Protection voyage BMO Assurance –
Régime annuel soins médicaux

Police d'assurance

Spécimen

BMO Assurance[MD]

Ici, pour vous.[MC]

Spécimen

AVIS IMPORTANT – VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT

La présente ***police*** couvre les pertes découlant uniquement de circonstances soudaines et imprévisibles. Il est important que ***vous*** lisiez et compreniez les exclusions et restrictions à la couverture décrites dans la présente ***police***.

La présente ***police*** doit être accompagnée d'une ***lettre de déclaration de couverture*** pour former le contrat.

Il se peut que ***votre police*** ne fournisse pas de protection pour des ***états pathologiques*** et/ou des symptômes qui existaient avant ***votre voyage***. Prière de vérifier afin de voir comment cela s'applique dans la ***police*** et comment cela se rapporte à ***votre date de départ***, date d'achat ou ***date de prise d'effet***.

Vous devez aviser Allianz Global Assistance par l'intermédiaire du ***centre des opérations***, avant tout ***traitement*** médical. Si ***vous*** ne communiquez pas avec le ***centre des opérations*** au 1-877-807-7806 ou à frais virés au 519-342-4947 dans les délais prescrits, ***vos*** indemnités pourront être assujetties à un plafond. En cas d'***accident***, de ***maladie*** ou de ***blessure***, il est possible que ***vos*** antécédents médicaux soient examinés si une demande de règlement est soumise.

POUR PLUS DE DÉTAILS SUR LA MANIÈRE DE PRÉSENTER UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT, VEUILLEZ CONSULTER LA SECTION DE CE DOCUMENT À CET EFFET.

Toutes les prestations d'assurance décrites dans la présente ***police*** sont offertes par la Compagnie d'assurance Allianz Risques Mondiaux É.-U. (succursale canadienne) (« Allianz »).

La présente *police* contient une clause qui retire ou restreint le droit de l'*assuré* à designer les personnes auxquelles ou au bénéfice desquelles les sommes assurées doivent être versées.

Vous pouvez communiquer avec Allianz à l'adresse ci-dessous :

Compagnie d'assurance Allianz Risque Mondiaux É.-U.
(succursale canadienne)
130 rue Adelaide Ouest, bureau 1600,
Toronto (Ontario) M5H 3P5
1-866-658-4247

L'assurance voyage est fournie par la Compagnie d'assurance Allianz Risques Mondiaux É.-U. (succursale canadienne) (« Allianz »), et administrée par Allianz Global Assistance qui est une dénomination commerciale enregistrée d'AZGA Service Canada Inc. BMO Société d'assurance-vie, faisant affaire sous la raison sociale BMO Assurance, reçoit une indemnité de l'***assureur*** pour la distribution de cette assurance. L'***assuré*** et toute personne effectuant une réclamation en vertu de cette assurance peuvent demander une copie de la ***police***, de la demande d'assurance et de tout autre avis écrit (le cas échéant) qui a été fourni à Allianz comme preuve d'assurabilité (sous réserve de certaines limites).

Specimen

Toutes les prestations d'assurance sont assujetties à tous les égards aux dispositions décrites dans la présente ***police*** qui, combinée à ***votre*** proposition d'assurance, à ***votre lettre de déclaration de couverture*** ainsi qu'à tout questionnaire médical applicable, constitue l'entente intégrale régissant le versement des indemnités.

Veuillez lire attentivement la présente ***police*** avant de partir en ***voyage*** pour ***vous*** assurer qu'elle répond à ***vos*** besoins en matière d'assurance voyage. Si ***vous*** n'êtes pas entièrement satisfait, ***vous*** pouvez demander un remboursement complet de la prime uniquement en appelant le ***centre des opérations*** pour annuler ***votre police*** dans les 10 jours suivant la date de souscription et à condition que ***vous*** ne soyez pas déjà parti en ***voyage*** et que vous n'ayez pas formulé de demande de règlement.

Nul ne peut être couvert par plus d'une ***police*** d'assurance offrant une couverture d'assurance similaire à celle offerte dans la présente ***police***. Dans le cas où une personne est, selon les registres de l'***assureur***, une « personne assurée » en vertu de plus d'une telle ***police***, cette personne est réputée assurée uniquement en vertu de la ***police*** offrant la couverture d'assurance du montant le plus élevé. Une compagnie, une société de personnes ou une entreprise n'est en aucun cas admissible à la couverture d'assurance décrite aux présentes. La présente ***police*** remplace toute autre ***police*** ayant antérieurement été émise à ***votre*** intention.

Pour plus de renseignements, veuillez communiquer avec Allianz Global Assistance :
Au Canada ou aux États-Unis, en composant le 1-877-807-7806; ou Ailleurs, à frais virés, en composant le 519-342-4947.

VEUILLEZ LIRE LA PRÉSENTE ***POLICE*** ATTENTIVEMENT AVANT DE PARTIR EN VOYAGE

Specimen

TABLE DES MATIÈRES

1 APERÇU DE L'ASSURANCE – SOMMAIRE DES GARANTIES 4

2 TERMES DÉFINIS DONT VOUS DEVEZ CONNAÎTRE LE SENS 4

3 ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE 7

4 FIN DE L'ASSURANCE 7

5 RENOUVELLEMENT DU RÉGIME ANNUEL SOINS MÉDICAUX 8

6 COMMENT CALCULER VOTRE PRIME 8

7 VOTRE DROIT À UN REMBOURSEMENT 8

8 ADMISSIBILITÉ 8

9 DESCRIPTION DE LA COUVERTURE 9

9.1 ASSISTANCE VOYAGE 9

9.1.1 SERVICES D'ASSISTANCE VOYAGE 9

9.1.2 SERVICES D'ASSISTANCE JURIDIQUE 9

9.2 RÉGIME SOINS MÉDICAUX 9

9.2.1 RISQUES COUVERTS PAR L'ASSURANCE SOINS MÉDICAUX D'URGENCE À L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE/DU PAYS 9

9.2.2 SERVICES D'ASSISTANCE EN CAS D'URGENCE MÉDICALE À L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE/DU PAYS 12

9.2.3 RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS RELATIVES À L'ASSURANCE SOINS MÉDICAUX D'URGENCE À L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE/DU PAYS 12

9.3 RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS GÉNÉRALES 13

10 QUE FAIRE EN CAS D'URGENCE MÉDICALE? 15

11 CONDITIONS 16

12 DISPOSITIONS GÉNÉRALES 17

13 DÉMARCHE À SUIVRE POUR PRÉSENTER UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT 18

14 PROTECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS 19

Spécimen

1 APERÇU DE L'ASSURANCE – SOMMAIRE DES GARANTIES

PRESTATIONS

- Limite de 4, 10 ou 23 jours par ***voyage*** – nombre illimité de ***voyages*** par ***période de couverture*** de 12 mois
- Soins médicaux d'urgence à l'extérieur de la province/du pays – 5 000 000 $
- Assistance voyage

Une *protection individuelle* et une *protection familiale* sont également offertes. Les *enfants à charge* sont automatiquement couverts par la *protection familiale* qui n'est offerte qu'aux parents âgés de moins de soixante (60) ans.

RÉGIME ANNUEL SOINS MÉDICAUX

- Procure une couverture pour soins médicaux pour un nombre illimité de ***voyages*** par an :
  - quatre (4) jours par ***voyage*** en vertu de l'option quatre (4) jours
  - dix (10) jours par ***voyage*** en vertu de l'option dix (10) jours
  - vingt-trois (23) jours par ***voyage*** en vertu de l'option vingt-trois (23) jours
- La couverture ne concerne que les soins médicaux hors province ou hors pays
- Cette assurance peut être renouvelée annuellement

Pour plus de détails à propos des exclusions et restrictions (y compris une exclusion quant à une condition préexistante en cas d'urgence médicale), veuillez consulter la Section 9 – DESCRIPTION DE LA COUVERTURE.

Dans la présente *police*, les termes écrits en caractères *italiques gras* ont le sens donné dans les définitions ci-dessous.

2 TERMES DÉFINIS DONT VOUS DEVEZ CONNAÎTRE LE SENS

Accident(el) signifie tout événement externe soudain, inattendu, imprévisible et inévitable, à l'exception des ***maladies*** et des infections.

Acte de guerre signifie tout dommage ou perte, direct ou indirect, occasionné ou survenant en raison d'une guerre, d'une invasion, d'actes d'ennemis étrangers, d'hostilités ou d'opérations belliqueuses (que la guerre soit déclarée ou non), par quelque gouvernement ou souverain que ce soit, par du personnel militaire ou d'autres agents, d'une guerre civile, d'une rébellion, d'une révolution, d'une insurrection, d'une émeute escaladant jusqu'à l'insurrection militaire ou à l'usurpation du pouvoir.

