquelles, ou au bénéfice desquelles, doivent être versées les indemnités payables.*

COMMENT SOUSCRIRE L'ASSURANCE

Vous devenez assuré et le présent document devient **votre police** d'assurance quand les conditions suivantes sont réunies :

- **Vous** souscrivez l'assurance avant la date de départ, pour toute la durée de **votre** voyage couvert;
- **Vous** êtes nommé comme personne assurée dans l'avis de confirmation;
- **Vous** remplissez les critères énoncés dans la section « Condition d'admissibilité » de la présente **police**;
- **Vous** payez l'intégralité de la prime d'assurance pour la **police** souscrite, au plus tard à la **date d'effet** de **votre** couverture, conformément aux dispositions de **votre** avis de confirmation.

VOTRE CONTRAT D'ASSURANCE

L'intégralité du contrat entre **vous** et **nous** comprend les trois éléments suivants :

- a) **Votre** proposition d'assurance pour la présente **police** et, s'il y a lieu, tout avenant et tout **questionnaire médical**;
- b) **Votre** avis de confirmation;
- c) La présente **police** d'assurance.

Votre police d'assurance précise les conditions, restrictions et exclusions applicables à **votre** assurance voyage.

Votre avis de confirmation indique, en date de la souscription ou après une demande de modification, la **police** d'assurance que **vous** avez souscrite ainsi que les protections et services prévus par ce régime d'assurance, la **période d'assurance**, la **franchise** choisie (s'il y a lieu) ainsi que les **problèmes de santé** particuliers qui sont expressément exclus de **votre** contrat d'assurance. **Vous** devez **nous** aviser de tout élément stipulé ou toute omission dans **votre avis de confirmation** qui ne correspondraient pas à ce que **vous** avez déclaré au moment de souscrire l'assurance voyage.

Ces documents contiennent des clauses pouvant limiter les montants exigibles. **Nous vous** recommandons de les lire attentivement. Nonobstant les clauses qu'il contient, ce contrat est assujéti à toutes les lois fédérales, provinciales et territoriales en vigueur s'appliquant aux contrats d'assurance.

Assurance familiale

Un régime d'assurance familiale est offert. Ce régime prévoit une protection pour **vous, votre conjoint** et **vos enfants** à charge qui répondent aux critères d'admissibilité. Si **vous** payez la prime du régime familial, l' **avis de confirmation** précisera que l'assurance familiale est comprise dans cette **police**.

CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ

Pour être admissible à l'assurance, **vous** devez, à la date de **votre** proposition d'assurance et à la **date d'effet**, remplir les conditions suivantes. **Vous** devez :

- être un **résident canadien** assuré au titre d'un **régime public d'assurance maladie** dans **votre** province ou territoire de résidence pendant toute la durée de **votre voyage**;
- ne pas avoir fait l'objet d'une recommandation de ne pas voyager de la part d'un **médecin** ou d'un autre professionnel de la santé autorisé;
- ne pas avoir de tests médicaux, d'enquêtes médicales ou d'opérations chirurgicales à venir ou recommandés;
- ne pas avoir reçu le diagnostic d'une **maladie mortelle** dont l'espérance de vie est de 12 mois ou moins;
- ne pas nécessiter de dialyse rénale;
- ne pas avoir besoin de l'aide d'une ou plusieurs personnes pour au moins deux **activités de la vie quotidienne**;
- et ne jamais avoir reçu de transplantation du cœur, d'un rein, du foie, d'un poumon ou de la moelle osseuse.

ASSISTANCE VOYAGE

Des services d'assistance voyage sont compris dans tous **nos** régimes d'assurance.

Cas auxquels l'assistance voyage s'applique

Si **vous** avez besoin d'une assistance médicale ou autre en cas d'**urgence** pendant **votre** voyage couvert, **vous** devez toujours appeler notre **fournisseur d'assistance d'urgence** avant de recevoir tout traitement d'**urgence**.

Veillez noter que si **vous** ne communiquez pas avec le **fournisseur d'assistance d'urgence** lors d'une **urgence** avant de recevoir un traitement, **vous** pourriez devoir payer 25 % des frais médicaux admissibles que nous assumerions en temps normal aux termes de la présente **police** (règle proportionnelle des 25 %).

Si, au moment où survient l'**urgence** il **vous** est impossible pour des raisons médicales d'appeler le fournisseur d'assistance d'**urgence**, la règle proportionnelle des 25 % ne s'applique pas. Dans ce cas, communiquez avec le **fournisseur d'assistance d'urgence** dès que possible ou demandez à quelqu'un de le faire en **votre** nom. Ne présumez pas qu'une personne communiquera avec le **fournisseur d'assistance d'urgence** pour **vous**. C'est à **vous** qu'il incombe de vérifier si celui-ci a été alerté.

Nos services d'assistance d'urgence fournis en tout temps sept jours sur sept

Information avant le départ

- Renseignements sur les passeports et les visas
- Avis sur les risques pour la santé
- Météo
- Taux de change
- Emplacement des consulats et des ambassades

En cas d'urgence médicale

- Confirmation et explication de la couverture
- Aiguillage vers un **médecin**, un **hôpital** ou tout autre fournisseur de services médicaux
- Suivi de **votre urgence** médicale et information à **votre** famille
- Coordination du transport pour le retour à **votre** lieu de résidence si c'est nécessaire du point de vue médical
- Facturation directe des frais couverts, lorsque c'est possible

Autres services

- Assistance pour les bagages perdus, volés ou retardés
- Assistance pour l'obtention de fonds d'**urgence**
- Services de traduction et d'interprétation en cas d'**urgence** médicale
- Services de messages d'**urgence**
- Assistance pour remplacer des billets d'avion perdus ou volés
- Assistance pour l'obtention de médicaments sur ordonnance
- Assistance pour l'obtention de conseils juridiques ou d'un cautionnement

REMARQUE : Ces services peuvent donner lieu à des frais supplémentaires à **votre** charge.

Quand vous appelez pour obtenir une assistance voyage

Nous confirmerons qu'une **police** a été émise.

- **Vous** serez aiguillé vers le fournisseur de services convenant le mieux à **votre** situation.
- Avant de recevoir les renseignements médicaux pertinents, nous traiterons **votre urgence** en présumant que **vous** êtes admissible aux indemnités prévues par la présente **police**. S'il est par la suite constaté qu'une clause d'exclusion de la **police** s'applique à **votre** demande d'indemnisation, **vous** devrez nous rembourser tout montant que nous aurons versé pour **vous**.
- Il **vous** sera rappelé que tous les services fournis sont assujettis aux modalités et conditions de la présente **police**. S'il est par la suite constaté qu'une clause d'exclusion de la **police** s'applique à **votre** demande d'indemnisation, **vous** devrez nous rembourser tout montant que nous aurons versé pour **vous**.

- Si la demande d'indemnisation est admissible, nous prendrons toutes les dispositions possibles pour que les frais médicaux nous soient facturés directement.

Si vous avez besoin d'assistance

Ayez en tout temps **vos** numéro de **police** ou **vos avis de confirmation** sur **vous** pendant **vos** voyage couvert. **Vous** pouvez communiquer avec **notre fournisseur d'assistance d'urgence** aux numéros de téléphone indiqués ci-dessous. Il est joignable en tout temps et toute l'année par appel direct.

- +1 833.754.3725 sans frais, au Canada et aux États-Unis
- +1 416.987.1218 au Canada et ailleurs dans le monde

Quand **vous** appelez notre fournisseur d'assistance d'urgence, indiquez **vos** nom, **vos** numéro de **police**, **vos** emplacement et la nature de **vos** urgence.

Restrictions s'appliquant aux services du fournisseur d'assistance d'urgence

Nous ou le **fournisseur d'assistance d'urgence**, **nous nous** réservons le droit de suspendre, d'abréger ou de limiter **nos** services dans une région ou un pays touché par l'un ou l'autre des cas suivants :

- Rébellion, émeute, soulèvement militaire, guerre;
- Interruption de travail ou grève;
- **Accident** nucléaire, force majeure, ou refus par les autorités du pays touché de permettre la prestation des services d'assistance;
- Les autorités canadiennes, avant **vos** date de départ, ont publié un avis aux voyageurs officiel « Éviter tout voyage non essentiel » ou « Éviter tout voyage » vers **vos** pays, région ou ville de destination.

Le **fournisseur d'assistance d'urgence** mettra tout en œuvre pour **vous** fournir les services nécessaires en pareil cas.

