

POLICE D'ASSURANCE VOYAGE

Visiteurs Au Canada

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 **Votre** 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 **Votre Police**. Veuillez prendre le temps de lire **Votre Police** avant de partir en voyage. Les termes en caractères gras sont définis dans **Votre 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 **Votre** 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 **Votre** 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** incombe de remplir toutes les exigences d'entrée au Canada et dans toute autre région que **Vous** comptez visiter, y compris pour **Vos** itinéraires avec des vols de correspondance, et de faire toute demande en ce sens ou d'obtenir le nécessaire en ce sens le cas échéant.

En cas d'urgence ou si **Vous** avez besoin d'assistance pendant **Votre** 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 **Votre** achat indiquée dans **Votre Avis de confirmation**, **Vous Nous** faites savoir que **Vous** n'êtes pas entièrement satisfait de **Votre Police**, **Nous Vous** verserons un remboursement intégral à condition que **Vous** ne soyez pas déjà parti pour **Votre** voyage et qu'il n'y ait aucune demande d'indemnisation en cours. Le remboursement ne sera possible que si **Nous** recevons **Votre** demande de remboursement avant **Votre** 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**;
 - Une **Période d’attente** peut s’appliquer si **Vous** souscrivez cette assurance après **Votre** arrivée au Canada ou après la **Date d’expiration** d’une **Police** d’assurance voyage pour visiteurs au Canada en vigueur émise par **Nous**.
- **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**;
- Et **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.

CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ

Pour faire une demande d'assurance, **Vous** ou quelqu'un agissant en **Votre** nom devez remplir et signer un formulaire de proposition d'assurance au plus tard 365 jours avant la **Date d'effet** de la couverture et **Nous** le faire parvenir avec **Votre** versement de la prime exigée.

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 visiteur au Canada, un Canadien non admissible aux prestations d'un régime public d'assurance **Maladie**, une personne se trouvant au Canada par l'effet d'un visa de travail ou du super visa détenu par **Votre** père, **Votre** mère ou un grand-parent, ou un nouvel immigrant qui attend son admissibilité au **Régime public d'assurance Maladie** du Canada;
- 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;
- **vous** êtes âgé de 59 ans ou moins à la date de souscription de l'assurance;
- 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.

Tout **Problème de santé** préexistant ou **Problème de santé** connexe doivent être stables, comme suit :

1. Catégorie de taux 1, 2 et 3 pour les quatre-vingt-dix (90) jours qui précèdent et incluent la **Date d'effet** de la présente **Police**.
2. Catégorie de taux 4 et 5 pour les cent quatre-vingts (180) jours qui précèdent et incluent la **Date d'effet** de la présente **Police**.

Ne sont pas couverts aux termes de la présente **Police** 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.

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 **vos**re 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 **Votre** numéro de **Police** ou **Votre Avis de confirmation** sur **Vous** pendant **Votre** 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 **Votre** nom, **Votre** numéro de **Police**, **Votre** emplacement et la nature de **Votre 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 **Votre** date de départ, ont publié un avis aux voyageurs officiel « Éviter tout voyage non essentiel » ou « Éviter tout voyage » vers **Votre** 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 **Votre** impossibilité de recevoir un tel **Traitement** ou service.

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

Protection maximale de 100 000 \$, 300 000 \$ ou 500 000 \$ (selon la couverture souscrite) 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 de toute **Franchise** le cas échéant et des exclusions et restrictions applicables.

Durée de la garantie

Votre garantie prend effet à la plus tardive des dates suivantes :

- a) La **Date d'effet** de la couverture indiquée dans **Votre Avis de confirmation**; ou
- b) La date et l'heure de **Votre** arrivée au Canada à partir de **Votre** lieu de résidence.

Une **Période d'attente** de 48 heures après la **Date d'effet** (excepté pour les demandes d'indemnisation pour dommages corporels) s'applique si **Vous** souscrivez **Votre Police** :

- a) après la **Date d'expiration** d'un régime Soins médicaux d'urgence souscrit auprès de **Nous**;
- b) ou après **Votre** départ de **Votre** lieu de résidence.