Acte de terrorisme signifie un acte, notamment l'usage de la force ou de la violence ou d'une menace en ce sens pour commettre ou menacer de commettre un geste dangereux à l'endroit de quelque personne ou de quelque groupe ou gouvernement que ce soit, acte ou geste commis à des fins politiques, religieuses, idéologiques, sociales, économiques ou autres, y compris l'intention d'intimider, de forcer ou de renverser un gouvernement (de fait ou de droit) ou d'influencer, ou de protester contre quelque gouvernement ou d'y porter atteinte, ou de terroriser la population civile ou quelque partie de cette dernière.

Assuré signifie la ou les personnes admissibles nommées dans la ***lettre de déclaration de couverture*** pour qui la prime d'assurance exigible a été payée.

Assureur signifie la Compagnie d'assurance Allianz Risques Mondiaux É.-U. (succursale canadienne).

Blessure signifie une lésion corporelle subie par suite d'un ***accident*** qui donne lieu à une perte couverte par l'assurance et qui exige les soins médicaux ou les ***traitements*** immédiats d'un ***médecin***.

Centre des opérations signifie le centre des opérations exploité par Allianz Global Assistance. Allianz Global Assistance est la dénomination commerciale enregistrée d'AZGA Service Canada Inc.

Conjoint signifie la personne avec laquelle ***vous*** êtes légalement marié; si personne ne correspond à cette description, la personne vivant avec ***vous*** dans le cadre d'une relation conjugale, qui habite le même logement que ***vous*** et qui est publiquement présentée comme étant ***votre*** conjoint. Aux fins de la présente assurance, ***vous*** ne pouvez pas avoir plus d'un conjoint.

Spécimen

Consigne aux voyageurs signifie un avis officiel par le gouvernement du Canada déconseillant aux voyageurs canadiens de se rendre dans un pays, une région ou une ville, pendant la durée de ***votre voyage*** assuré.

Date de départ signifie la date et l'heure à laquelle ***vous*** partez de ***votre*** province ou territoire de résidence pour entreprendre un ***voyage*** (à l'heure locale de ***votre*** adresse au Canada).

Date de prise d'effet signifie la dernière des éventualités suivantes :

- la date indiquée sur ***votre lettre de déclaration de couverture***; ou
- la date à laquelle ***vous*** quittez votre province ou territoire de résidence pour ***votre voyage***.

Date d'expiration signifie la première des éventualités suivantes :

- la date d'expiration indiquée sur ***votre lettre de déclaration de couverture***; ou
- la date à laquelle ***vous*** atteignez le nombre maximal de jours permis pour ***votre voyage***, tel que choisi et payé au moment de la souscription de l'assurance; ou
- la date et l'heure à laquelle ***vous*** rentrez dans ***votre*** province ou territoire de résidence.

Date de retour signifie la date et l'heure à laquelle ***vous*** retournez dans ***votre*** province ou territoire de résidence (à l'heure locale de ***votre*** adresse au Canada).

Effets personnels signifie les biens normalement portés ou conçus pour être transportés par l'***assuré*** à des fins purement personnelles et non d'affaires.

Enfant à charge signifie un enfant célibataire naturel, adopté ou enfant du ***conjoint*** d'un ***assuré*** qui dépend principalement de l'***assuré*** pour sa subsistance; et qui est :

- âgé de vingt (20) ans ou moins; ou
- âgé de vingt-cinq (25) ans ou moins et fréquente à temps plein un établissement d'enseignement collégial ou universitaire reconnu; ou
- âgé de 21 ans ou plus et incapable de subvenir à ses besoins en raison d'un handicap physique ou mental permanent survenu alors qu'il était enfant à charge admissible.

Épreuve de vitesse signifie la participation à une course d'engins motorisés illégale ou légale, y compris la formation ou la pratique.

Escalade signifie l'ascension ou la descente d'une montagne à l'aide d'un équipement spécialisé, notamment des griffes, piolets, pitons ou autres types d'ancrages, mousquetons et dispositifs de moulinette ou de rappel.

État pathologique signifie toute ***maladie***, toute ***blessure*** ou tout symptôme.

Hôpital signifie un établissement constitué en société ou titulaire d'un permis d'hôpital octroyé par le territoire où il dispense ses services et qui héberge des ***malades hospitalisés*** et possède un personnel permanent composé d'un ou de plusieurs ***médecins*** et infirmiers autorisés, d'un laboratoire et d'une salle où un ***médecin*** peut effectuer des opérations chirurgicales. Un hôpital ne désigne en aucun cas une maison de convalescence, une maison de soins infirmiers, une maison pour personnes âgées, une installation thermale ou un établissement de désintoxication ou de soins pour les personnes qui souffrent de troubles émotionnels ou mentaux.

Lettre de déclaration de couverture signifie la lettre qui reprend les détails de ***votre*** couverture en vertu du ***certificat***.

Malade ambulatoire signifie une personne qui bénéficie d'un ***service admissible***, tout en n'étant pas un ***malade hospitalisé***.

Malade hospitalisé signifie une personne traitée comme patient dans un ***hôpital*** ou un autre établissement et qui y occupe un lit et dont on exige qu'elle paie des frais pour sa chambre et sa pension.

Maladie signifie toute affection ou maladie soudaine.

Spécimen

Médecin signifie une personne qui n'est pas ***vous*** et qui possède les compétences et un permis d'exercice pour pratiquer la médecine ou effectuer des opérations chirurgicales à l'endroit où il les exécute et qui ne ***vous*** est pas apparentée par le sang ou par alliance.

Membre de la famille immédiate signifie le ***conjoint***, l'enfant naturel ou adopté, le parent, le frère ou la soeur, le tuteur dûment nommé, les beaux-parents, les grands-parents, les petits-enfants, la bru, le gendre, la belle-soeur et le beau-frère, la belle-fille ou le beau-fils de l'***assuré***.

Nécessaire du point de vue médical signifie les services ou fournitures dispensés par un ***hôpital***, un ***médecin***, un dentiste ou un autre prestataire de soins dûment autorisé qui sont requis pour diagnostiquer ou traiter ***votre maladie*** ou ***votre blessure*** et que le ***centre des opérations*** juge :

- appropriés compte tenu des symptômes, du diagnostic ou du ***traitement*** de ***votre*** état, ***maladie***, malaise ou ***blessure***;
- conformes aux normes régissant l'exercice de la profession médicale;
- comme n'étant pas offerts seulement pour ***votre*** commodité, pour celle d'un ***médecin*** ou pour celle d'un autre prestataire de soins autorisé; et
- les plus opportuns qui puissent ***vous*** être fournis de façon sécuritaire.

Dans le cas d'un ***malade hospitalisé***, l'expression « nécessaire du point de vue médical » signifie également que ***vos*** symptômes ou que ***votre*** état médical exigent des soins qui ne pourraient pas ***vous*** être offerts de façon sécuritaire si ***vous*** étiez un ***malade ambulatoire***.

Période de couverture signifie la période pendant laquelle l'assurance est en vigueur, telle que précisée dans les différentes sections du présente ***police***.

Police signifie l'ensemble des documents de la police d'assurance contenant les modalités de cette assurance et qui ***vous*** est délivrée par l'***assureur***.

Prolonger ou ***prolongation d'assurance*** signifie souscrire, auprès de l'***assureur***, des jours additionnels d'assurance soins médicaux afin d'augmenter le nombre de jours auquel s'applique l'assurance soins médicaux hors province ou hors pays.

Protection familiale signifie une protection d'assurance pour l'***assuré***, le ***conjoint*** de l'***assuré*** et ses ***enfants à charge***.

Protection individuelle signifie une protection d'assurance pour l'***assuré*** dont le nom apparaît dans la ***police***.

Raisonnables et habituels signifie les services qui sont généralement dispensés ou les dépenses généralement engagées pour les sinistres assurés et qui ne sont pas supérieurs à ce qui a normalement cours dans la région pour obtenir un ***traitement***, des services ou du matériel associés à une ***maladie*** ou à une ***blessure*** similaire.

Récurrence signifie l'apparition de symptômes causés par un ***état pathologique*** ou y étant reliés, lorsque l'***état pathologique*** en question a déjà été diagnostiqué par un ***médecin*** ou pour lequel un ***traitement*** a déjà été reçu.

Régime public d'assurance maladie ou ***RPAM*** signifie le régime d'assurance maladie offert par le gouvernement de ***votre*** province ou territoire de résidence.

Sanction ou ***sanctionné*** signifie toute entreprise ou activité qui iraient à l'encontre de toute loi ou réglementation nationale relative aux sanctions économiques ou commerciales.

Service admissible signifie un service ou bien, décrit aux présentes, pour lequel une indemnité est prévue dans le cadre de la présente assurance.