Son obligation de fournir les services d'assistance voyage décrits dans la présente **police** est assujettie aux modalités, conditions, restrictions et clauses d'exclusion énoncées dans ladite **police**. Le ou les professionnels de la santé recommandés ou désignés par nous ou par le **fournisseur d'assistance d'urgence** pour fournir les services selon les indemnités et les modalités de la présente **police** ne font pas partie de notre personnel ni de celui du fournisseur d'assistance d'urgence. Par conséquent, ni nous ni le **fournisseur d'assistance d'urgence** ne saurions être tenus responsables d'une négligence ou de toute autre action ou omission de leur part, ou encore de la disponibilité, de la qualité, de la quantité ou des résultats d'un traitement ou service médical que **vous** pourriez recevoir ou de **vos** impossibilité de recevoir un tel traitement ou service.

DESCRIPTION DE L'INDEMNITE D'ASSURANCE SECTION : SOINS MÉDICAUX D'URGENCE

Protection maximale de 10 000 000 \$ aux termes de la présente **police**, y compris tout avenant s'il y a lieu, comme il est stipulé dans **votre** avis de confirmation, sous réserve des exclusions et restrictions applicables.

Durée de la garantie

Votre garantie prend effet à la date suivante :

- a) La date et l'heure de **votre** départ de **votre** province ou territoire de résidence au Canada.

Votre garantie prend fin au premier des événements suivants :

- a) La date et l'heure de l'annulation de **votre** garantie avant la date de départ;
- b) Le moment où **vous** annulez **votre** voyage couvert;
- c) À 23 h 59 à la **date d'expiration** de **votre police**, comme l'indique **votre** avis de confirmation;
- d) La date et l'heure de **votre** retour à **votre** point de départ.

Nonobstant ce qui précède, **votre** garantie demeurera en vigueur si **vous** retournez temporairement dans **votre** province ou territoire de résidence pour assister à des obsèques ou **vous** rendre au chevet d'un **membre de la famille hospitalisé**. Toutefois, **vous** ne serez pas couvert pour la période où **vous** serez dans **votre** province ou territoire de résidence.

Dans ce cas, **votre police** demeurera en vigueur jusqu'à **votre** date d'expiration, avec la seule exception que nous appliquerons l'exclusion pour **problème de santé préexistant** d'après **votre** nouvelle **date de départ** pour la continuation de **votre** voyage couvert.

Extensions de garantie automatiques

Votre garantie sera automatiquement prolongée au-delà de **votre date d'expiration** prévue, stipulée dans **votre avis de confirmation**, dans les cas suivants :

- a) **Votre transporteur public** désigné accuse un retard, ou **vous** accusez un retard en raison de circonstances indépendantes de **votre** volonté, auquel cas la garantie est prolongée de 72 heures maximum.
- b) **Vous, votre compagnon de voyage** ou un **membre de la famille** voyageant avec **vous** êtes **hospitalisé** à **votre date d'expiration** ou avant, auquel cas la garantie est prolongée pour la durée du séjour **à l'hôpital** et jusqu'à cinq (5) jours après le congé de **l'hôpital** quand **vous** êtes à l'extérieur de **votre** province ou territoire de résidence.
- c) Ou bien **vous, votre compagnon de voyage** ou un **membre de la famille** voyageant avec **vous** êtes dans l'impossibilité de poursuivre le voyage pour une raison médicale, mais n'avez pas besoin d'être **hospitalisé**, auquel cas la garantie est prolongée d'un maximum de trois (3) jours, moyennant documentation signée par un **médecin** à **votre** destination.

Extensions de garantie après le départ (garantie complémentaire)

Si **vous** décidez de prolonger **vo**tre voyage couvert après le départ, **vous** devez appeler l'agent avant la **date d'expiration**. **Nous** pouvons alors prolonger **vo**tre garantie aux termes de la présente **police**, moyennant des frais supplémentaires, jusqu'à dix (10) jours au-delà de **vo**tre **date d'expiration**, pourvu que :

- a) **vous** n'avez pas fait de demande d'indemnisation aux termes de la présente **police**;
- b) **vous** n'avez souffert d'aucune **maladie**, et n'avez pas subi de **dommages corporels** ni suivi aucun **traitement** médical pendant **vo**tre voyage couvert;
- c) la garantie stipulée par la présente **police** soit en vigueur au moment où **vous** demandez l'extension de garantie;
- d) **vous** versiez toute prime additionnelle exigée pour cette extension;
- e) et que la **période d'assurance** totale pour un seul **vo**yage couvert, avec la prolongation demandée, n'excède pas la période garantie du régime d'assurance **maladie** de **vo**tre gouvernement ni le nombre maximum de jours prévus au régime souscrit.

Dans tous les autres cas, la garantie peut être prolongée au-delà de la période susmentionnée, mais uniquement à notre discrétion. Elle ne peut en aucun cas être prolongée pour plus de 12 mois après **vo**tre **date de départ** initiale.

Le défaut de communiquer des renseignements médicaux connus annule la présente extension de garantie.

Description de la garantie

Si **vous** avez une **urgence** médicale pendant **vo**tre voyage couvert, **vous** devez toujours appeler le **fournisseur d'assistance d'urgence** avant de recevoir un traitement d'**urgence**.

Veillez noter que si **vous** ne communiquez pas avec le **fournisseur d'assistance d'urgence** lors d'une **urgence** avant de recevoir un traitement, **vous** pourriez devoir payer 25 % des frais médicaux admissibles que nous assumerions en temps normal aux termes de la présente **police** (règle proportionnelle des 25 %).

Si, au moment où survient l'**urgence** il **vous** est impossible pour des raisons médicales d'appeler le fournisseur d'assistance d'**urgence**, la règle proportionnelle des 25 % ne s'applique pas. Dans ce cas, communiquez avec le **fournisseur d'assistance d'urgence** dès que possible ou demandez à quelqu'un de le faire en **vo**tre nom. Ne présumez pas qu'une personne communiquera avec le **fournisseur d'assistance d'urgence** pour **vous**. C'est à **vous** qu'il incombe de vérifier si celui-ci a été alerté.

Nous **vous** rembourserons les frais **usuels et raisonnables** excédant le montant garanti par **vo**tre régime public d'assurance **maladie**, le régime d'assurance **maladie** de **vo**tre université canadienne ou tout régime privé d'assurance **maladie** pour les frais médicaux d'**urgence** admissibles stipulés dans la présente **police**, jusqu'au montant d'indemnité maximal de **vo**tre régime.

Description des frais médicaux et connexes admissibles

1. Frais médicaux d'**urgence** : les frais et services énumérés ci-dessous, selon ce qu'un **médecin** juge **nécessaire du point de vue médical** et ordonne ou prescrit pour le diagnostic ou le traitement de **vo**tre **maladie** urgente ou de **vos dommages corporels** :

- a) Les services d'un **médecin**, d'un chirurgien ou d'une infirmière ou d'un infirmier privé à **l'hôpital**;
- b) Les frais d'**hospitalisation** et de repas, à hauteur du **tarif** d'une chambre semi-privée, ceci comprenant le prix d'une cabine à bord d'un navire de croisière ou d'une chambre d'hôtel qui n'était pas déjà comprise dans le prix de **votre** voyage couvert, si cette chambre ou cabine a été recommandée en remplacement d'une chambre d'**hôpital** pour la convalescence d'une **maladie** ou de dommages corporels;
- c) Le transport fourni par une entreprise professionnelle d'ambulances pour **vous** amener à **l'hôpital** et **vous** en ramener;
- d) Jusqu'à 50 \$ pour l'aller et le retour si un service de taxis local s'avère nécessaire pour **votre** transport d'**urgence** auprès du fournisseur de soins médicaux le plus proche;
- e) **Votre** évacuation d'**urgence** d'une région éloignée vers **l'hôpital** qualifié le plus proche capable de **vous** prodiguer le traitement médical d'**urgence** nécessaire selon ce que détermine et coordonne notre fournisseur d'assistance d'**urgence**;
- f) Les procédures de diagnostic, de laboratoire et de traitement, sous réserve de notre approbation préalable;
- g) Le matériel médical acheté ou loué à des fins thérapeutiques, sous réserve de notre approbation préalable;
- h) Les médicaments sur ordonnance nécessaires au traitement de tout **problème de santé** urgent ou de **dommages corporels** urgents, ces médicaments étant prescrits par un **médecin** et dispensés par un pharmacien autorisé, jusqu'à un maximum de 500 \$ par personne assurée (provision pour un maximum de 30 jours);
- i) Une visite de suivi après le traitement d'**urgence** ou après le congé de **l'hôpital** pour une **urgence** couverte par la présente **police**. Cette visite doit être recommandée par un **médecin** au moment du congé et avoir lieu dans la période recommandée pour une visite de suivi initiale. Maximum 500 \$;
- j) Versement anticipé à **l'hôpital**. Nous verserons à **l'hôpital** tout versement en avance jusqu'à une indemnité maximale de 10 000 \$ si ce paiement est exigé pour **votre** admission à la suite d'une **maladie** ou de **dommages corporels** couverts.