Si, avant **Votre** départ de **Votre** lieu de résidence, **Vous** souscrivez une protection dont la **Date d'effet** coïncide avec la date et l'heure prévues de **Votre** arrivée au Canada, la couverture s'appliquera aussi à la durée de **Votre** vol ininterrompu à destination du Canada sans surprime. Un vol ininterrompu peut comporter une escale, à condition que **Vous** ne quittiez pas l'aéroport.

Votre garantie prend fin au premier des événements suivants :

- a) chaque fois que **Vous** quittez le Canada pour retourner à **Votre** lieu de résidence;
- b) à la **Date d'expiration** de **Votre Police** indiquée dans **Votre Avis de confirmation**;
- c) à la date à laquelle **Vous** atteignez le maximum de jours permis si **Vous** quittez le Canada lors d'un voyage secondaire;
- d) à la date à laquelle **Vous** devenez résident d'une maison de soins infirmiers, d'un foyer pour personnes âgées ou de tout autre établissement de soins de longue durée pendant **Votre** voyage au Canada;
- e) au plus tard 365 jours après la **Date d'effet** de **Votre** assurance;
- f) ou à la date à laquelle **Vous** devenez assuré par un régime public d'assurance **Maladie**.
EXCEPTION : Si **Vous** êtes un visiteur au Canada et détenez un permis de travail dans le cadre d'Expérience internationale Canada (EIC), la présente **Police** continuera de **Vous**

donner droit aux indemnités admissibles non couvertes par **Votre** régime public d'assurance **Maladie**.

La couverture demeure en vigueur sans surprime jusqu'à la date et à l'heure de **Votre** arrivée à **Votre Lieu de résidence** après un vol direct ininterrompu en partance du Canada, sans que **Vous** ayez l'intention de revenir au Canada pendant **Votre Période d'assurance** aux termes de la présente **Police**. Un vol ininterrompu peut comporter une escale, à condition que **Vous** ne quittiez pas l'aéroport.

Si, pendant **Votre** période d'assurance, **Vous** retournez à **Votre Lieu de résidence** au titre de l'indemnité pour interruption de voyage aux termes du régime Soins médicaux d'urgence, **Votre** assurance voyage pour visiteurs au Canada sera suspendue, mais pas résiliée. À **Votre** retour au Canada, **Votre Police** entrera de nouveau en vigueur à condition que **Vous** soyez toujours admissible à la couverture. Aucune prime ne sera remboursée pour les jours passés à **Votre** lieu de résidence.

Couverture pour voyages secondaires à l'extérieur du Canada

La présente **Police** prévoit une couverture pour les voyages à l'extérieur du Canada (excluant **Votre** pays d'origine), pourvu que **Votre** voyage secondaire commence et se termine au Canada et que sa durée n'excède pas 49 % de la durée totale de **Votre** voyage en jours indiquée dans **Votre Avis de confirmation** ou 30 jours dans tous les cas. Si, pendant **Votre** période d'assurance, **Vous** faites un voyage secondaire à l'extérieur du Canada dont la durée excède la durée permise dans la présente **Police**, **Votre** assurance voyage pour visiteurs au Canada sera suspendue pour la durée excédentaire de **Votre** voyage secondaire et entrera de nouveau en vigueur à **Votre** retour au Canada.

Extensions de garantie automatiques

Votre garantie sera automatiquement prolongée au-delà de **Votre Date d'expiration** prévue, stipulée dans **Votre Avis de confirmation**, dans l'un ou l'autre des 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;
- 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.

Prolongation d'un voyage

Toute prolongation d'un voyage doit être approuvée par le fournisseur d'assistance d'urgence. Afin d'éviter une période d'attente, souscrivez **Votre** prolongation de garantie avant la **Date d'expiration** de **Votre Police** d'assurance voyage pour visiteurs au Canada en vigueur souscrite auprès de **Nous**.