Sport professionnel signifie participation à, entraînement pour ou pratique lors d'un événement sportif contre rémunération ou gain financier.

Stable signifie tout ***état pathologique*** ou affection connexe (y compris toute affection cardiovasculaire ou affection pulmonaire) pour lequel :

- ***vous*** n'avez subi aucun nouveau ***traitement***; et

SPECIMEN

- il n'y a eu aucun changement de ***traitement*** ou changement du type ou de la fréquence du ***traitement***; et
- ***vous*** n'avez pas présenté de signes ou symptômes médicaux ou un nouveau diagnostic n'a pas été posé; et
- aucun test n'a démontré une détérioration de ***votre*** état de santé; et
- ***vous*** n'avez pas été hospitalisé; et
- on ne ***vous*** a pas recommandé une visite chez un ***médecin*** spécialiste (qu'il y ait eu consultation ou non) et ***vous*** n'êtes pas en attente des résultats d'une enquête ou de tests supplémentaires effectués par un professionnel médical.

Traitement signifie un acte médical, thérapeutique ou diagnostique prescrit, exécuté ou recommandé par un ***médecin***, y compris, mais sans s'y limiter, les médicaments d'ordonnance, les chirurgies et les tests effectués à des fins exploratoires. Cela ne comprend pas des bilans de santé ou des cas où ***vous*** n'avez aucun symptôme particulier.

Transporteur public signifie une compagnie offrant des services de transport par aéronef, autocar, taxi (à l'exception des programmes de covoiturage et d'autopartage et de services de chauffeurs sur commande), voiture, train ou paquebot de croisière ou encore un système de transport par traversier public à des passagers moyennant un paiement et selon des tarifs et un horaire publiés.

Urgence signifie l'apparition soudaine et imprévue d'une ***maladie*** ou d'une ***blessure*** pendant un ***voyage*** et pour laquelle l'intervention immédiate d'un ***médecin*** ou d'un dentiste reconnu par la loi est nécessaire et ne peut être raisonnablement retardée. Une situation d'urgence arrive à son terme quand un ***médecin*** déclare que ***vous*** êtes en mesure de poursuivre ***votre voyage*** ou de revenir à ***votre*** résidence au Canada.

Valeur réelle signifie que l'***assureur*** versera le moindre des montants suivants :

- le prix d'achat réel d'un article similaire;
- la valeur réelle de l'article au moment du sinistre, qui comprend une déduction pour dépréciation (en l'absence de reçus, l'assurance verse jusqu'à 75 % de la valeur dépréciée calculée); ou
- le coût de réparation ou de remplacement de l'article.

Vous, ***Votre***, ***Vos*** désignent l'***assuré***.

Voyage signifie la période pendant laquelle l'***assuré*** séjourne à l'extérieur de sa province ou son territoire de résidence et pour laquelle une assurance est en vigueur.

3 ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE

À moins d'indications contraires aux présentes, la présente ***police*** entre en vigueur le jour où toutes les conditions suivantes sont remplies :

- l'***assureur*** a reçu et approuvé ***votre*** proposition d'assurance;
- l'***assureur*** a reçu le paiement complet de la prime exigible; et
- l'***assureur*** a émis un numéro de ***police*** et l'a indiqué sur une ***lettre de déclaration de couverture*** dans laquelle ***vous*** êtes nommé en tant qu'***assuré***, ou ***vous*** êtes le ***conjoint*** ou l'***enfant à charge*** de la personne nommée en tant qu'***assuré***.

4 FIN DE L'ASSURANCE

Votre protection en vertu de cette ***police*** prend fin à la première des éventualités suivantes :

- la date à laquelle l'***assuré*** n'est plus admissible à l'assurance offerte en vertu de la présente ***police*** d'assurance;
- à 23 h 59 à la ***date d'expiration***.

Specimen

5 RENOUVELLEMENT DU RÉGIME ANNUEL SOINS MÉDICAUX

Si ***vous*** avez choisi le renouvellement automatique, ***votre*** couverture sera renouvelée automatiquement à la ***date d'expiration*** pour une période additionnelle de 12 mois si, à la ***date d'expiration*** :

- ***vous*** êtes un résident du Canada;
- ***vous*** avez moins de 60 ans;
- ***vous*** aviez choisi le renouvellement automatique sur ***votre*** proposition initiale;
- les références de ***votre*** carte de crédit dans les dossiers de l'***assureur*** sont valides; et
- cette assurance est toujours offerte.

Si ***vous*** êtes âgé de plus de 60 ans, ***vous*** devez remplir un questionnaire médical et, si ***vous*** êtes admissible, une nouvelle ***police vous*** sera émise pour une période de 12 mois. Veuillez communiquer avec le ***centre des opérations*** au 1-877-807-7806.

Si ***vous*** avez choisi le renouvellement automatique et que ***vous*** ne souhaitez pas renouveler assurance, ***vous*** devez contacter le ***centre des opérations*** avant la ***date d'expiration*** de ***votre*** assurance.

REMARQUE : Si les renseignements sur ***votre*** carte de crédit enregistrée dans les dossiers de l'***assureur*** ne sont pas valables, ***votre*** assurance ne sera pas automatiquement renouvelée.

6 COMMENT CALCULER VOTRE PRIME

Le montant des primes dépend de l'assurance sélectionnée. Les critères utilisés dans le calcul peuvent prendre en compte l'âge, la santé, la durée du ***voyage***, le nombre d'***assuré(s)***, et les taxes dans la province ou le territoire de résidence (le cas échéant). La prime est exigible au moment de l'achat et son montant dépend du barème en vigueur, lequel peut changer de temps à autre, conformément aux dispositions de cette ***police***.

7 VOTRE DROIT À UN REMBOURSEMENT

VOTRE DROIT D'EXAMEN Veuillez lire attentivement la présente ***police*** avant de partir en ***voyage*** pour ***vous*** assurer qu'elle répond à ***vos*** besoins en matière d'assurance voyage. Si ***vous*** n'êtes pas entièrement satisfait, ***vous*** pouvez demander un remboursement complet de la prime uniquement en appelant le ***centre des opérations*** pour annuler ***votre police*** dans les 10 jours suivant la date de souscription et à condition que ***vous*** ne soyez pas déjà parti en ***voyage*** et que ***vous*** n'ayez pas présenté de demande de règlement.

VOTRE DROIT À UN REMBOURSEMENT ***Vous*** ne pouvez demander un remboursement complet de la prime que si ***vous*** communiquez avec le ***centre des opérations*** pour annuler, dans les dix (10) jours de date de souscription et si ***vous*** n'êtes pas déjà parti en ***voyage*** ou n'avez pas présenté de demande de règlement.

8 ADMISSIBILITÉ

Vous êtes admissible à l'assurance si ***vous*** remplissez tous les critères d'admissibilité suivants :

- ***vous*** êtes un résident du Canada;
- ***vous*** avez 74 ans ou moins;
- ***vous*** avez rempli le questionnaire médical et avez répondu aux critères d'admissibilité à la couverture si ***vous*** êtes âgé de 60 ans et plus;
- ***vous*** êtes couvert par un ***régime public d'assurance maladie*** offert par le gouvernement d'une province ou d'un territoire canadien pour être admissible à la protection pour soins médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays; et
- ***vous*** avez réglé la prime exigible.

Spécimen

Votre régime ***vous*** couvre pour les 4, 10 ou 23 premiers jours de ***votre voyage*** seulement. Une ***prolongation d'assurance*** peut être souscrite afin de ***prolonger votre*** couverture soins médicaux pour la durée totale de ***votre voyage***, jusqu'à concurrence de 183 jours (212 jours si ***vous*** résidez en Colombie-Britannique, au Manitoba, en Nouvelle-Écosse, en Ontario ou à Terre-Neuve). La ***prolongation d'assurance*** pour soins médicaux doit être souscrite avant 23 h 59, le 4e, le 10e ou le 23e jour de ***votre voyage***, selon la protection que ***vous*** avez sélectionnée.

IMPORTANT : Si ***vous*** ne remplissez pas tous les critères d'admissibilité ci-dessus applicables à l'assurance que ***vous*** avez souscrite, ***votre*** couverture dans le cadre de la présente ***police*** sera annulée.

9 DESCRIPTION DE LA COUVERTURE

9.1 ASSISTANCE VOYAGE

9.1.1 SERVICES D'ASSISTANCE VOYAGE

RISQUES COUVERTS

1 **VIREMENT DE FONDS D'URGENCE** – Lorsque ***vous*** êtes en ***voyage*** à l'étranger, le ***centre des opérations vous*** aidera à obtenir un virement de fonds d'urgence. ***Vous*** êtes responsable des fonds requis pour le virement de fonds d'urgence.