Restrictions s'appliquant aux frais médicaux d'urgence

- i. Pour tous **frais médicaux d'urgence**, **vous** ou quelqu'un agissant en **votre** nom devez immédiatement appeler la ligne d'assistance 24 heures sur 24 de **notre fournisseur d'assistance d'urgence** aux numéros de téléphone indiqués dans la présente **police** avant l'admission à **l'hôpital** ou dans les 24 heures qui suivent une **urgence** mettant la vie ou un organe en danger, faute de quoi **vous** pourriez devoir assumer 25 % des frais admissibles.
- ii. **Nous nous** réservons le droit de **vous** rapatrier au Canada ou à **votre point de départ** avant un **traitement** ou après **votre traitement d'urgence** pour une **maladie** ou des **dommages corporels**, si les preuves médicales obtenues de **notre** conseiller médical et de **votre médecin** traitant local confirment que **vous** pouvez retourner au Canada sans danger pour **votre** vie ou **votre** santé.

- iii. Si **vous** décidez de ne pas retourner au Canada après une recommandation en ce sens de **notre fournisseur d'assistance d'urgence**, les autres frais associés à l'**urgence** ne seront plus couverts par la présente **police** et tout paiement d'indemnités prendra fin.
2. **Médicaments sur ordonnance** : Jusqu'à 50 \$ pour les médicaments sur ordonnance perdus, volés ou endommagés pendant **votre voyage couvert**. Jusqu'à 75 \$ si les services d'un **médecin** local s'avèrent nécessaires pour faire remplacer l'ordonnance. **Vous** devez communiquer avec **notre fournisseur d'assistance d'urgence**.
3. **Urgence dentaire : traitement** ordonné par un dentiste ou chirurgien dentiste autorisé, comme suit :
 - a) Maximum de 2 000 \$ pendant **votre voyage** pour le traitement ou la réparation de dents naturelles ou de dents artificielles permanentes ayant été atteintes par des **dommages corporels** à la tête ou à la bouche. Jusqu'à 1 000 \$ pour la poursuite d'un traitement dentaire jugé **nécessaire du point de vue médical** et qui devra être dispensé dans les 90 jours suivant **votre** retour au Canada, pourvu que le traitement soit en lien avec les dommages corporels.
 - b) Maximum de 300 \$ pour le soulagement d'une douleur aiguë sans lien avec des dommages corporels.
4. **Services paramédicaux d'urgence** : Jusqu'à 500 \$ pour des services fournis comme **traitement d'urgence** par un chiropraticien, un podologue, un physiothérapeute, un ostéopathe ou un podiatre. Les services fournis par un **membre de la famille** ne sont pas couverts.
5. **Hébergement et repas** : Frais pour hébergement commercial, repas, appels téléphoniques essentiels, course de taxi, ou véhicule de location que **vous** ou **votre compagnon de voyage** ou un **membre de la famille** qui voyage avec **vous** engagez si l'un de **vous** est transporté pour recevoir un **traitement** médical d'**urgence**, ou si l'un de **vous** est retardé au-delà de **votre date d'expiration** en raison d'une **maladie** ou de **dommages corporels**.
 - a) Cette prestation est limitée à 350 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 3 500 \$. **Vous** devez toujours soumettre les reçus originaux et un diagnostic écrit du **médecin** local faisant état de la **maladie** ou des **dommages corporels** pour y avoir droit.
6. Évacuation médicale ou retour au lieu de résidence : Frais admissibles dans le cas d'une **maladie** urgente ou de **dommages corporels** urgents :
 - a) Frais supplémentaires correspondant au **tarif** aller simple d'une compagnie aérienne commerciale par le trajet le plus direct pour **votre** retour à **votre** lieu de résidence;
 - b) Frais liés au transport d'une civière sur un vol commercial par le trajet le plus direct pour **votre** retour à **votre** lieu de résidence ou **votre** transport à l'établissement médical le mieux adapté et le plus près de **votre** lieu de résidence, plus les frais raisonnables de repas, d'hébergement et de transport aérien d'un accompagnateur médical qualifié qui doit **vous** accompagner vers **votre** lieu de résidence parce que c'est jugé nécessaire du point de vue médical;
 - c) ou le transport par ambulance aérienne si c'est jugé nécessaire du point de vue médical.

Restriction s'appliquant à cette prestation :

- i. La prestation doit être préalablement autorisée et organisée par nous en consultation avec nos conseillers médicaux, le **médecin** traitant local et notre **fournisseur d'assistance d'urgence** pour que la garantie soit applicable.
7. **Frais de transport à votre chevet** : Si **vous** êtes **hospitalisé** pour une **maladie urgente** ou des **dommages corporels urgents**, et que le **médecin** traitant local recommande qu'un parent ou un ami proche se rende à **votre** chevet, demeure auprès de **vous** ou **vous** accompagne lors du retour à **votre** lieu de domicile, **nous** rembourserons le **tarif** aller-retour par le trajet le plus direct jusqu'à un maximum de 2 500 \$ et verserons jusqu'à 1 000 \$ pour l'hébergement commercial et les repas. **Nous** couvrirons automatiquement le **membre de la famille** ou l'ami **vous** accompagnant au titre de la garantie **urgence** médicale prévue dans la présente **police** jusqu'à ce que **votre** état soit assez **stable** du point de vue médical pour **votre** retour au Canada, sous réserve de l'admissibilité et des restrictions, conditions et exclusions prévues dans la présente **police**. Cette prestation s'applique dans l'une ou l'autre des conditions suivantes :
- a) **Vous** êtes **hospitalisé** pendant au moins cinq (5) jours consécutifs en raison d'un **problème de santé** couvert et le **médecin** traitant recommande par écrit la présence de cette personne; ou
 - b) Les autorités locales exigent légalement la présence de cette personne pour identifier **votre** dépouille si **vous** êtes décédé des suites d'un **problème de santé** couvert. Dans ce cas, nous couvrirons jusqu'à hauteur de 300 \$ les frais d'hôtel et de repas de cette personne, avec la même garantie **urgence** médicale aux termes de la présente **police** jusqu'à soixante-douze (72) heures.

Restriction s'appliquant à cette prestation :

- i. Nous préapprouvons la prestation et prenons les dispositions nécessaires.
8. Retour et accompagnement d'**enfants** : Cette prestation est payable si **vous** êtes **hospitalisé** pour plus de 24 heures ou devez retourner à **votre** lieu de résidence en raison d'une **urgence** médicale couverte par la présente **police** ou si **vous** décédez. Nous paierons les frais de transport à hauteur du **tarif** aller simple pour le retour au lieu de résidence d'**enfants** qui **vous** accompagnaient. Si **votre enfant** est âgé de moins de 18 ans, nous paierons aussi les frais supplémentaires correspondant au **tarif** aérien aller-retour par le trajet le plus direct, à l'hébergement commercial de nuit et aux frais raisonnables de repas pour une personne accompagnant **votre enfant** vers **votre** lieu de résidence.
9. Garde d'**enfants** : Si **vous** êtes **hospitalisé** pour une **maladie** urgente ou des **dommages corporels** urgents pendant **votre** voyage couvert, et devez être transporté pour recevoir un traitement médical d'**urgence** ou êtes retardé au-delà de **votre** date d'expiration, nous **vous** rembourserons jusqu'à 50 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 500 \$, pour les frais de service professionnels que **vous** avez dû payer pendant **votre voyage couvert** pour faire garder **votre enfant** ou **vos enfants vous** accompagnant.

Restriction s'appliquant à cette prestation :

- i. **Vous** devez fournir les reçus originaux du fournisseur de services de garde.

10. Retour du **compagnon de voyage** : Si **vous** devez retourner à **votre point de départ** en raison d'une **urgence** médicale couverte par la présente **police**, nous **vous** rembourserons les frais supplémentaires correspondant au **tarif** aller simple sur un vol commercial par le trajet le plus direct pour le retour de **votre compagnon de voyage** à **votre point de départ**. Si le billet de retour inutilisé est remboursable, **nous** déduirons la valeur du remboursement du prix du voyage de retour que **nous** aurons organisé.
11. **Rapatriement de votre dépouille** : Si **vous** décédez pendant **votre voyage couvert**, nous rembourserons les frais raisonnables engagés à hauteur de :
- a) 5 000 \$ pour la préparation et le transport de **votre** dépouille ou de **vos** cendres vers **votre** point de départ; ou
 - b) 2 500 \$ pour **votre** crémation ou enterrement au lieu du décès.