Vous pourriez avoir droit à une prolongation de **Votre** couverture si :

- a) **Vous** payez la prime supplémentaire;
- b) **Vous** n'avez eu aucun sinistre ni aucun événement ayant résulté ou pouvant résulter en un sinistre aux termes de la présente **Police**;
- c) **Votre** état de santé n'a pas changé.

Remboursement de la prime

- a) Si **Vous** résiliez **Votre Police** parce que **Votre** demande de super visa pour **Votre** père, **Votre** mère ou un grand-parent a été refusée, **Vous** devez fournir la preuve de ce refus avec **Votre** demande de remboursement intégral. Dans tout autre cas, **Vous** pouvez demander le remboursement intégral en tout temps avant la **Date d'effet** de **Votre** assurance.
- b) Si **Vous** obtenez la couverture du **Régime public d'assurance Maladie** du gouvernement canadien ou retournez à **Votre Lieu de résidence** avant la date prévue selon **Votre Avis de confirmation** et que **Vous** n'avez pas signalé de sinistre ni fait une demande d'indemnisation, **Vous** pouvez demander le remboursement de la prime pour les jours inutilisés de **Votre** voyage. **Vous** devrez fournir la preuve de la date réelle de **Votre** retour à **Votre Lieu de résidence** ou de la **Date d'effet** de **Votre** couverture du **Régime public d'assurance Maladie** du gouvernement canadien. **Vous** n'avez qu'à communiquer avec **Nous** pour demander un remboursement. Tous les voyageurs couverts par la même **Police** doivent revenir de voyage ensemble ou être couverts par le **Régime public d'assurance Maladie** du gouvernement canadien pour que le remboursement soit accordé. Le remboursement minimum est de 25 \$ CA.
- c) Si **Vous** détenez un super visa pour **Votre** père, **Votre** mère ou un grand-parent et avez contracté une couverture de 365 jours, que **Vous** demandez un remboursement partiel en raison de **Votre** retour anticipé à **Votre Lieu de résidence** ou de **Votre** départ anticipé du Canada, et que :
 - i. **Vous** n'avez déclaré aucun sinistre ni fait aucune demande d'indemnisation, payée ou refusée, alors la prime pour les jours inutilisés (minimum 25 \$ CA) pourra être remboursée quand **Vous** aurez fourni une preuve du retour à **Votre Lieu de résidence** ou de **Votre** départ du Canada;
 - ii. **Vous** avez déclaré un sinistre ou fait une demande d'indemnisation payable dont **Vous** attendez le versement ou que le montant total des frais liés aux sinistres admissibles déclarés n'excède pas le montant de la **Franchise**, ou si une demande d'indemnisation a été refusée, **Vous** pouvez demander le retrait de cette demande, et si **Nous** approuvons le retrait, la prime pour les jours inutilisés pourra être remboursée, moins des frais de **Traitement** de 300 \$ CA par demande d'indemnisation qui seront déduits du montant remboursable. Tous les frais rattachés à une demande d'indemnisation retirée par **Vous** seront à **Votre** charge;
 - iii. ou si **Vous** avez fait une demande d'indemnisation qui a été payée, aucun remboursement ne sera accordé.

La demande écrite de résiliation de la présente **Police** doit **Nous** parvenir après la date du retour à **Votre Lieu de résidence** avec la preuve de **Votre** départ du Canada. Aucune résiliation ne sera antidatée de plus de 60 jours avant la date de réception de **Votre** demande de résiliation, laquelle doit inclure une copie de **Votre** billet de retour ou de **Votre** carte d'embarquement pour **Votre** retour, et une copie de chaque page de **Votre** passeport afin de **Nous** assurer que **Vous** n'avez pas été au Canada entre la date du retour à **Votre Lieu de résidence** et la date de soumission de **Votre** demande de remboursement, ainsi qu'une déclaration confirmant que **Vous**