2. **REMPLACEMENT DES BILLETS OU DOCUMENTS IMPORTANTS PERDUS** – Le ***centre des opérations vous*** aidera à obtenir le remplacement de ***vos*** documents importants de voyage perdus ou volés. ***Vous*** êtes responsable du coût de remplacement des documents.

3 **ASSISTANCE EN CAS DE PERTE DE BAGAGES** – Le ***centre des opérations*** peut ***vous*** aider à retrouver ou à remplacer les ***bagages*** et ***effets personnels*** perdus ou volés. ***Vous*** êtes responsable du coût de remplacement de ***vos bagages*** et ***effets personnels***.

4 **RENSEIGNEMENTS PRÉALABLES AU VOYAGE** – ***Vous*** pouvez vous renseigner auprès du ***centre des opérations*** sur les passeports, les visas, les vaccins ou les inoculations exigés par le pays que ***vous*** vous proposez de visiter.

9.1.2 SERVICES D'ASSISTANCE JURIDIQUE

RISQUES COUVERTS Si ***vous*** avez besoin d'une aide juridique pendant ***votre voyage***, ***vous*** pouvez téléphoner au ***centre des opérations*** et obtenir le nom d'un conseiller juridique local ou de l'aide pour prendre les arrangements nécessaires au versement d'un cautionnement ou des frais juridiques, jusqu'à concurrence d'un montant de 5 000 $. ***Vous*** êtes responsable du cautionnement et des frais juridiques.

9.2 RÉGIME SOINS MÉDICAUX

9.2.1 RISQUES COUVERTS PAR L'ASSURANCE SOINS MÉDICAUX D'URGENCE À L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE/DU PAYS

PÉRIODE DE COUVERTURE ***Votre*** couverture débute à ***votre date de départ*** et prend fin à la première des éventualités suivantes :

- à 23 h 59, le 4e, le 10e ou le 23e jour suivant ***votre date de départ*** (veuillez consulter ***votre lettre de déclaration de couverture*** pour connaître la durée du ***voyage*** acheté), sauf dans les circonstances décrites dans la section « Prolongation automatique »; ou
- si ***vous*** avez souscrit une ***prolongation d'assurance***, à 23 h 59, le dernier jour de la couverture indiquée dans ***votre lettre de déclaration de couverture***; ou
- ***votre date de retour***.

Spécimen

COMMENT PROLONGER VOTRE COUVERTURE ***Votre période de couverture*** peut être ***prolongée*** avant ou après votre départ, à condition qu'il ne se soit pas produit d'événement pouvant donner lieu à une demande de règlement au titre de la présente assurance et à condition également que ***votre*** demande de ***prolongation d'assurance*** soit reçue avant ***votre date de retour*** prévue. La durée totale de ***votre voyage***, y compris les ***prolongations d'assurance***, ne peut excéder le maximum de 183 jours (212 jours si ***vous*** résidez en Colombie-Britannique, au Manitoba, en Nouvelle-Écosse, en Ontario ou à Terre-Neuve). Pour demander une ***prolongation d'assurance***, appelez le ***centre des opérations*** au 1-877-807-7806 (en Amérique du Nord) ou téléphonez à frais virés au 519-342-4947 (ailleurs dans le monde). Le paiement de la prime doit être porté au compte d'une carte de crédit valide émise par une institution financière.

Si ***vous*** présentez une demande de règlement, ***vous*** devez soumettre une preuve de ***votre date de départ*** de ***votre*** province ou territoire de résidence, ainsi que ***vos*** dates prévue et réelle de retour.

PROLONGATION AUTOMATIQUE Si, à la ***date de retour***, ***vous*** êtes à l'***hôpital*** en raison d'une ***urgence***, ***votre*** couverture restera en vigueur pendant toute la durée de ***votre*** séjour à l'***hôpital***, plus une période de 3 jours après ***votre*** congé de l'***hôpital***. La ***période de couverture*** sera automatiquement ***prolongée*** pour 3 jours si :

- ***vous*** ne pouvez pas revenir à ***votre date de retour*** à cause du retard du ***transporteur public*** dans lequel ***vous*** êtes passager;
- ***vous*** ne pouvez pas revenir à ***votre date de retour*** parce que le moyen de transport personnel dans lequel ***vous*** voyagiez a été mêlé à un ***accident*** ou a subi une panne mécanique; ou
- ***vous*** devez retarder ***votre date de retour*** à cause d'une ***urgence*** touchant un autre ***assuré***.

La présente assurance couvre les frais ***raisonnables et habituels***, jusqu'à concurrence de 5 000 000 $ **(sauf indication contraire ci-dessous à l'égard d'une indemnité donnée)**, engagés par un ***assuré***, en raison d'une ***urgence*** survenue pendant la ***période de couverture*** pour obtenir un ***traitement*** médical ou des ***services admissibles*** énumérés ci-dessous.

Vous trouverez ci-après la liste des dépenses admissibles en vertu de la présente assurance, sous réserve de toutes les restrictions, exclusions et conditions décrites dans la présente ***police***. **Tout *traitement* ou service qui n'est pas noté dans cette liste n'est pas couvert.** Ni le ***centre des opérations***, ni l'***assureur*** quelque responsabilité que ce soit relativement à la disponibilité, à la qualité et aux résultats de tout ***traitement*** médical, du transport ou du fait, pour l'***assureur***, de ne pas recevoir de ***traitement*** médical.

RISQUES COUVERTS La présente assurance soins médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays couvre les frais ***raisonnables et habituels*** liés aux ***services admissible***s énumérés ci-après, lorsque ceux-ci découlent d'une ***urgence*** d'un ***assuré*** survenue pendant la ***période de couverture***.

HOSPITALISATION, SOINS AMBULANCIERS ET SOINS MÉDICAUX D'URGENCE

1 Chambre et repas à l'***hôpital***, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre à deux lits ou l'équivalent, ainsi que les dépenses liées aux ***traitements nécessaires du point de vue médical*** reçus à l'unité des soins intensifs ou des soins coronariens;

2 ***Traitements*** d'un ***médecin***;

3 Radiographies et autres actes diagnostiques;

4 Utilisation d'une salle d'opération, anesthésie et pansements chirurgicaux;

5 Transport par un service d'ambulance autorisé;

6 Frais liés aux soins reçus en salle d'urgence;

7 Médicaments d'ordonnance, jusqu'à concurrence d'un approvisionnement de 30 jours;

8 Location (sans dépasser le prix d'achat) ou achat de petits appareils médicaux, par exemple un fauteuil roulant ou des béquilles.

Specimen

SOINS INFIRMIERS PRIVÉS Les services ***nécessaires du point de vue médical*** reçus d'un infirmier diplômé (qui ne ***vous*** est pas apparenté par les liens du sang ou du mariage) pendant ***votre*** hospitalisation et prescrits par le ***médecin*** traitant sont couverts jusqu'à concurrence de 5 000 $ par ***assuré***.

ÉVACUATION OU TRANSPORT PAR VOIE AÉRIENNE D'URGENCE Les dépenses ci-après sont admissibles, sous réserve qu'elles soient autorisées et organisées à l'avance par le ***centre des opérations*** :

1 l'utilisation d'un service ambulancier local agréé aérien, terrestre ou maritime (y compris pour un sauvetage en montagne ou en mer) jusqu'à l'établissement médical compétent le plus proche ou jusqu'à un ***hôpital*** canadien quand cela est raisonnable et nécessaire;
2 transport d'urgence de l'***assuré*** jusque dans sa province ou son territoire de résidence, par une compagnie aérienne autorisée, afin qu'il y reçoive immédiatement des soins médicaux; et
3 auxiliaire médical pour ***vous*** accompagner au cours de ***votre*** vol de retour au Canada.

Le transport aérien d'urgence et les frais afférents doivent être approuvés et organisés à l'avance par le *centre des opérations*.

AUTRES SERVICES PROFESSIONNELS Les services ***nécessaires du point de vue médical*** reçus d'un physiothérapeute, d'un chiropraticien, d'un ostéopathe, d'un podologiste ou d'un podiatre sont couverts jusqu'à concurrence de 150 $ par ***assuré***, par profession.

SOINS DENTAIRES D'URGENCE Les coûts de réparation ou de remplacement de dents naturelles ou de prothèses fixes rendu nécessaire par une ***blessure*** à la bouche sont couverts jusqu'à concurrence de 2 000 $ par ***assuré***. Les accidents de mastication ne sont pas couverts. Pour être admissible, ***vous*** devez recevoir le ***traitement*** dentaire pendant ***votre voyage***. Les soins obtenus pour soulager d'urgence un mal de dents sont couverts jusqu'à concurrence de 150 $ par ***assuré***.