Restriction s'appliquant à cette prestation :

- i. Aucune prestation n'est payable pour le prix d'une pierre tombale, d'un cercueil ou les frais de service funéraires. La prestation prévue dans la présente clause ne saurait s'additionner à une prestation stipulée ailleurs dans la présente **police**.
12. Identification de la dépouille : Si quelqu'un se trouve dans l'obligation légale d'identifier **votre** dépouille avant son transport, nous rembourserons les frais engagés par cette personne pour se rendre au lieu de **votre** dépouille, soit le **tarif** aller-retour par le trajet le plus direct, et jusqu'à 500 \$ pour l'hébergement commercial et les repas. Nous couvrirons automatiquement cette personne pour toute **urgence** médicale stipulée dans la présente **police** pour un maximum de trois (3) jours jusqu'à son retour au Canada, sous réserve de l'admissibilité et des restrictions, conditions et exclusions prévues dans la présente **police**.

Restriction s'appliquant à cette prestation :

- i. La prestation doit être préétablie et préautorisée par nous.
13. Retour de véhicule : Nous paierons, jusqu'à concurrence de 3 000 \$, les frais associés au retour de **votre** véhicule vers **votre** domicile ou de **votre** véhicule de location à l'agence de location concernée si **vous** êtes dans l'incapacité de le faire en raison d'une **urgence** médicale.

Restriction s'appliquant à cette prestation :

- i. Le retour d'un véhicule commercial n'est pas couvert.
14. Retour des bagages et des effets personnels : Si nous organisons **votre** évacuation médicale ou le rapatriement de **votre** dépouille et qu'il manque d'espace pour transporter **vos** bagages et effets personnels à bord du véhicule assurant le transport fourni, nous **vous** rembourserons jusqu'à 500 \$ les frais nécessaires à l'expédition de ces bagages et effets vers **votre** point de départ.
15. Dépenses accessoires : Si **vous** devez être **hospitalisé** pour recevoir un traitement en lien avec une **maladie** urgente ou des **dommages corporels** urgents pendant **votre** voyage couvert, nous **vous** rembourserons jusqu'à 250 \$ pour les frais à **votre** charge comme la

télévision, le service Wi-Fi et les frais de stationnement. **Vous** devez fournir les reçus originaux (pas de copies).

16. Remplacement de lunettes : Nous **vous** rembourserons jusqu'à 200 \$ si **vos** lunettes sont endommagées en lien avec des **dommages corporels** couverts et que **vous** les remplacez pendant **votre** voyage couvert.
17. Retour à destination : Si, après **votre** évacuation médicale d'**urgence** organisée par le **fournisseur d'assistance d'urgence** vers le lieu de **votre** domicile, **vous** souhaitez retourner à **votre** destination, nous **vous** rembourserons le prix d'un **tarif** aller simple pour le retour à la ville d'où **vous** avez été évacué.

La prestation n'est payable que si les conditions suivantes sont réunies :

- a) **Votre médecin** traitant à **votre** lieu de domicile juge que **vous** n'avez plus besoin de traitement;
- b) **Vous** recevez notre autorisation préalable;
- c) En choisissant cette prestation, **vous** renoncez à celle prévue par la clause no 13 « Retour de véhicule »;
- d) **Votre** retour doit avoir lieu avant **votre** date d'expiration.

Restrictions s'appliquant à cette prestation :

- i. Après **votre** retour à destination, une **rechute** du **problème de santé** ayant nécessité **votre** évacuation médicale d'**urgence** ou **votre problème de santé** connexe ne sera pas couverte aux termes de la présente **police**.
 - ii. Cette prestation ne peut être utilisée qu'une seule fois pendant **votre** voyage couvert. Après **votre** retour à **votre** destination, la **date d'effet** de la couverture correspond à la date à laquelle **vous** quittez **votre point de départ** pour revenir à **votre** destination.
18. **Garde de votre animal de compagnie** : Si **vous** êtes **hospitalisé** pour 12 heures ou plus pendant **votre voyage couvert**, **votre animal de compagnie vous** accompagnant pendant **votre voyage couvert** bénéficie d'une protection maximale de 1 500 \$ pour :
- a) Les frais de garde et de soins nécessaires dans un établissement pour animaux de compagnie pendant que **vous** êtes **hospitalisé**; et
 - b) Les frais de préparation et de transport nécessaires au retour à **votre point de départ** si **vous** êtes évacué ou rapatrié par nous.

Votre animal de compagnie voyageant avec **vous** doit avoir reçu toutes les doses requises de vaccin contre la bordetella (toux de chien) au moins deux semaines avant **votre** date de départ. Un vétérinaire autorisé doit **vous** avoir remis un certificat de santé qui **vous** autorise à entrer dans le ou les pays de destination de **votre voyage couvert** avec **votre** animal de compagnie.

Nous préapprouvons toutes les prestations et prenons toutes les dispositions nécessaires.

Ce que nous paierons

Nous **vous** rembourserons les frais **usuels et raisonnables** excédant le montant garanti par **votre** régime public d'assurance **maladie**, le régime d'assurance **maladie** de **votre** université

canadienne ou tout régime privé d'assurance **maladie** pour les frais médicaux d'**urgence** admissibles énumérés plus haut, jusqu'à concurrence de 10 000 000 \$.

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS

Ces exclusions s'appliquent à toutes les garanties de la présente **police**. En plus des exclusions stipulées dans chaque garantie, aucune indemnité ne sera payable au titre de la présente **police** pour un sinistre résultant directement ou indirectement de l'un ou l'autre des éléments suivants :

1. Les **problèmes de santé préexistants** ou connexes qui n'étaient pas **stables** pendant la période de 90 jours ou de 180 jours (selon les dispositions de la présente **police**) qui précède immédiatement **votre date de départ**, ou qui, de l'avis de **votre médecin**, nécessiteraient probablement un **traitement** dans un avenir prévisible.
 - a) toute **maladie** cardiaque qui nécessitait l'administration de nitroglycérine plus d'une fois par semaine pour soulager des douleurs angineuses dans les périodes indiquées ci-dessus;
 - d) Toute **maladie** pulmonaire traitée par oxygénothérapie ou la prise de stéroïdes oraux (prednisone ou prednisolone), autrement que pour une affection mineure, dans les périodes indiquées ci-dessus.
 - e) Tout type de cancer (autre qu'un carcinome basocellulaire ou squameux de la peau, ou cancer du sein traité uniquement au tamoxifène, au Femara et/ou à Arimidex) qui était actif et non traité, ou pour lequel **vous** receviez un traitement pendant les trois (3) mois précédant immédiatement la date d'effet.

REMARQUE : Si, avant **votre date de départ**, **vous** recevez une ordonnance pour un **traitement** ou s'il survient un changement dans le dosage, la fréquence ou le type de médicaments de sorte que **votre problème de santé** n'est plus jugé **stable**, **vous** devez communiquer avec **nous** immédiatement.

2. Les frais engagés pour des soins ou services médicaux si **vous** avez entrepris **votre voyage couvert** malgré un avis médical contraire ou après avoir reçu le pronostic d'une **maladie** mortelle.
3. Tout traitement :
 - a) qui n'est pas nécessaire pour le soulagement immédiat de douleurs ou souffrances aiguës;
 - b) qui, d'un point de vue raisonnable, peut attendre **votre** retour dans **votre** province ou territoire de résidence;
 - c) qui concerne le suivi d'un traitement, la **rechute** d'un problème de santé, un traitement d'**urgence** subséquent ou une **hospitalisation** pour un **problème de santé** ou des problèmes de santé connexes pour lesquels **vous** aviez déjà été traité d'**urgence** pendant **votre** voyage couvert;
 - d) ou pour un examen général ou de routine, l'administration d'un médicament disponible sans ordonnance, des lunettes ou des lentilles cornéennes ou des services qui ne sont pas nécessaires du point de vue médical.
4. Toute greffe d'organe.
5. Tout transport aérien d'**urgence** ainsi que les IRM, les tomodensitogrammes, les opérations chirurgicales ou les interventions cardiaques pratiquées d'**urgence**, y compris sans limitation

la cathétérisme, l'angioplastie ou toute autre opération cardiaque, sauf si **nous** donnons **notre** approbation préalable.