n'avez fait aucune demande d'indemnisation ayant été payée et n'avez déclaré ou ne déclarerez aucun sinistre au titre de la présente **Police**. Une fois faite la demande de remboursement de la prime, aucuns frais ni aucunes dépenses ne seront admissibles au titre de la **Police**, quelle qu'en soit la date. Le remboursement sera appliqué comme crédit à la même carte de crédit utilisée pour payer la prime. Aucun remboursement ne sera accordé au titre de l'indemnité pour interruption de voyage après la date d'effet, un voyage secondaire ou une interruption de voyage.

Description de la garantie

Si **Vous** avez une **Urgence** médicale pendant **Votre** 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 **Votre** nom. 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.

Nous Vous rembourserons les frais **Usuels et raisonnables** excédant le montant garanti par 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 **Votre** 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 **Votre 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 (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 Lieu de résidence** 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 ou au pays de **Votre Lieu de résidence** sans danger pour **Votre** vie ou **Votre** santé.
 - iii. Si **Vous** décidez de ne pas retourner au Canada ou au pays de **Votre Lieu de résidence** 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 1 500 \$ 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.
 - b) Maximum de 300 \$ pour le soulagement d'une douleur aiguë sans lien avec des dommages corporels.
4. Services paramédicaux d'urgence : Jusqu'à un maximum combiné de 700 \$ par blessure 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 200 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 2 000 \$. **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 au pays de **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 pour au moins cinq (5) jours consécutifs, 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 résidence, **Nous** rembourserons le **Tarif** aller-retour par le trajet le plus direct et verserons jusqu'à 750 \$ 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 à **Votre** lieu de résidence, sous réserve de l'admissibilité et des restrictions, conditions et exclusions prévues dans la présente **Police**.

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** lieu de résidence. Si le billet de retour inutilisé est remboursable, **Nous** déduisons 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 10 000 \$ pour :
- a) pour la préparation et le transport de **Votre** dépouille ou de **Vos** cendres vers le pays de **Votre** lieu de résidence;
- b) ou **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 pays de son lieu de résidence, 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 2 000 \$, 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 300 \$ les frais nécessaires à l'expédition de ces bagages et effets vers le pays de **Votre** lieu de résidence.
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 d'un **Animal de Compagnie** : Si **Votre** chien ou **Votre** chat **Vous** accompagnait lors de **Votre** voyage et que **Vous** êtes rapatrié à **Votre Lieu de résidence** en application de la clause 6 ou 11, **Nous** paierons les frais d'un aller simple jusqu'à concurrence de 500 \$ pour le retour de **Votre Animal de Compagnie** à **Votre** lieu de résidence.

Votre Animal de Compagnie voyageant avec **Vous** doit avoir reçu toutes les doses requises de vaccin contre la bordetella (toux de chenil) 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.

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS DE LA GARANTIE SOINS MEDICAUX D'URGENCE

En plus des exclusions générales qui s'appliquent à toutes les clauses de la présente **Police**, aucune couverture ni aucune prestation ne sont prévues pour les demandes d'indemnisation au titre de la garantie soins médicaux d'urgence qui découlent de ce qui suit :

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.

Aucune couverture n'est prévue pour les demandes d'indemnisation découlant de :

- 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;
- b) Toute **Maladie** pulmonaire traitée par oxygénothérapie ou la prise de stéroïdes oraux (prednisone ou prednisolone) pour un problème sérieux, dans les périodes indiquées ci-dessus.