TRANSPORT AU CHEVET D'UN MALADE Couvre le billet d'avion aller-retour en classe économique par la voie la plus directe et la moins coûteuse depuis le Canada, ainsi que les frais d'hébergement et de repas jusqu'à concurrence de 250 $ afin qu'un ***membre de la famille immédiate*** de l'***assuré*** puisse :

1 soit se rendre au chevet d'un ***assuré*** si celui-ci ***voyage*** seul et qu'il est confiné à un ***hôpital***. Il doit être prévu que l'***assuré*** sera un ***malade hospitalisé*** pour une période d'au moins 7 jours à l'extérieur de sa province ou de son territoire de résidence, et l'état de l'***assuré*** doit être jugé suffisamment grave, selon l'attestation écrite du ***médecin*** traitant, pour justifier la visite; ou
2 soit identifier la dépouille de l'***assuré*** avant sa remise aux proches, le cas échéant.

RETOUR DE LA DÉPOUILLE Si un ***assuré*** décède pendant son ***voyage***, la présente assurance prévoit jusqu'à 5 000 $ pour la préparation (y compris la crémation) et le transport de la dépouille de l'***assuré*** jusqu'à sa province ou son territoire de résidence. Le coût du cercueil ou de l'urne funéraire n'est pas couvert.

FRAIS SUPPLÉMENTAIRES D'HÉBERGEMENT À L'HÔTEL ET DE REPAS Si ***votre date de retour*** est retardée en raison d'une ***urgence***, la présente assurance couvre les frais d'hébergement à l'hôtel et de repas engagés après ***votre date de retour*** prévue, jusqu'à concurrence de 200 $ par jour, pendant un maximum de 10 jours. **Pour obtenir un remboursement, *vous* devez fournir les reçus originaux détaillés.**

RETOUR DU VÉHICULE Si ***vous*** ou toute personne voyageant avec ***vous*** n'êtes pas en mesure de conduire le véhicule que ***vous*** avez loué ou ***votre*** propre véhicule en raison d'une ***maladie***, d'une ***blessure*** ou d'un décès pendant ***votre voyage*** à l'extérieur de ***votre*** province ou territoire de résidence, les frais liés au retour du véhicule ***vous*** seront remboursés jusqu'à concurrence de 1 000 $. Sont admissibles à un remboursement les frais liés au retour du véhicule par une agence professionnelle ou les dépenses raisonnables et nécessaires suivantes engagées par la personne qui ramène le véhicule pour l'***assuré*** en

Sample

empruntant un itinéraire direct et dans un temps raisonnable : l'essence, les repas, l'hébergement la nuit et le tarif aérien en classe économie pour un vol aller seulement. Les indemnités ne seront versées que si le retour du véhicule est autorisé à l'avance ou organisé par le ***centre des opérations*** et si le véhicule est ramené à ***votre*** résidence principale ou à l'agence de location concernée la plus proche dans les 30 jours suivant ***votre*** retour au Canada.

Pour obtenir un remboursement, *vous* devez fournir les reçus originaux détaillés. Aucune autre dépense n'est couverte. Les dépenses de toute personne voyageant avec la personne chargée de rapporter le véhicule ne sont pas couvertes.

Veuillez téléphoner au *centre des opérations*, au 1-877-807-7806 ou à frais virés au 519-342-4947, si *vous* avez des questions au sujet des dépenses admissibles et non admissibles.

9.2.2 SERVICES D'ASSISTANCE EN CAS D'URGENCE MÉDICALE À L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE/DU PAYS

Outre les indemnités prévues en vertu de la protection pour soins médicaux d'urgence à l'extérieur de la province/du pays, les services d'assistance suivants sont également offerts :

AIDE ET CONSULTATION MÉDICALES ***Vous*** serez dirigé vers l'établissement médical approprié le plus proche.

AIDE AU PAIEMENT Sous réserve des conditions de la présente ***police***, le ***centre des opérations*** offrira à tout ***hôpital*** qui fournit à un ***assuré*** des soins ***nécessaires du point de vue médical*** une garantie que les ***services admissibles*** sont couverts. Si la garantie n'est pas acceptée, le ***centre des opérations vous*** aidera, si cela est possible, à prendre les dispositions nécessaires au paiement des frais.

REMARQUE : Si ***vous*** ne communiquez pas avec le ***centre des opérations*** dès que possible et recevez des soins médicaux, ***vous*** devrez peut-être régler ***vous***-même les factures, puis présenter une demande de règlement à ***votre*** retour dans ***votre*** province ou territoire de résidence.

CENTRE DE MESSAGES EN CAS D'URGENCE En cas d'***urgence***, le ***centre des opérations*** peut ***vous*** aider à transmettre des messages importants à ***votre*** famille, ***votre*** employeur ou ***votre médecin*** ainsi qu'à recevoir les leurs.

9.2.3 RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS RELATIVES À L'ASSURANCE SOINS MÉDICAUX D'URGENCE À L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE/DU PAYS

Outre toutes les restrictions et exclusions applicables décrites à la section 9.3, la présente assurance ne couvre pas, ne prévoit aucun service et ne paie aucune indemnité pour ce qui suit :

1. Le ***traitement***, la ***récurrence*** ou toute complication à la suite du ***traitement*** d'urgence reçu pendant ***votre voyage***, si les conseillers médicaux du ***centre des opérations*** ont déclaré que l'***assuré*** était médicalement apte à retourner dans sa province ou son territoire de résidence et que l'***assuré*** a décidé de ne pas le faire.
2. Un ***état pathologique*** pour lequel ***vous*** avez reporté ou refusé un ***traitement*** ou un examen qui avaient été recommandés par ***votre médecin*** avant ***votre date de départ***.
3. Une chirurgie, y compris, notamment, les angioplasties et/ou chirurgies cardiaques, ainsi que tous les frais d'examens diagnostiques connexes qui ne sont pas préalablement approuvés par le ***centre des opérations***, sauf dans des cas exceptionnels où la chirurgie est effectuée d'***urgence*** immédiatement après l'admission de l'***assuré*** à l'***hôpital***.
4. Les actes suivants, y compris les frais connexes, s'ils ne sont pas approuvés à l'avance par le ***centre des opérations*** : acte de résonance magnétique nucléaire, tomodensitométrie, échographie, ultrasonographie et biopsie.

Sample

5 Un transport aérien d'urgence qui n'a pas été approuvé au préalable par le ***centre des opérations***.

6 Un ***traitement*** qui n'est pas donné par un ***médecin*** ou un dentiste ou obtenu sous sa surveillance.

7 Une opération liée à un trafic d'organes.

8 Les remèdes et les médicaments qui peuvent généralement être obtenus sans ordonnance ou qui ne sont pas légalement enregistrés et approuvés au Canada.

9 Les renouvellements d'ordonnance.

10 Le remplacement de lunettes, de lentilles cornéennes ou de prothèses auditives perdues ou endommagées.

11 Tout ***traitement*** ou toute chirurgie subis alors que l'***assuré*** aurait pu revenir dans sa province ou son territoire de résidence pour subir le ***traitement*** ou la chirurgie en question, et ce, sans aggraver son ***état pathologique***.

12 Tout ***traitement*** ou toute chirurgie reçus pendant le ***voyage***, lorsque le ***voyage*** est entrepris avec l'intention de recevoir des services médicaux ou hospitaliers, que ce ***voyage*** ait ou non été recommandé par un ***médecin***.

Voir à la clause 9.3 les restrictions et exclusions applicables.

9.3 RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS GÉNÉRALES

La présente assurance ne couvre pas, ne prévoit aucun service et ne paie aucune indemnité pour ce qui suit :

1 L'une ou plusieurs des conditions préexistantes suivantes, tel qu'indiqué dans ***votre lettre de déclaration de couverture*** :

EXCLUSION #1 RELATIVE À UNE CONDITION PRÉEXISTANTE Alors que l'***état pathologique*** était ***stable*** pendant au moins quatre-vingt-dix (90) jours précédant le début de ***votre période de couverture***	Cette assurance ne prend pas en charge les dépenses encourues directement ou indirectement pendant la ***période de couverture*** et découlant de ce qui suit : • ***traitement***, ***récurrence***, ou complication médicale reconnue reliée directement ou indirectement à un ***état pathologique*** pour lequel ***vous*** avez consulté, ***vous*** avez été examiné ou ***vous*** avez reçu un diagnostic ou reçu un ***traitement*** dans les quatre-vingt-dix (90) jours immédiatement avant que ***votre période de couverture*** prenne effet; et • le ***traitement*** de, ou relatif à un ***état pathologique*** qui démontrait des symptômes dans les quatre-vingt-dix (90) jours immédiatement avant que ***votre période de couverture*** prenne effet et pour laquelle une personne raisonnable se serait renseignée à propos de son ***état pathologique***, peu importe si ladite demande a été faite ou non. REMARQUE : Cette exclusion ne s'applique pas à un ***état pathologique*** contrôlé par la prise régulière de médicaments prescrits par un ***médecin*** pourvu que dans les quatre-vingt-dix (90) jours avant que ***votre période de couverture*** prenne effet, il n'y ait eu aucun changement des médicaments et aucun autre ***traitement*** n'ait été dispensé ou recommandé. Un nouveau médicament ou la modification de la posologie d'un médicament actuel sont considérés comme un changement à la médication.