6. Les frais engagés pour des soins ou services médicaux, y compris en lien avec un **accident**, si la présente **police** a été souscrite expressément en vue d'un **traitement** médical ou d'une **hospitalisation** à l'extérieur de **votre** province ou territoire de résidence, que le **traitement** ait été recommandé par un **médecin** ou non.
7. Les frais liés à une **maladie** ou des **dommages corporels** survenus alors qu'une autre assurance était en vigueur pendant la période de **votre voyage couvert** pour laquelle une extension de garantie avait été souscrite.
8. Les frais engagés pour un **problème de santé** chronique ou récurrent. Une fois terminés les soins et le **traitement d'urgence**, aucune autre prestation ne sera consentie pour le même **problème de santé** ou un **problème de santé** connexe.
9. La pose d'une articulation artificielle dans l'année qui suit une opération chirurgicale.
10. Les frais médicaux et les frais d'une évacuation d'**urgence** qui découlent d'un accouchement survenant après au moins 26 semaines de gestation ou d'un avortement volontairement provoqué.
11. Les soins néonataux et médicaux et les frais d'évacuation qui découlent d'une naissance survenue pendant le voyage couvert.
12. **Vos** troubles mentaux ou psychologiques, notamment le stress, l'anxiété ou la dépression, sauf dans le cas d'une **hospitalisation**. Cette exclusion n'est pas applicable aux troubles psychiatriques graves comme la psychose, la schizophrénie et les troubles de l'humeur graves.
13. Soins prénataux de routine; **enfant** né pendant **votre voyage couvert**; accouchement ou complications d'un accouchement; grossesse ou complications d'une grossesse après la 26e semaine de gestation ou en tout temps après la date de l'accouchement prévue.
14. Tout **traitement** médical facultatif, y compris sans limitation la chirurgie dentaire ou esthétique ou un **traitement** de soins naturopathiques, holistiques ou d'acupuncture.
15. **Votre** consommation de drogues, d'alcool ou de médicaments qui causent directement ou indirectement le problème à l'origine d'une demande d'indemnisation.
16. Toute **maladie** ou tous **dommages corporels** résultant d'une consommation d'alcool ou de drogues excessive de longue date.
17. **Votre** suicide ou tentative de suicide, ou tous **dommages corporels** volontairement auto-infligés.
18. **Votre** participation à des activités risquées.
19. **Votre** participation à des activités organisées de sport professionnel pour lesquelles **vous** êtes rémunéré.
20. Conduite d'une motocyclette, d'un cyclomoteur ou d'un scooter, indépendamment du fait que **vous** conduisez sur une voie publique entretenue, sur piste ou sur un terrain privé (sauf si **vous** êtes titulaire d'un permis de conduire canadien valide pour ce type de véhicule).
21. **Vous** pilotez, conduisez ou participez à des courses motorisées de vitesse ou d'endurance.
 - **Vous** êtes pilote ou passager à bord d'un aéronef ou de tout véhicule aérien, et n'êtes pas passager payant à bord d'un vol exploité par un **transporteur public**.

- Les accidents de véhicule automobile pour lesquels vous avez droit à des prestations en vertu de toute police d'assurance automobile ou de tout régime législatif d'assurance automobile.
22. Fraude, dissimulation ou déclaration délibérément fausse sur une question en lien avec la présente assurance ou avec une demande d'indemnisation aux termes des présentes.
 23. **Votre** participation à des activités criminelles ou malveillantes ou **votre** contact volontaire avec de telles activités;
 24. Participation à une émeute ou à une insurrection.
 25. **Acte de guerre**, invasion, action d'un ennemi étranger, hostilités, révolution, soulèvement militaire ou usurpation de pouvoir.
 26. **Acte de terrorisme** par des moyens nucléaires, ou **terrorisme** par dissémination d'agents ou substances biologiques, chimiques ou radioactifs.
 27. Participation aux activités de forces armées.
 28. Événements donnant lieu à des avis « Éviter tout voyage » ou « Éviter tout voyage non essentiel » publiés par Affaires mondiales Canada avant **votre date d'effet** et qui étaient ou demeurent en vigueur pour un pays, une région ou une ville de destination de **votre voyage couvert**, selon ce qu'indique **votre** itinéraire de voyage.
 29. Vol orbital ou sous-orbital.
 30. Problème découlant directement ou indirectement d'un **problème de santé** dont **vous** avez refusé ou retardé le traitement recommandé, les tests diagnostiques ou les médicaments sur ordonnance dans les deux (2) années ayant précédé la date à laquelle ce problème a donné lieu à une demande d'indemnisation aux termes de la présente **police**.
 31. **Contamination** causée par du carburant ou des déchets biologiques, chimiques, radioactifs ou nucléaires.
 32. Tout voyage à l'extérieur de **votre** province ou territoire de résidence à titre de conducteur, chauffeur, co-conducteur, membre d'équipage ou passager à bord d'un véhicule commercial servant au transport de marchandises pour la vente, la revente ou la production d'un revenu.

DISPOSITIONS DIVERSES

Droit applicable et territoire de compétence : **Votre** contrat d'assurance est régi exclusivement par les lois de la province ou du territoire canadien où **vous** résidez habituellement. Toute contestation ayant trait à ce contrat sera portée à l'attention d'un tribunal canadien ayant compétence là où **vous** résidez habituellement, et les parties s'engagent à s'en remettre à la compétence de ce tribunal.

Dispositions légales : Nonobstant ses autres dispositions, le présent contrat est assujéti aux dispositions légales des lois régissant les contrats d'assurance **accident** et **maladie** dans la province ou le territoire où la présente **police** est émise. Pour les résidents du Québec, nonobstant les autres dispositions contenues aux présentes, ce contrat est assujéti aux dispositions obligatoires du Code civil du Québec concernant les contrats d'assurance **accident** et **maladie**.

Cession de prestations : Si Northbridge a engagé des frais ou dépenses ou versé des prestations à **vous** ou en **votre** nom aux termes de la présente **police**, elle a le droit de recouvrer les

sommes correspondantes, à ses frais, auprès de toute source applicable ou au titre de toute **police** ou tout régime d'assurance qui garantit les mêmes prestations ou recouvrements. La présente **police** autorise aussi Northbridge à recevoir, approuver et négocier des versements admissibles de ces parties en **votre** nom. Quand Northbridge reçoit des versements d'un **régime public d'assurance maladie** provincial ou territorial du Canada, d'un autre assureur ou d'une autre source de recouvrement, le payeur concerné est déchargé de toute autre responsabilité relativement à la demande d'indemnisation

Dissimulation et fausse déclaration : L'assurance sera nulle si avant, pendant ou après un sinistre, un **fait important** ou une situation importante relativement à la présente **police** ont été dissimulés ou déguisés par une fausse déclaration.

Observance des lois existantes : Toute disposition de la présente **police** en situation de conflit avec une loi fédérale, provinciale ou territoriale en vigueur là où ladite **police** est émise est par les présentes modifiée de façon à être rendue conforme aux exigences minimales prescrites par cette loi. Les dispositions de la présente **police** demeurent applicables à tous les autres égards.

Coordination des prestations : Les prestations prévues dans la présente **police** sont subordonnées à celles prévues dans toute autre assurance que **vous** pouvez avoir souscrite, entre autres, un régime public d'assurance **maladie**, un régime collectif ou individuel d'assurance **accident** et **maladie**, une assurance santé ou soins médicaux complémentaire, une assurance automobile ou un régime d'avantage sociaux, une assurance pour propriétaire occupant ou locataire ou toute autre assurance multirisques, une assurance sur une carte de crédit, une autre assurance voyage et les solutions voyage de remplacement proposées par les compagnies aériennes, les voyagistes, les croisiéristes et les autres prestataires de services de voyage. Nous coordonnons les prestations payables aux termes de la présente **police** avec les prestations auxquelles **vous** avez droit au titre d'une autre **police** ou d'un autre régime d'assurance, de sorte que les versements effectués aux termes de la présente **police** et de toutes les autres sources n'excéderont pas 100 % des frais engagés admissibles. La coordination des prestations pour les frais médicaux d'**urgence** sera conforme aux lignes directrices de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes sur la coordination des prestations concernant les frais médicaux engagés à l'extérieur du pays ou de la province. Toutefois, si **vous** avez droit à des prestations d'une assurance santé complémentaire par le biais du régime collectif d'assurance **maladie** de **votre** ancien ou actuel employeur en tant qu'employé en service actif ou retraité et que l'indemnité maximale à vie est de :

- a) 50 000 \$ ou moins, alors la coordination des prestations ne s'appliquera pas;
- b) plus de 50 000 \$, la coordination des prestations ne s'appliquera qu'au montant de garantie qui excède 50 000 \$.