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 **Problème de santé** attribuable au fait que **Vous** ne suivez pas le **Traitement** qui **Vous** a été prescrit par un professionnel de la santé autorisé ou au fait que **Vous** ne prenez pas les médicaments prescrits.
4. Tout changement dans **Votre** état de santé qui survient après la date de **Votre** proposition d'assurance et que **Vous** n'avez pas signalé avant **Votre** date d'effet.
5. 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 au pays de **Votre** lieu 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.
6. Toute greffe d'organe.
7. Tout **Traitement**, service ou équipement qui n'est pas jugé nécessaire du point de vue médical, ou toute procédure médicale ou tous tests (y compris : imagerie par résonance magnétique (IRM), cholangiopancréatographie par résonance magnétique (CPRM), tomодensitogramme, angiographie par tomодensitométrie, épreuve d'effort nucléaire, angiographie ou cathétérisme cardiaque) qui ne sont pas autorisés au préalable par le Centre d'assistance. Toute intervention chirurgicale doit être autorisée par le Centre d'assistance avant d'être pratiquée, sauf en cas de situation extrême où il s'agit d'une intervention d'urgence.
8. Les frais et dépenses couverts, y compris le transport aérien, qui excèdent 75 % du coût que **Nous** couvririons normalement aux termes de la présente **Police**, si **Vous** omettez de communiquer avec le **Fournisseur d'assistance d'urgence** au moment de l'urgence.

9. Tout montant de prestations qui doit être autorisé ou convenu à l'avance et que le **Fournisseur d'assistance d'urgence** n'a pas autorisé ou pour lequel il n'a pris aucune disposition.
10. 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.
11. Dans le cas de polices consécutives ou d'une prolongation de la **Police**, tout **Problème de santé** apparu, diagnostiqué ou **traité** après **Votre Date de départ** et avant la **Date d'effet** du complément de garantie ou de la prolongation de la **Police**.
12. 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.
13. La pose d'une articulation artificielle dans l'année qui suit une opération chirurgicale.
14. 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.
15. Les soins néonataux et médicaux et les frais d'évacuation qui découlent d'une naissance survenue pendant le voyage couvert.
16. Pour un **Enfant** assuré âgé de moins de deux (2) ans, tout **Problème de santé** associé à une anomalie congénitale.
17. Le **Traitement** d'une **Maladie** qui se déclare pendant la période d'attente, même si les frais qui y sont associés sont engagés après la période d'attente.
18. Tout autre **Traitement** médical si le **Fournisseur d'assistance d'urgence** détermine que **Vous** devriez **Vous** rendre dans un autre établissement ou retourner à **Votre Lieu de résidence** ou dans **Votre** province ou territoire de résidence temporaire pour recevoir un **Traitement**, mais que **Vous** décidez de ne pas le faire.
19. Tous frais engagés après la date à laquelle **Vous** avez refusé une offre de rapatriement ou d'évacuation médicale.
20. Tout voyage entrepris dans le but de recevoir un diagnostic, un **Traitement**, une intervention chirurgicale, une évaluation, des soins palliatifs ou toute autre forme de thérapie, ainsi que toute complication directe ou indirecte qui en résulte.
21. Tout **Traitement**, service ou équipement fourni par un foyer pour personnes âgées, une maison de repos, une station thermale, une maison de soins infirmiers, un **Hôpital** pour la convalescence, un hospice, un établissement ou centre de soins palliatifs, un établissement pour les soins et le **Traitement** d'une dépendance, un établissement de détention ou d'enseignement ou tout centre de réadaptation.
22. Tout **Problème de santé** ou symptôme dont **Vous** aviez connaissance ou qu'il était raisonnable de prévoir ou de soupçonner avant **Votre** départ de **Votre Lieu de résidence** ou avant la **Date d'effet** de l'assurance, et :
 - a) qui nécessitera un **Traitement** pendant **Votre** voyage;
 - b) pour lequel un examen ou un **Traitement** était prévu avant **Votre** départ de **Votre** lieu de résidence;
 - c) dont les symptômes auraient amené toute personne normalement prudente à se faire soigner dans les trois (3) mois précédant son voyage;
 - d) ou qui a amené **Votre Médecin** à **Vous** conseiller de ne pas partir en voyage.