Specimen

EXCLUSION #2 RELATIVE À UNE CONDITION PRÉEXISTANTE Alors que l'***état pathologique*** était ***stable*** pendant au moins cent quatre-vingt (180) jours précédant le début de ***votre période de couverture***	Cette assurance ne prend pas en charge les dépenses encourues directement ou indirectement pendant la ***période de couverture*** et découlant de ce qui suit : • ***traitement***, ***récurrence***, ou complication médicale reconnue reliée directement ou indirectement à un ***état pathologique*** pour lequel ***vous*** avez consulté, ***vous*** avez été examiné, ou ***vous*** avez reçu un diagnostic ou reçu un ***traitement*** dans les cent quatre-vingt (180) jours immédiatement avant que ***votre période de couverture*** prenne effet; et • le ***traitement*** de, ou relatif à un ***état pathologique*** qui démontrait des symptômes dans les cent quatre-vingt (180) jours immédiatement avant que ***votre période de couverture*** prenne effet, et pour laquelle une personne raisonnable se serait renseignée à propos de son ***état pathologique***, peu importe si ladite demande a été faite ou non. REMARQUE : Cette exclusion ne s'applique pas à un ***état pathologique*** contrôlé par la prise régulière de médicaments prescrits par un ***médecin*** pourvu que dans les cent quatre-vingt (180) jours avant que ***votre période de couverture*** prenne effet il n'y ait eu aucun changement des médicaments et aucun autre ***traitement*** n'ait été dispensé ou recommandé. Un nouveau médicament ou la modification de la posologie d'un médicament actuel sont considérés comme un changement à la médication.
EXCLUSION #3 RELATIVE À UNE CONDITION PRÉEXISTANTE Alors que l'***état pathologique*** était présent cent quatre-vingt (180) jours précédant le début de ***votre période de couverture***	Peu importe si l'***état pathologique*** était ***stable*** ou non, cette assurance ne prend pas en charge les dépenses encourues directement ou indirectement pendant la ***période de couverture*** et découlant de ce qui suit : • ***traitement***, ***récurrence***, ou complication médicale reconnue reliée directement ou indirectement à un ***état pathologique*** pour lequel ***vous*** avez consulté, ***vous*** avez été examiné, ou ***vous*** avez reçu un diagnostic ou recherché ou reçu un ***traitement*** dans les cent quatre-vingt (180) jours immédiatement avant que ***votre période de couverture*** prenne effet.

Spécimen

2 Une grossesse, une fausse couche, un accouchement ou toute complication en découlant, dans les 9 semaines qui précèdent la date prévue de l'accouchement.

3 Une émeute ou des troubles civils; le fait de commettre ou de tenter de commettre un acte criminel.

4 Une lésion intentionnelle auto-infligée, un suicide ou une tentative de suicide.

5 L'abus de tout médicament ou le fait de ne pas se conformer à une thérapie ou à un ***traitement*** médical prescrits.

6 Des troubles mentaux, nerveux ou émotifs.

7 Toute ***blessure*** ou tout ***accident*** qui se produit alors que l'***assuré*** est sous l'influence de drogues illégales ou de l'alcool (lorsque la concentration d'alcool dans son sang dépasse 80 milligrammes par 100 millilitres de sang ou quand les facultés de l'***assuré*** sont manifestement affaiblies en raison de l'alcool ou de drogues illicites) et toute ***maladie*** chronique ou hospitalisation reliée à la consommation habituelle d'alcool ou de drogues illicites, ou exacerbée par une telle consommation habituelle.

8 L'exposition volontaire et délibérée de l'***assuré*** à un risque associé à ce qui suit : ***acte de guerre*** (déclarée ou non), rébellion, révolution, détournement d'avion ou ***acte de terrorisme***, ou tout service dans les forces armées.

9 La participation à un ***sport professionnel*** ou à toute ***épreuve de vitesse***, la pratique de la plongée sous-marine en scaphandre autonome (à moins de détenir un certificat de compétence, niveau de base, délivré par une école ou un autre organisme reconnu), du deltaplane, du parachutisme (traditionnel ou en chute libre), du saut à l'élastique, du parachutisme ascensionnel, de la spéléologie, de l'alpinisme, de l'***escalade***; ou un accident d'avion (à moins que ***vous*** ne soyez passager à bord d'un avion d'une ligne aérienne détenant un permis de vol commercial).

10 Réaction ou radiation nucléaire.

11 Contamination chimique, biologique ou radioactive.

12 Infiltration de gaz ou de liquides nocifs, pollution ou contamination.

13 Épidémie ou pandémie.

14 Tout ***voyage*** entrepris ou poursuivi malgré les recommandations du ***médecin*** de l'***assuré***.

15 Le manquement de la part de tout fournisseur de services de voyage auquel ***vous*** aviez demandé de ***vous*** fournir ses services, si ce fournisseur, au moment où ***vous*** faites les réservations, est déjà en faillite ou en insolvabilité ou a été placé sous administration judiciaire, ou encore, dans le cas d'une société américaine de transport aérien, si celle-ci s'est prévalue des dispositions du chapitre 11 du U.S. Bankruptcy Code. Aucune protection n'est offerte en cas de manquement aux engagements d'un agent, d'une agence ou d'un courtier de voyage.

16 Le fait de ne pas avoir les documents requis pour le ***voyage***, comme le visa, le passeport, la confirmation d'inoculations ou de vaccins effectués.

17 Le décès ou une ***maladie*** grave ou fatale d'une personne si le ***voyage*** est entrepris dans le but de permettre à cette personne de recevoir un soutien et des soins physiques.

18 ***Vous*** voyagez dans un pays, une région ou une ville pour lequel le gouvernement canadien a émis par écrit une ***consigne aux voyageurs*** avant ***votre date de départ***.

19 ***Vous*** voyagez dans un pays ***sanctionné*** par affaires ou activités dans la mesure où ladite couverture violerait toute loi ou réglementation nationale relative aux ***sanctions*** économiques ou commerciales.

10 QUE FAIRE EN CAS D'URGENCE MÉDICALE?

En cas d'***urgence***, communiquez directement avec le ***centre des opérations***.

Au Canada et aux États-Unis, composez le 1-877-807-7806

Ailleurs, appelez à frais virés au 519-342-4947

Télécopieur : 1-519-742-8553

Les préposés à l'assistance sont à ***votre*** disposition 24/7/365. Le ***centre des opérations vous*** aidera à trouver et à obtenir des soins médicaux, et fournira de l'aide pour les demandes de règlement et les paiements couverts par la présente assurance et, si possible, paiera directement les ***hôpitaux*** et les autres fournisseurs de soins de santé et coordonnera les demandes de règlement auprès de ***votre régime public d'assurance maladie***.

Si les frais liés à un ***service admissible*** sont relativement peu élevés, l'***hôpital*** ou le ***médecin*** pourrait ***vous*** demander de les payer ***vous***-même. Ces ***services admissibles vous*** seront remboursés sur présentation d'une demande de règlement. Pour bénéficier de l'aide au paiement et des divers autres services d'assistance qui ***vous*** sont offerts, ***vous***, ou une personne agissant pour ***votre*** compte, devez aviser le ***centre des opérations*** avant que ***vous*** ne cherchiez à obtenir un ***traitement*** médical ou dès que ***votre*** état de santé le permet après ***votre*** admission à un ***hôpital***. Si ***vous*** n'avisez pas le ***centre des opérations*** dès que le risque couvert se manifeste, ***vous*** pourriez recevoir des ***traitements*** médicaux qui ne sont pas appropriés ou nécessaires et qui ne sont peut-être pas couverts par la présente assurance.