Monnaie et intérêt : Toutes les primes et les prestations prévues dans la présente **police** sont payables en dollars canadiens. Aucun intérêt ne s'appliquera aux montants payables au titre de ladite **police**.

Limitation de garantie : Notre responsabilité au titre de la présente **police** se limite strictement au paiement des prestations admissibles, à concurrence du maximum souscrit, pour tout sinistre ou toute dépense. Lorsque des prestations sont versées au titre de la présente **police**, nous n'assumons aucune responsabilité pour la disponibilité, la qualité ou les résultats des traitements ou des services, ou pour l'impossibilité d'obtenir les traitements ou les services couverts par ladite **police**.

Examen médical : Nous nous réservons le droit de **vous** soumettre à un examen médical dans le cas d'un sinistre.

Dossiers médicaux : Advenant un sinistre, **vous vous** engagez à nous laisser consulter tous les dossiers et documents médicaux produits par un **médecin**, dentiste, praticien, **hôpital**,

établissement clinique ou autre, assureur, particulier ou tout autre fournisseur de services autorisé concernant **vos** ou **vos** demandes d'indemnisation, et nous nous réservons le droit d'examiner ces dossiers et documents pour vérifier la validité de **vos** demande. Si **vous** décédez, l'assureur peut exiger une autopsie, sous réserve des lois sur les autopsies en vigueur dans le territoire de compétence.

Remboursement de primes : Aucun remboursement de primes, à l'exception du « Droit d'examen de 10 jours » stipulé à la page 1.

Droit de recouvrement : Si **vous** êtes déclaré inadmissible à l'assurance, toute indemnité versée par erreur, tout montant payé qui excède le montant admissible aux termes de la présente **police**, si un sinistre est déclaré invalide, ou si les prestations sont réduites conformément à une disposition de la **police**, nous pouvons recouvrer auprès de **vous** tout montant versé en **vos** nom à un fournisseur de soins médicaux ou à un tiers, ou demander le remboursement à **vous**, à **vos** succession, à une institution, à un assureur ou à tout tiers ayant reçu le paiement.

Subrogation : Si **vous** subissez une perte à cause d'un tiers, nous pouvons subroger **vos** droits de recouvrement contre ce tiers pour toute indemnité qui est payable à **vous** ou en **vos** nom, et nous signerons, à nos frais et en **vos** nom, les documents nécessaires et exercerons un recours contre le tiers pour recouvrer ce paiement. Après cette perte, **vous** ne devez poser aucune action ni signer aucun document qui porterait atteinte à nos droits de recouvrement.

Déclarations sous serment : Nous avons le droit d'exiger que les documents de la demande d'indemnisation fassent l'objet d'une déclaration sous serment et de **vous** faire interroger sous serment relativement à ces documents.

DÉFINITIONS

Remarque : Dans la présente **police**, les mots et termes employés au singulier peuvent être interprétés au pluriel et vice-versa, sauf indication contraire.

Accident – Événement causé par un élément externe, violent, soudain ou fortuit et indépendant de **vos** volonté, se produisant pendant **vos** voyage couvert.

Acte de guerre – Acte hostile ou guerrier, que la guerre soit déclarée ou non, commis en temps de paix ou de guerre par un gouvernement local ou étranger ou un groupe étranger; agitation civile, insurrection, rébellion ou guerre civile.

Acte de terrorisme ou Terrorisme – Acte de violence illicite et illégal (à l'exception des mouvements populaires, émeutes et actes de guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou de la dissémination volontaire d'un agent biologique, chimique, nucléaire ou radioactif) qui cause la destruction de biens, des **dommages corporels** ou un décès dans la poursuite expresse ou implicite d'un objectif ou d'une mission d'ordre politique, ethnique ou religieux.

Activités de la vie quotidienne – Activités comme manger, prendre son bain, utiliser les toilettes, changer de position (p. ex., se coucher ou se lever du lit ou d'une chaise) ou s'habiller.

Activités risquées – Participation à l'une ou l'autre des activités suivantes : saut en bungee, deltaplane, ski hélicoporté, vol en montgolfière, **alpinisme**, parachutisme, parapente, escalade, plongée autonome, surf aérien ou toute autre activité qui, aux yeux d'une personne raisonnable, comporte un élément de danger ou un risque de **dommages corporels** ou de sinistre.

Âge – **Votre âge** à la date de la demande d'indemnisation.

Alpinisme – L'ascension ou la descente d'une montagne à l'aide d'équipement spécialisé comme des crampons, des piolets, des ancrages, des pitons, des mousquetons et de l'équipement pour faire du premier de cordée et de la moulinette.

Animal de compagnie – Chien ou chat domestique gardé comme compagnon d'agrément à titre permanent à **vos** domicile permanent. Cette définition comprend :

- a) les chiens-guides certifiés, et
- b) les chiens d'assistance certifiés (pour les personnes diabétiques, épileptiques, dépressives, atteintes d'un trouble anxieux, etc.).

Avis de confirmation – Le document que nous fournissons pour confirmer l'assurance que **vous** avez souscrite et qui indique **vos** numéro de **police**, **vos** date d'achat, **vos** date de départ, **vos** date d'expiration et renferme un bref sommaire des prestations. Ce document indique aussi **vos** période d'assurance et fait partie intégrante de la **police**.

Bagage ou effets personnels – Objets ou articles nécessaires, décoratifs ou de commodité personnelle comme les vêtements et autres effets personnels qu'un voyageur porte, apporte ou transporte habituellement pour son usage personnel, excluant l'argent personnel, le passeport, le visa de voyage, le permis de conduire et le certificat de naissance.

Compagnie, Nous, Notre, Nos – La Société d'assurance générale Northbridge (« Northbridge »).

Compagnon de voyage – Personne qui partage **vos** réservations de voyage et **vos** hébergement pendant **vos** voyage couvert; maximum de cinq personnes, **vous** compris.

Conjoint – La personne avec qui **vous** êtes légalement marié, ou avec qui **vous** êtes dans une relation conjugale depuis une période ininterrompue d'au moins un an.

Contamination – L'empoisonnement de personnes par un agent nucléaire, chimique, radioactif ou biologique entraînant une **maladie** ou la mort.

Date d'effet – La date à laquelle entre en vigueur **vos** assurance aux termes de la présente **police** ou toute garantie particulière stipulée par la présente **police**. Cette assurance commence à la date la plus tardive entre la **date de départ** et la **date d'effet** indiquées dans **vos** avis de confirmation.

Date d'expiration – La date à laquelle prend fin la garantie prévue aux termes de la présente **police**. La garantie prend fin à la première des dates entre la date de **vos** retour à **vos** province ou territoire de résidence au Canada et la **date d'expiration** indiquée dans **vos** avis de confirmation.

Date de départ – La date la plus tardive indiquée comme telle dans l'**avis de confirmation** ou la date du départ réel de **vos** voyage couvert.

Date de retour – La date à laquelle **vous** êtes censé retourner au **point de départ** de **vos** voyage couvert.

Dommages corporels – **Dommages corporels** soudains causés par un **accident** qui survient pendant **vos** période d'assurance et **vous** oblige à obtenir un traitement médical.

Enfant – **Vos** ou **vos enfants** non-mariés, naturels, adoptifs ou beaux-enfants, qui sont à **vos** charge pour leur subsistance, ou bien **vos** ou **vos** petits-enfants qui **vous** accompagnent ou **vous** ont rejoint dans **vos** voyage couvert, et qui remplissent au moins l'une des conditions suivantes :

- a) leur **âge** se situe entre 30 jours et 21 ans moins un jour;

- b) sont âgés de moins de 26 ans s'ils étudient à temps plein dans un établissement d'études supérieures reconnu au Canada;
- c) ont un handicap mental ou physique et sont incapables d'assurer leur propre subsistance, quel que soit leur **âge**.

Fait important – Tout fait qui nous amènerait à rejeter **vos**re proposition d'assurance ou à majorer **vos**re prime pour la présente **police**.

Fournisseur d'assistance d'urgence – Xodus Travel Services Inc., qui fournit en notre nom les services d'**urgence** en tout temps et à toute heure pendant **vos**re période d'assurance.

Franchise – Le montant intégral de la **franchise** sélectionné est appliqué à chaque sinistre. La **franchise** sera en dollars canadiens. Ce montant intégral s'applique à toutes les prestations.