23. Tout **Traitement** reçu dans le pays de **Votre** lieu de résidence.
24. Toute consultation de suivi à l'extérieur du Canada quand l'urgence est survenue au Canada.
25. Tout **Traitement** qu'il serait raisonnable de reporter à **Votre** retour dans **Votre** pays d'origine (que **Vous** prévoyez y retourner ou non) par le prochain transport disponible, sauf approbation préalable du Centre d'assistance.
26. Tout **Traitement** ou service illégal au sens d'une loi applicable au régime médical ou hospitalier d'une province ou d'un territoire.

Ce que Nous paierons

Nous Vous rembourserons les frais **Usuels et raisonnables** excédant le montant garanti par **Votre** régime privé d'assurance **Maladie** pour les frais médicaux d'urgence admissibles susmentionnés dans la présente politique jusqu'à concurrence de 100 000 \$, 300 000 \$ ou 500 000 \$ selon la couverture souscrite.

EXCLUSIONS GÉNÉRALES

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. Événement susceptible de causer l'annulation ou l'abandon de **Votre** voyage couvert, dont **Vous** ou **Votre Compagnon de voyage** aviez connaissance au moment de souscrire la présente **Police**;
2. **Urgence** survenant avant la date d'achat ou la **Date d'effet** à un moment où **Vous** ne remplissiez pas les critères d'admissibilité ou n'aviez pas répondu de façon exacte et véridique à toutes les questions du **Questionnaire médical** (le cas échéant), ou toute **Urgence** découlant d'une **Maladie** antérieure qui n'était pas indiquée dans le questionnaire médical.
3. Dommages indirects de quelque nature que ce soit, y compris la perte de jouissance de **Votre Voyage couvert** pour quelque raison que ce soit;
4. **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;
5. 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;
6. Tout **Traitement** médical facultatif; y compris, sans s'y limiter, les interventions dentaires ou esthétiques, les traitements naturopathiques, holistiques ou d'acupuncture.
7. **Votre** consommation de drogues, d'alcool ou de médicaments qui causent directement ou indirectement le problème à l'origine d'une demande d'indemnisation;
8. Toute **Maladie** ou tous **Dommages corporels** résultant d'une consommation d'alcool ou de drogues excessive de longue date;
9. **Votre** suicide ou tentative de suicide, ou tous **Dommages corporels** volontairement auto-infligés;
10. Votre participation à des Activités risquées;
11. **Votre** participation à des activités organisées de sport professionnel pour lesquelles **Vous** êtes rémunéré;

12. 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);
13. **Vous** pilotez, conduisez ou participez à des courses motorisées de vitesse ou d'endurance;
14. **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;
15. **Accident** de véhicules automobiles pour lequel **Vous** êtes admissible à des prestations aux termes d'une **Police** d'assurance automobile ou d'un régime légal d'assurance automobile;
16. Fraude, dissimulation ou déclaration délibérément fautive sur une question en lien avec la présente assurance ou avec une demande d'indemnisation aux termes des présentes;
17. **Votre** participation à des activités criminelles ou malveillantes ou **Votre** contact volontaire avec de telles activités;
18. Participation à une émeute ou à une insurrection;
19. **Acte de guerre**, invasion, action d'un ennemi étranger, hostilités, révolution, soulèvement militaire ou usurpation de pouvoir;
20. Acte de **terrorisme** par des moyens nucléaires, ou **terrorisme** par dissémination d'agents ou substances biologiques, chimiques, nucléaires ou radioactifs;
21. Participation aux activités de forces armées;
22. 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;
23. Vol orbital ou sous-orbital;
24. 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**;
25. **Contamination** causée par du carburant ou des déchets biologiques, chimiques, radioactifs ou nucléaires;
26. Voyage à l'extérieur 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.
27. Absence du Canada pour un nombre de jours excédent la limite permise.
28. Prestations pouvant être remboursées par une autre source, y compris des fiduciaires ou un fonds d'indemnisation public ou sectoriel.