Specimen

REMARQUE : **Si *vous* n'avisez pas le *centre des opérations*, *vos* dépenses pourraient ne pas être remboursées ou le paiement de *votre* demande de règlement pourrait être retardé ou refusé.**

Comment obtenir un remboursement si le *centre des opérations* n'a pas été avisé? *Vous* devez d'abord présenter les reçus originaux à ***votre régime public d'assurance maladie*** et à ***vos*** autres régimes d'assurance pertinents. Si certaines dépenses ne sont pas remboursées, envoyez une copie de tous ***vos*** reçus ainsi que ***votre*** formulaire de demande de règlement à l'adresse suivante :

Protection voyage BMO Assurance
a/s Allianz Global Assistance
C. P. 277
Waterloo (Ontario) N2J 4A4

11 CONDITIONS

1 L'***assureur*** se réserve le droit, après consultation du ***médecin*** traitant de l'***assuré***, de transférer l'***assuré*** à un autre ***hôpital*** ou de ramener l'***assuré*** dans sa province ou son territoire de résidence. Le refus de l'***assuré*** de se conformer dégagera l'***assureur*** de toute responsabilité en ce qui concerne les dépenses engagées après la date de transfert proposée.

2 Diligence raisonnable : L'***assuré*** doit faire preuve de diligence et prendre toutes les mesures raisonnables pour éviter ou limiter toute perte des biens assurés en vertu de la présente assurance et tout dommage à ceux-ci.

3 ***Vous*** devez rembourser l'***assureur*** de tout paiement effectué ou autorisé en ***votre*** nom si l'***assureur*** établit par la suite que la somme en question n'était pas payable en vertu de la présente assurance.

4 Le ***centre des opérations*** doit recevoir de ***votre*** part, ou de la part d'une personne agissant en ***votre*** nom, un avis de réclamation dans les 30 jours suivant la date du sinistre. ***Vous*** ou une personne agissant en ***votre*** nom devez faire parvenir une preuve de sinistre écrite acceptable au ***centre des opérations*** dans les 90 jours suivant la date du sinistre.

5 Le fait de ne pas fournir d'avis de sinistre ou de preuve de perte dans les délais prescrits n'invalide pas la demande de règlement, dans la mesure où il est démontré qu'il était impossible de fournir l'avis de sinistre ou la preuve de perte dans les délais prescrits, et si l'avis ou la preuve est donné ou fourni dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, mais en aucun cas plus d'un an après la date des circonstances à l'égard desquelles des indemnités sont réclamées. Le fait de ne pas fournir les documents requis pour fonder ***votre*** demande de règlement au titre de la présente ***police*** aura pour effet d'invalider ***votre*** demande de règlement.

6 ***Vous*** convenez de coopérer pleinement avec l'***assureur***, et le ***centre des opérations*** se réserve le droit, comme condition préalable au versement des indemnités, d'obtenir de tout ***médecin***, dentiste, praticien, ***hôpital***, clinique, assureur, individu ou institution tous les dossiers et renseignements pouvant aider à établir le bien-fondé d'une demande de règlement soumise par l'***assuré*** ou en son nom. Le fait de ne pas fournir les documents requis pour fonder ***votre*** demande de règlement au titre de la présente ***police*** aura pour effet d'invalider ***votre*** demande de règlement.

7 Examen médical : Le ***centre des opérations*** se réserve le droit d'enquêter sur les circonstances entourant le sinistre et d'exiger un examen médical. En cas de décès, il se réserve le droit d'exiger qu'une autopsie soit pratiquée si la loi le permet.

Specimen

12 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1 La protection pour soins médicaux d'urgence à l'extérieur de la province/du pays décrite dans la présente ***police*** est considérée comme une assurance complémentaire, car elle prévoit le remboursement de l'excédent des dépenses admissibles sur les maximums prévus en vertu de ***votre régime public d'assurance maladie*** ou de tout autre régime d'assurance. Les indemnités payables dans le cadre de tout autre régime d'assurance en vertu duquel ***vous*** êtes assuré seront coordonnées selon les directives actuelles de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes. Le remboursement effectué aux termes de l'assurance et de tout autre régime ne peut dépasser 100 % des dépenses admissibles engagées. En outre, en vertu de la présente assurance, l'***assureur*** ou le ***centre des opérations*** peut, en ***votre*** nom, recevoir, endosser et négocier le remboursement de ces dépenses admissibles. Lorsque les sommes payables par le ***régime public d'assurance maladie*** ou d'autres assurances ont été versées, le ***RPAM*** et les autres assureurs n'ont plus aucune responsabilité à l'égard de la demande de règlement de ce sinistre admissible.

2 Sauf indication contraire, tous les montants indiqués dans la présente ***police*** sont en monnaie canadienne. Les frais d'intérêt ne sont pas couverts par la présente assurance. Si ***vous*** avez engagé des dépenses admissibles, ***vous*** serez remboursé en monnaie canadienne, au taux de change en vigueur le jour où les services ont été rendus.

3 Versement des indemnités : Les indemnités payables en vertu de la présente ***police*** seront versées dans les 60 jours suivant la réception d'une preuve de sinistre acceptable. Les règlements effectués de bonne foi libéreront l'***assureur*** jusqu'à concurrence de cette réclamation.

4 Demande de règlement non fondée : Si un ***assuré*** fait une demande de règlement tout en la sachant fausse ou frauduleuse à quelque égard que ce soit, la couverture offerte en vertu de la présente ***police*** prendra fin et aucune indemnité ne sera versée relativement à toute demande de règlement produite en vertu de la présente ***police***.

5 Une fois qu'une demande de règlement est réglée en vertu de la présente ***police***, l'***assureur*** se réserve le droit d'entreprendre des démarches au nom de quelque ***assuré*** que ce soit et à l'endroit de toute tierce partie pouvant être responsable de la perte ou du dommage faisant l'objet de la demande de règlement en vertu de la présente ***police***. L'***assureur*** a tous les droits de subrogation. L'***assuré*** est tenu de fournir à l'***assureur*** l'aide qu'il demande pour faire valoir pleinement ses droits de subrogation, et de signer et de remettre à l'***assureur*** tous documents qu'il pourra demander à cet égard. L'***assuré*** ne posera aucun geste après la perte pour compromettre de tels droits.

6 Action en justice : Toute action en justice ou procédure judiciaire intentée contre un assureur pour percevoir des sommes dues en vertu du contrat est strictement interdite, à moins qu'elle ne soit intentée à l'intérieur du délai rescrit dans l'*Insurance Act* (pour une action en justice ou une procédure judiciaire régie par les lois de l'Alberta et de la Colombie-Britannique), la *Loi sur les assurances* (pour une action en justice ou une procédure judiciaire régie par les lois du Manitoba), la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (pour une action en justice ou une procédure judiciaire régie par les lois de l'Ontario), *The Limitations Act* (pour une action en justice ou une procédure judiciaire régie par les lois de la Saskatchewan) ou dans toute autre loi applicable. Pour ces actions en justice ou procédures judiciaires régies par les lois du Québec, le délai de prescription est prévu dans le *Code Civil du Québec*. En outre, ***vous***, ***vos*** héritiers et ***vos*** ayants cause consentez à ce que les actions en justice ou recours à l'arbitrage soient intentés uniquement devant les tribunaux de la province ou du territoire où la ***police*** d'assurance a été émis et devant un tribunal choisi par l'***assureur*** et/ou Allianz Global Assistance.

Specimen

7 Malgré toute disposition contraire, aucune disposition de la présente ***police*** n'est réputée avoir fait l'objet d'une renonciation, ni en tout ni en partie, à moins que cette renonciation ne soit clairement énoncée dans un écrit signé par l'***assureur***.

8 Les indemnités et les conditions de la présente ***police*** sont assujetties aux lois sur les assurances de la province ou du territoire canadien où réside normalement l'***assuré***.

9 Toute disposition de la présente ***police*** qui est incompatible avec une loi fédérale ou une loi de la province ou du territoire de résidence de l'***assuré*** est par les présentes modifiée de façon à la rendre conforme aux exigences minimales de la loi en question.

10 La ***police*** ne prévoit aucune couverture pour affaires ou activité dont la couverture violerait toute loi ou réglementation nationale relative aux Sanctions économiques ou commerciales.

11 L'***assureur*** peut de temps à autre décider de modifier les indemnités ou les primes définies dans cette ***police***. Un avis écrit ***vous*** sera envoyé à l'adresse qui apparait dans les dossiers de l'***assureur*** pour tout changement.

12 Conditions légales : Nonobstant toute autre disposition ci-incluse, le présent contrat est régi par les conditions légales de la *Loi sur les assurances* régissant les contrats d'assurance accidents. Pour les résidents du Québec, nonobstant toute autre disposition ci-incluse, le présent contrat est assujetti aux dispositions obligatoires du *Code civil du Québec* concernant les contrats d'assurance contre les accidents.

13 DÉMARCHE À SUIVRE POUR PRÉSENTER UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Veuillez communiquer avec le ***centre des opérations***, au **1-877-807-7806** ou au **519-342-4947** pour obtenir un formulaire de demande de règlement, ou visitez le site **allianzassistanceclaims.ca**. La présente assurance ne couvre pas les frais d'intérêt.