Garantie complémentaire – Garantie d'assurance **maladie** prolongée qui prend effet à la **date d'expiration** d'un autre régime d'assurance.

Hôpital/Hospitalisé/Hospitalisation/À l'hôpital – Établissement habilité à fournir des services de santé et exploité à cette fin, doté du personnel nécessaire pour soigner et traiter les patients **hospitalisés** et les patients en consultation externe. Les traitements doivent être supervisés par un **médecin** et du personnel infirmier autorisé doit être en service 24 heures sur 24. L'établissement doit aussi disposer d'installations de diagnostic et d'une salle d'opération sur place ou dans des lieux sous sa direction. Remarque : Sont exclus les établissements qui sont principalement des cliniques, les établissements de soins palliatifs ou de longue durée, les centres de réadaptation, les centres de désintoxication, les maisons de convalescence ou de repos, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les foyers pour personnes âgées et les stations thermales.

Imprévu – Événement inconnu, impossible à prévoir ou qu'une personne raisonnable ne saurait prévoir, et qui se produit après la **date d'effet** de l'indemnité visée par la demande d'indemnisation.

Maladie – **Maladie** aiguë, douleur aiguë ou trouble de santé aigu, y compris les **maladies** infectieuses, qui nécessite un traitement médical d'**urgence** ou une **hospitalisation d'urgence** en raison de l'apparition soudaine de symptômes pendant **vos**re voyage couvert.

Maladie bénigne – Trouble de santé temporaire qui guérit 30 jours avant la **date d'effet** de la garantie et n'exige pas : la prise de médicaments pour une durée dépassant 15 jours; plus d'une consultation de suivi auprès d'un **médecin**; une **hospitalisation**; une opération chirurgicale; ou la consultation d'un **médecin** spécialiste. Remarque : Une **maladie** chronique ou ses complications ne constituent pas une **maladie** bénigne.

Maladie infectieuse ou contagieuse – Toute **maladie** transmissible par une personne, un animal ou un autre être vivant à un autre être humain, animal ou être vivant, quel que soit le mode de contagion.

Maladie mortelle – **Problème de santé** jugé incurable et dont le pronostic prévoit le décès dans les 12 mois qui suivent **vos**re date d'effet.

Médecin – Personne autre que **vous**, qu'un membre de **vos**re famille ou que **vos**re compagnon de voyage, qui est légalement autorisé à prescrire et à prodiguer un traitement médical dans le territoire de compétence où les services sont fournis.

Membre de la famille – **Conjoint**, père ou mère, tuteur légal, beau-père ou belle-mère, grand-parent, grand-enfant, gendre ou bru, **enfant** naturel ou adopté, bel-enfant, frère, sœur, beau-frère, belle-sœur, tante, oncle, nièce ou neveu.

Nécessaire du point de vue médical – Traitement ou services jugés nécessaires à la guérison ou à la convalescence d'une **maladie** ou de **dommages corporels** survenus lors d'une **urgence**, d'après les normes professionnelles médicales généralement admises.

Nous, Notre, Nos – « Northbridge ».

Période d'assurance – La période entre **votre date d'effet** de la garantie applicable et **votre** date de retour.

Point de départ – La ville, la province, le territoire ou le pays d'où **vous** partez initialement dans **votre** voyage couvert.

Police – Le présent document et **votre avis de confirmation** émis au moment du paiement de la prime exigée.

Prestataire de services de voyage – L'entité ou l'entreprise qui coordonne ou fournit **vos** services de voyage.

Problème de santé – Maladie, trouble de santé ou dommages corporels, y compris les symptômes d'une **maladie** non diagnostiquée ou les complications d'une grossesse pendant les 26 premières semaines de gestation.

Problème de santé préexistant – **Problème de santé** plus grave qu'une **maladie bénigne** et qui existait avant **votre** date d'effet. **Questionnaire médical** – Toutes les questions médicales auxquelles **vous** avez dû répondre quand **vous** avez demandé à souscrire la présente **police**.

Rechute – La réapparition de symptômes causés directement ou indirectement par un **problème de santé** ayant déjà été diagnostiqué par un **médecin** ou pour lequel un traitement a déjà été administré.

Régime public d'assurance maladie – Couverture d'assurance **maladie** offerte aux personnes résidant au Canada par le gouvernement de leur province ou territoire de résidence.

Réservations de voyage –

- a) Transports
- b) Hébergement, et
- c) Autres services prévus pour **votre** voyage couvert.

Résident canadien – **Vous** êtes immigrant reçu ou citoyen canadien qui a son domicile permanent au Canada, où **vous** allez retourner après **votre** voyage.

Stable – **Problème de santé** ou problème connexe auxquels tous les énoncés suivants s'appliquent :

- a) Aucun nouveau traitement n'a été prescrit ou recommandé ou le traitement en cours n'a pas été modifié ni interrompu;
- b) Aucun changement de médication ni aucun autre médicament n'a été recommandé ou prescrit par un **médecin** (y compris une augmentation, une diminution ou un arrêt des doses prescrites);
- c) Aucune aggravation du **problème de santé** n'a été constatée par un **médecin**, et aucun nouveau symptôme n'est apparu ou il n'y a eu aucune aggravation ou augmentation de la fréquence des symptômes existants;
- d) Aucune **hospitalisation** ou recommandation de consulter un spécialiste n'a été nécessaire;

- e) Il n'y a aucun examen, test médical à des fins d'enquête ou traitement recommandé ou prescrit par un **médecin**, mais non complété ou pour lequel les résultats sont attendus;
- f) Aucun traitement n'est planifié ou en attente;
- g) Le **problème de santé** est resté **stable** pendant la période de 90 jours ou de 180 jours (selon les dispositions de la présente **police**) qui précède immédiatement **votre** date de départ, ou qui, de l'avis de **votre médecin**, nécessiteraient probablement un traitement dans un avenir prévisible.

REMARQUE : Les cas d'exception suivants sont réputés **stables** :

- a) Les rajustements périodiques de Coumadin, de la warfarine ou de l'insuline, pourvu que ces médicaments ne soient pas nouvellement prescrits ou récemment arrêtés et qu'il n'y ait eu aucun changement dans **votre** état de santé;
- b) Le remplacement d'un médicament de marque par un médicament générique dont la posologie n'a pas été modifiée.

Tarif – La même catégorie de billet que **vous** avez initialement acheté pour **votre** voyage couvert, en fonction des disponibilités. Si **vous** n'avez pas assuré l'intégralité du montant non remboursable de **votre** voyage couvert, ce terme s'entend du **tarif** minimum pour une personne offert par tout transporteur membre de l'International Air Transportation Association.

Traiter, Traité ou Traitement – Acte prescrit, accompli ou recommandé par un **médecin** pour un problème de santé. Cela comprend notamment la prescription de médicaments, les tests à des fins d'enquête et les interventions chirurgicales.

Transporteur public – Transporteur aérien, navire de croisière, traversier, autocar, train, taxi, limousine ou autre véhicule ou transporteur commercial similaire qui détient un permis et dont l'activité principale est de transporter des passagers payants, cette définition excluant les véhicules loués par l'assuré ou appartenant à l'assuré.

Urgence – Problème de santé soudain et **imprévu** qui nécessite un traitement immédiat. Il ne s'agit plus d'une **urgence** si, d'après les preuves médicales, aucun autre traitement n'est requis à destination ou que **vous** êtes en mesure de retourner dans **votre** province ou territoire de résidence pour recevoir d'autres traitements.

Usuels et raisonnables – Frais engagés pour acquérir des biens et des services comparables aux frais exigés par d'autres fournisseurs pour des biens et services similaires dans la même région.

Vous, Votre, Vos – Personne admissible nommée dans l'**avis de confirmation** de l'assurance aux termes de la présente **police** et au nom de qui les primes sont versées.

Voyage couvert – Les **réservations de voyage** assurées par la présente **police**, dont la durée commence à la **date de départ** et se termine à la date d'expiration, comme le stipule l'avis de confirmation. Aux fins du plan annuel, ce terme s'entend d'un voyage entrepris pendant la **période d'assurance** de la présente **police**.

RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE D'INDEMNISATION

Pour communiquer avec nous

Si **vous** avez besoin d'une assistance médicale d'**urgence** pendant **votre** voyage couvert, **vous** devez appeler notre **fournisseur d'assistance d'urgence** avant de **vous** faire traiter. Si **vous** êtes dans l'impossibilité de l'appeler comme indiqué ci-dessus, faites en sorte que quelqu'un

l'appelle pour **vous**. Si **vous** appelez de l'extérieur du Canada ou des États-Unis, veuillez faire un appel direct et soumettre les frais de cet appel avec les documents de **vo**tre demande d'indemnisation.