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 la présente **Police** a été émise. Toute contestation ayant trait à ce contrat sera portée à l'attention d'un tribunal canadien ayant compétence là où la **Police** a été émise, 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.

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 dégagé 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, y compris, sans limitation, 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 de prestations, 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. Le total des prestations qui **Vous** sont versées par tous les assureurs ne peut pas excéder **Vos** frais réels. **Nous** coordonnerons le versement des prestations avec tous les assureurs qui **Vous** versent des prestations similaires à celles prévues aux termes de la présente **Police** (sauf si **Vous** êtes couvert par un régime complet d'assurance **Maladie** offert par **Votre** actuel ou ancien employeur pour un montant maximum à vie de 50 000 \$ ou moins) jusqu'à concurrence du montant maximum fixé par chaque assureur.

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 **Votre** ou **Vos** demandes d'indemnisation, et **Nous Nous** réservons le droit d'examiner ces dossiers et documents pour vérifier la validité de **Votre** demande. En cas de décès, l'assureur peut exiger qu'une autopsie soit pratiquée, sous réserve des lois applicables de l'autorité compétente régissant les autopsies.

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 **Votre** nom à un fournisseur de soins médicaux ou à un tiers, ou demander le remboursement à **Vous**, à **Votre** 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 **Votre** nom, et **Nous** signerons, à **Nos** frais et en **Votre** 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 **Votre** volonté, se produisant pendant **Votre** 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 **Votre** domicile permanent. Cette définition comprend :

1. les chiens-guides certifiés, et
2. 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 **Votre** numéro de **Police**, **Votre** date d'achat, **Votre** date de départ, **Votre Date d'expiration** et renferme un bref sommaire des prestations. Ce document indique aussi **Votre 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.

Changement dans l'état de santé – changement caractérisé par :

- a) la présence d'un ou plusieurs nouveaux symptômes;
- b) un ou plusieurs symptômes qui s'aggravent ou deviennent plus fréquents;
- c) le fait qu'un **Médecin** a jugé que le **Problème de santé** s'était aggravé;
- d) des résultats de tests indiquant que le **Problème de santé** peut être en train de s'aggraver;
- e) le fait qu'un **Médecin** a fourni, prescrit ou recommandé un nouveau médicament ou un changement de médication;
- f) **Votre Hospitalisation** ou **Votre** aiguillage vers une clinique spécialisée ou un **Médecin** spécialiste;
- g) ou la présence de tests dont les résultats sont à venir.

Changement de médication – Changement de type de médicament, réduction ou augmentation de la fréquence ou de la posologie d'un médicament, arrêt d'un médicament ou ordonnance d'un nouveau médicament. Exceptions : 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, ni aucun changement d'un médicament de marque pour un générique avec la même posologie.

Compagnie aérienne de transport régulier – **Compagnie** aérienne autorisée qui assure le transport de passagers payants et publie régulièrement l'horaire de ses vols (y compris les vols nolisés de cette **Compagnie** ou ce voyageur autorisé).

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

Compagnon de voyage – Personne qui partage **Vos Réservations de voyage** et **Votre** hébergement pendant **Votre** 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 **Votre** 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 :

- a) la **Date d'effet** indiquée dans **Votre Avis de confirmation**,
- b) et la date et l'heure de **Votre** arrivée au Canada depuis le pays de **Votre** lieu de résidence.

Exception faite des demandes d'indemnisation pour dommages corporels, la couverture commencera 48 heures après la **Date d'effet** si **Vous** souscrivez **Votre Police** :

- a) après la **Date d'expiration** d'une **Police** existante délivrée par **Nous**;
- b) ou après **Votre** départ du pays de **Votre** lieu de résidence.

Si **Vous** souscrivez l'assurance avant **Votre** départ de **Votre Lieu de résidence** et que la **Date d'effet** coïncide avec la date et l'heure de **Votre** arrivée prévue au Canada, **Vous** serez alors couvert sans surprime pendant **Votre** vol ininterrompu direct à destination du Canada. Un vol ininterrompu peut comporter une escale, à condition que **Vous** ne quittiez pas l'aéroport.