Le versement des indemnités en vertu de la présente assurance est conditionnel à l'obtention de certains renseignements de ***votre*** part dans le cadre de ***votre*** demande de règlement, et notamment des suivants :

1 **Documentation générale**
- Factures et reçus détaillés de toutes les dépenses.
- Original des remboursements ou allocations pour dépenses reçues de ***votre*** voyagiste, agent de voyages, ***transporteur public*** ou autre organisme.

2 **Assurance soins médicaux d'urgence à l'extérieur de la province/du pays**
- Toute explication des diagnostics posés ainsi que les originaux de ***vos*** factures et reçus détaillés.
- Preuve de ***votre*** participation au ***régime public d'assurance maladie*** de ***votre*** province ou territoire de résidence et ***votre*** numéro de carte d'assurance maladie valide.
- Document autorisant l'***assureur*** à obtenir les dossiers médicaux pertinents.
- Formulaires et autorisations nécessaires pour l'obtention d'un remboursement de la part de ***votre régime public d'assurance maladie*** , de toute autre police d'assurance ou de toute tierce partie.
- Une preuve de ***votre date de départ*** ainsi que les dates prévues et réelles de ***votre*** retour.

Specimen

14 PROTECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

La protection de ***vos*** renseignements personnels est une priorité. Le présent avis sur la protection des renseignements personnels explique le type de données recueillies, la manière dont elles sont recueillies, la raison pour laquelle elles sont recueillies et les entités avec lesquelles elles sont partagées ou divulguées. VEUILLEZ LIRE CET AVIS ATTENTIVEMENT.

La Compagnie d'assurance Allianz Risques Mondiaux É.-U. (succursale canadienne) (ci-après « l'assureur ») et le gestionnaire de l'assurance de l'assureur, Allianz Global Assistance, et le distributeur, ainsi que les agents, les représentants et les réassureurs de l'assureur (aux fins du présent avis sur la protection des renseignements personnels et collectivement « nous », « notre » et « nos ») ont besoin de ***vos*** renseignements personnels.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS QUE NOUS RECUEILLONS

Nous recueillerons ***vos*** renseignements personnels suivants, y compris, mais sans s'y limiter :

- Prénom et nom de famille
- Adresse
- Date de naissance
- Numéros de téléphone
- Adresses de courriel
- Renseignements au sujet de vos comptes bancaires et de vos cartes de crédit
- Renseignements potentiellement confidentiels, notamment des renseignements médicaux au sujet de votre état de santé, à l'exception de résultats de tests génétiques

COMMENT RECUEILLERONS-NOUS VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET QUEL USAGE EN FERONS-NOUS?

Ces renseignements personnels sont recueillis aux fins d'assurance suivantes, dans le but d'offrir et de fournir de l'assurance et des services connexes :

- Pour vous identifier et communiquer avec ***vous***
- Pour analyser toute proposition d'assurance
- Lorsqu'une proposition est approuvée, pour émettre une police ou un certificat d'assurance
- Pour administrer l'assurance et les prestations connexes
- Pour évaluer le risque d'assurance, gérer et coordonner les demandes de règlement, réévaluer les dépenses médicales et négocier le paiement des dépenses d'indemnisation
- Pour évaluer les demandes de règlement et déterminer l'admissibilité aux prestations d'assurance
- Pour fournir des services d'assistance
- Pour prévenir la fraude et aux fins de recouvrement de créance
- Tel que requis ou permis par la loi

Nous nous réservons le droit de recueillir les renseignements personnels nécessaires à des fins d'assurance auprès des personnes suivantes :

- Personnes soumettant une proposition pour des produits d'assurance
- Titulaires d'un certificat ou d'une police d'assurance
- Assurés ou prestataires
- Membres de la famille, conjoints, ou en dernier recours, lorsque la personne visée ne peut communiquer directement avec nous pour des raisons médicales, amis ou compagnons de voyage d'un titulaire d'un certificat ou d'une police d'assurance, d'un assuré ou d'un prestataire.

Spécimen

QUI AURA ACCÈS À VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS?

Nous divulguons des renseignements à des fins d'assurance à des tiers, y compris, mais sans s'y limiter, à des prestataires de soins de santé, à des établissements de santé au Canada et à l'étranger, à des régimes d'assurance gouvernementale et privée, et ainsi qu'à des amis ou des compagnons de voyage et des membres de la famille du titulaire d'un certificat ou d'une police d'assurance, à un assuré ou un prestataire et à d'autres organismes. Nous pouvons également utiliser ou communiquer des renseignements contenus dans nos dossiers à des fins d'assurance. Nos employés qui requièrent ces renseignements dans le cadre de leur travail auront accès à ce dossier. À ***votre*** demande et suivant votre autorisation, nous pouvons également divulguer ces renseignements à d'autres personnes. De temps à autre, et si la législation en vigueur le permet, nous pouvons également recueillir, utiliser ou communiquer des renseignements personnels dans le but d'offrir des produits supplémentaires ou d'améliorer les services (les « motifs facultatifs »). Dans certains cas, nous pouvons en outre conserver ou communiquer ou transférer les renseignements à des fournisseurs de soins de santé et autres fournisseurs de services situés à l'extérieur du Canada. Par conséquent, les instances réglementaires peuvent avoir accès aux renseignements personnels, conformément à la législation de ces autres autorités.

QUELS SONT VOS DROITS EN CE QUI CONCERNE VOS DONNÉES PERSONNELLES?

Si la règlementation et la loi applicable le permettent, ***vous*** avez le droit :

- D'accéder aux données personnelles que nous détenons à ***votre*** sujet
- De retirer ***votre*** consentement à tout moment lorsque ***vos*** données personnelles sont traitées
- De mettre à jour ou de corriger vos renseignements personnels de manière à ce qu'ils soient toujours exacts
- De supprimer ***vos*** renseignements personnels de nos dossiers si ceux-ci ne sont plus requis aux fins indiquées précédemment
- De déposer une plainte auprès de nous ou de l'autorité de protection des renseignements pertinente

Vous pouvez exercer ces droits en communiquant avec le responsable de la confidentialité à l'adresse privacy@allianz-assistance.ca.

Specimen

COMBIEN DE TEMPS CONSERVONS-NOUS VOS DONNÉES PERSONNELLES?

Nous conserverons les renseignements personnels que nous recueillons pour une période déterminée et selon des méthodes de stockage conformes à la loi et aux exigences de notre entreprise. Les renseignements personnels seront détruits en toute sécurité après l'échéance de la période de rétention appropriée. Une personne a le droit de demander l'accès aux renseignements personnels que nous détenons à son sujet ou de les corriger en communiquant avec le responsable de la confidentialité à l'adresse privacy@allianz-assistance.ca ou en écrivant à :

Responsable de la confidentialité
Allianz Global Assistance
700, Jamieson Parkway
Cambridge (Ontario)
N3C 4N6

COMMENT COMMUNIQUER AVEC NOUS?

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les moyens d'obtenir des documents écrits relatifs à nos politiques et procédures concernant les fournisseurs de services à l'extérieur du Canada, veuillez communiquer avec le responsable de la confidentialité à l'adresse privacy@allianz-assistance.ca.

Pour obtenir un exemplaire complet de notre politique de confidentialité, visitez le www.allianz-assistance.ca.

COORDONNÉES

ALLIANZ GLOBAL ASSISTANCE
Si vous avez des questions ou devez présenter une demande de règlement, veuillez communiquer avec Allianz Global Assistance.
Sans frais : 1 877 704-0341 (du Canada et des États-Unis)

À QUELLE FRÉQUENCE METTONS-NOUS À JOUR LE PRÉSENT AVIS SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS?

Nous revoyons régulièrement le présent avis sur la protection des renseignements personnels. Nous veillerons à ce que la version la plus récente soit affichée sur notre site au www.allianz-assistance.ca.

Spécimen

Protection voyage BMO Assurance

(Le centre des opérations Allianz Global Assistance)

1-877-807 7806

Apprenez plus

bmo.com/protectionvoyage

Spécimen

BMO Assurance[MD]

Ici, pour vous.[MC]

Lassurance voyage est fournie par la Compagnie d'assurance Allianz Risques Mondiaux É.-U. (succursale canadienne) (« Allianz »), et administrée par Allianz Global Assistance qui est une dénomination commerciale enregistrée d'AZGA Service Canada Inc.

BMO Assurance est la dénomination commerciale d'un groupe comprenant BMO Société d'assurance vie et certaines de ses sociétés affiliées qui fournissent des produits et des services d'assurance. BMO Assurance reçoit une indemnité de l'assureur pour la distribution de cette assurance.

MC/MD Marque de commerce/marque de commerce déposée de la Banque de Montréal, utilisée sous licence.

(06/20 1498) 5147568 (09/18)