Si **vous** omettez d'appeler le fournisseur d'assistance d'**urgence**, nous nous réservons le droit de rembourser 75 % des dépenses admissibles.

Si **vous** décidez de payer les dépenses admissibles directement à un fournisseur de services de santé sans avoir reçu l'approbation préalable du fournisseur d'assistance d'**urgence**, les dépenses admissibles **vous** seront remboursées d'après les frais **usuels et raisonnables** que nous aurions payés directement à ce fournisseur. Les frais médicaux que **vous** payez pourraient être supérieurs à ce montant. La différence entre le montant que **vous** avez payé et les frais **usuels et raisonnables** que nous remboursons restera donc à **vo**tre charge.

Soumettre une demande d'indemnisation

1. Demander le formulaire de demande par téléphone ou courriel selon les renseignements ci-dessus.
2. Envoyer le formulaire rempli et dûment signé, ainsi que tous les documents exigés, aux coordonnées suivantes :

En ligne

Il suffit de téléverser **vos** documents au [Claims Xodus](#)

Par la poste

SOCIÉTÉ D'ASSURANCE GÉNÉRALE NORTHBRIDGE;

a/s de Xodus Travel Services Inc.
3215 Electricity Dr.
Windsor (Ontario) N8W 5J1

Conserver une copie pour **vos** dossiers.

Pour présenter une demande d'indemnisation aux termes de la présente **police** :

1. Soumettre **vos** formulaires dans les 30 jours qui suivent les frais ou pertes subis ou dès que possible.
2. Soumettre la preuve écrite du sinistre dans les 90 jours qui suivent, mais pas plus tard que 12 mois après la date de survenance.

La preuve écrite du sinistre doit comprendre :

- a) les formulaires, remplis et signés, ayant été fournis par le **fournisseur d'assistance d'urgence** en notre nom;
- b) les reçus originaux;
- f) tous les rapports écrits, avec le diagnostic posé par le **médecin** traitant le cas échéant, et toute autre documentation que nous aurons jugée nécessaire pour que **vo**tre demande soit validée.

Les documents originaux à l'appui de la demande de règlement doivent être fournis; toutefois, des copies certifiées conformes peuvent être acceptées si les documents originaux ne peuvent être fournis pour une raison valable. Le défaut de fournir les pièces justificatives requises à

l'appui d'une demande de règlement rend toute réclamation au titre de la présente police nulle et non avenue. Tous les documents requis pour appuyer ou valider la demande, y compris leur traduction en anglais ou en français, doivent nous être fournis à **vos** frais.

Paielements d'indemnités

Nous verserons les indemnités couvertes dès réception de tous les renseignements nécessaires à l'évaluation exacte de **votre** demande.

Le versement des prestations sera effectué à **vous**-même ou à toute personne ou entité ayant une cession valide de ces prestations. En cas de décès, tout solde restant ou toute prestation payable en cas de décès sera versé à **votre** succession, sauf indication contraire.

Versement de l'indemnité

Toutes les prestations seront versées en dollars canadiens. Nous les paierons conformément aux présentes dispositions sur l'indemnité. Si le bénéficiaire est une personne mineure ou légalement incapable pour une autre raison, nous verserons les prestations à la personne désignée comme son tuteur ou curateur légal.

Les prestations seront versées dès réception de la demande d'indemnisation, mais pas plus tard que 30 jours après la réception de cette demande. Tout montant versé par nous de bonne foi aux termes de la présente clause nous dégage entièrement, à hauteur de ce montant, de toute responsabilité relative à ce paiement.

Prescription du droit d'action

Si **vous** souhaitez exercer un recours relativement à une demande d'indemnisation aux termes de la présente **police**, **vous** devez intenter une action ou procédure judiciaire contre nous dans les 24 mois qui suivent la date de l'événement ayant donné lieu à cette demande. Toutefois, si cette prescription est interdite par les lois de la province ou du territoire où la présente **police** a été émise, **vous** devez intenter l'action ou la procédure dans la plus brève période de prescription permise par ces lois. Toutes les actions ou procédures doivent être intentées dans **votre** province ou territoire canadien de résidence permanente, ou bien, si les parties s'entendent sur ce point, l'action peut être intentée dans la province où la compagnie a son siège social.

AVIS DE CONFIDENTIALITÉ

Le groupe de sociétés Northbridge tient à la protection de **vos** renseignements personnels. Le présent avis de confidentialité s'applique à toutes les sociétés membres de Northbridge, dont fait partie la Société d'assurance générale Northbridge. Lorsque **vous** nous demandez un produit ou service d'assurance, **vous** nous donnez par le fait même **votre** consentement pour la collecte, l'utilisation et la communication de **vos** renseignements personnels aux fins suivantes :

- offrir et fournir des produits et services qui répondent à **vos** besoins;
- établir et maintenir la communication avec **vous**;
- vérifier les renseignements personnels fournis dans **votre** proposition;
- évaluer et souscrire les risques de façon prudente;
- procéder à des évaluations de la sécurité;
- établir les prix des produits d'assurance;
- enquêter sur les sinistres et les régler;

- détecter et prévenir les fraudes ou toute autre activité illicite;
- analyser les résultats de la société et compiler des statistiques;
- effectuer des études de marché;
- rendre des comptes aux organismes de réglementation ou du secteur;
- agir conformément aux lois en vigueur.

Vous pouvez retirer **votre** consentement, mais cela pourrait toutefois nous empêcher de **vous** fournir les produits ou services demandés. Dans le cadre de notre relation avec **vous**, nous pouvons communiquer **vos** renseignements personnels aux autres sociétés de Northbridge ou à des tiers, mais uniquement aux fins indiquées plus haut et conformément au présent avis de confidentialité. Lorsque nous communiquons **vos** renseignements personnels à des tiers, nous nous attendons à ce qu'ils respectent la confidentialité de ces renseignements. Dans le cas où un tiers ne traiterait pas **vos** renseignements personnels de façon appropriée, nous prendrons les mesures nécessaires pour en assurer la protection.

Nous pouvons faire appel à des fournisseurs de services situés à l'extérieur du Canada aux fins de collecte, d'utilisation, de communication et de stockage de renseignements personnels. Le cas échéant, nous exigeons par contrat que ces fournisseurs tiers adoptent des mesures de sécurité appropriées afin de protéger **vos** renseignements personnels, sous réserve des lois en vigueur dans leur pays ou territoire. Si **vos** renseignements personnels sont envoyés dans un autre pays, les tribunaux, organismes d'application de la loi et agences de sécurité nationale de ce pays pourraient y accéder. Les pays où des renseignements personnels peuvent être recueillis, utilisés, communiqués ou stockés comprennent les États-Unis d'Amérique.

Vous pouvez obtenir une copie de notre Politique de protection de la vie privée à partir de notre site Web (www.nbfc.com/fr) ou auprès de **votre** courtier ou de **votre** agent. Pour avoir accès aux renseignements personnels inscrits à **votre** dossier afin de vérifier qu'ils sont exacts et complets, veuillez en faire la demande par écrit à notre directeur responsable de la protection de la vie privée. Si **vous** avez des questions ou désirez déposer une plainte à propos de notre Politique de protection de la vie privée ou des procédures y afférentes, veuillez communiquer avec notre directeur responsable de la protection de la vie privée, aux coordonnées suivantes :

Par la poste

Société d'assurance générale Northbridge

105, rue Adelaide Ouest, 7^e étage
Toronto (Ontario) M5H 1P9

Courriel :

privacy@nbfc.com

Téléphone :

416.350.4400 ou 1.800.268.9680

Si **vous** n'êtes pas satisfait de notre réponse à **vos** préoccupations en matière de protection de la vie privée, **vous** avez le droit de communiquer avec **votre** organisme de réglementation de la vie privée. Sur demande, notre directeur responsable de la protection de la vie privée **vous** fournira les coordonnées de cet organisme.



Chacun veut voyager sans tracas et devrait pouvoir le faire en se sachant protégé par son assurance voyage. La plupart des gens voyagent chaque jour sans embûches, mais, si quelque chose devait survenir, les sociétés membres de l'Association canadienne de l'assurance voyage (THA) veulent que **vous** connaissiez **vos** droits. La Déclaration des droits et responsabilités en matière d'assurance voyage de la THiA repose sur les règles d'or suivantes de l'assurance voyage :

Connaissez **votre** état de santé. Connaissez **votre** voyage.
Connaissez **votre police**. Connaissez **vos** droits.