Date d'expiration – La date à laquelle prend fin la garantie prévue aux termes de la présente **Police**. La couverture prend fin à la première des dates suivantes :

- a) dès que **Vous** quittez le Canada pour retourner à **Votre** lieu de résidence;
- b) à la **Date d'expiration** indiquée dans **Votre Avis de confirmation**;
- c) si **Vous** faites un voyage secondaire à l'extérieur du Canada, la date à laquelle **Vous** atteignez le maximum de jours permis;
- d) la date à laquelle **Vous** devez résider d'un foyer pour personnes âgées, d'une maison de soins infirmiers ou de tout autre établissement de soins de longue durée pendant **Votre** voyage;
- e) au plus tard 365 jours après la **Date d'effet** de **Votre** assurance;
- f) ou à la date à laquelle **Vous** devenez assuré par un régime public d'assurance **Maladie**.
EXCEPTION : Si **Vous** êtes un visiteur au Canada et détenez un permis de travail dans le cadre d'Expérience internationale Canada (EIC), la présente **Police** continuera de **Vous** donner droit aux indemnités admissibles non couvertes par **Votre** régime public d'assurance **Maladie**.

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

Date de retour – La date à laquelle **Vous** êtes censé retourner au **Point de départ** de **Votre** voyage couvert.

Dommages corporels – Dommages corporels soudains causés par un **accident** qui survient pendant **Votre Période d'assurance** et **Vous** oblige à obtenir un **Traitement** médical.

Enfant – Votre ou **Vos** enfants naturels ou adoptifs non mariés, ou beaux-enfants qui sont à **Votre** charge pour leur subsistance, ou bien **Votre** ou **Vos** grand-enfants qui **Vous** accompagnent ou **Vous** ont rejoint dans **Votre** 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;
- 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 **Votre** proposition d'assurance ou à majorer **Votre** 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 **Votre** 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.

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.

Lieu de résidence – **Votre** pays d'origine ou le pays de **Votre** lieu de résidence; ou **Votre Point de départ** avant **Votre** arrivée au Canada.

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 **Votre** 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 **Votre** date d'effet.

Médecin – Personne autre que **Vous**, qu'un membre de **Votre** famille ou que **Votre** 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.

Période d'attente – Période de 48 heures commençant à la **Date d'effet** de **Votre** couverture si **Vous** souscrivez **Votre Police** :

- a) après la **Date d'expiration** d'une **Police** d'assurance pour visiteurs au Canada existante émise par **Nous**;
- b) après **Votre** arrivée au Canada.

La **Période d'attente** ne s'applique pas si **Vous** avez souscrit la présente **Police** avant la **Date d'expiration** d'une **Police** d'assurance pour visiteurs au Canada existante émise par **Nous**, laquelle prend effet le lendemain de la **Date d'expiration** de la précédente, pourvu qu'il n'y ait pas d'augmentation du montant de la garantie ni de changement au régime.

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.

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.

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.

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** pays d'origine.

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.

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 **Votre** 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 **Votre** 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 aux coordonnées suivantes :

En ligne

Il suffit de téléverser **Vos** documents au site [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;
- c) 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 **Votre** demande soit validée;
- d) les documents que **Nous** exigeons pour appuyer **Votre** demande d'indemnisation. Un document officiel tel un certificat de décès confirmant la cause du décès est également exigé si la demande découle d'un décès.

Il faut fournir les originaux des documents justificatifs. Si **Vous** omettez de fournir les documents exigés à l'appui, la demande aux termes de la présente **Police** ne sera pas valide. Tous les documents à l'appui exigés pour étayer la demande, y compris leur version anglaise ou leur traduction en français, doivent être fournis à **Vos** frais.

Paiements 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, 7e 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 (THIA) 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.