

## PARTIE I - OBJET DE L'ASSURANCE

En contrepartie du paiement de la prime et sous réserve de toutes les exceptions, restrictions et dispositions du contrat, l'assureur s'engage à rembourser les frais engagés pendant la durée du contrat, jusqu'à concurrence des plafonds de couverture indiqués dans le certificat d'assurance de la personne assurée.

L'assurance *maladie* pour expatriés prévue par le contrat offre une protection d'assurance aux citoyens canadiens et aux proposant qui possèdent le statut d'immigrant reçu au Canada en cas de *blessure* ou de *maladie* alors qu'ils travaillent à l'extérieur du Canada. **etfs** a confié par contrat à *European Benefits Administrators* (ci-après appelée «*EBA*») le soin de fournir les services d'assistance et de règlement des sinistres au titre du présent contrat.

**Avis à la personne assurée : si vous êtes hospitalisé, vous ne devez pas prendre pour acquis qu'une tierce personne a contacté EBA en votre nom. Il est de votre responsabilité de voir à**

**ce que EBA soit contactée dans les quarante-huit (48) heures suivant votre admission à l'hôpital, ou dès qu'il est raisonnablement possible de le faire.**

Prière de prendre connaissance de ce contrat et de le conserver en lieu sûr. Tout terme défini dans la partie intitulée «*Définitions*» ci-après revêt la même signification dans tout le document.

Un certificat d'assurance sera émis seulement une fois que la *personne assurée* aura rempli une proposition d'assurance, laquelle devra être acceptée par l'assureur, et que la prime exigible aura été acquittée. La monnaie utilisée dans le présent contrat est le dollar canadien (\$) *CAN*.

Si vous choisissez une option de *franchise*, les frais couverts se limiteront aux frais admissibles décrits dans  *votre* contrat, après application de la *franchise*, par  *personne assurée* , par année civile. Le montant de  *votre franchise*  apparaîtra sur  *votre* certificat d'assurance.

## PARTIE II - DATE D'EFFET ET DURÉE DU CONTRAT

Le présent contrat entre en vigueur à minuit et une minute (00 h 01), heure normale, à la *date d'effet* du contrat, toutes les périodes d'assurance étant calculées à partir de ce moment. Il demeure en vigueur pendant toute la période pour laquelle la prime a été versée. Le contrat peut être renouvelé

sur consentement et aux conditions de l'assureur pour des périodes successives supplémentaires n'excédant pas douze (12) mois consécutifs, moyennant paiement de la prime selon le taux et le montant fixés par l'assureur au moment du renouvellement.

## PARTIE III - ADMISSIBILITÉ

Aux fins du présent contrat, on entend par personnes assurées, les personnes :

- âgées de moins de soixante-dix (70) ans,
- qui sont des citoyens canadiens ou qui possèdent le statut d'immigrant reçu au Canada,
- qui ont rempli et signé une proposition d'assurance, signifiant ainsi leur acceptation des modalités et conditions du contrat, et dont la demande d'assurance a été acceptée par l'assureur,

d) qui ont acquitté la prime exigible.

Une demande d'assurance à l'égard de nouveau-nés peut être présentée le quinzième (15<sup>e</sup>) jour suivant leur sortie de l'hôpital où ils ont vu le jour.

## PARTIE IV - PLAFOND DE COUVERTURE

Nonobstant les plafonds établis dans d'autres parties du présent contrat, la *limite globale* par *blessure* ou *maladie* ne peut dépasser un million de dollars canadiens (1 000 000 \$ *CAN*).

## PARTIE V - DÉFINITIONS

Les termes définis dans le présent contrat sont en italique.

**Accident** s'entend d'un événement fortuit, soudain, imprévisible et non intentionnel attribuable exclusivement à une cause externe et qui entraîne des *blessures* corporelles.

**Affection mineure** s'entend de toute *maladie*, *blessure* ou problème de santé qui ne requiert pas la consommation de médicaments pendant une période de plus de quinze (15) jours, plus d'une (1) visite de suivi chez le *médecin*, une hospitalisation, une intervention chirurgicale ou d'être dirigé vers un spécialiste, et qui prend fin au moins trente (30) jours consécutifs avant la date d'effet de la couverture. Toutefois, un état chronique ou des complications liées à un état chronique ne sont pas considérés comme des affections mineures.

**Assureur** s'entend de la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances.

**Blessure** signifie toute atteinte corporelle imprévisible et inattendue qui résulte d'un *accident* qui se produit alors que le contrat est en vigueur, et qui entraîne, directement et indépendamment de tout autre cause, des *frais médicaux* pour la *personne assurée*.

**CAN** signifie dollar canadien.

**Date d'effet** signifie la date à laquelle débute la couverture prévue par le présent contrat, telle que précisée dans le certificat d'assurance.

**Voyage Expert Sécurité Financière (E.T.F.S.) inc. / etfs** signifie le gestionnaire des services administratifs et représentant autorisé de l'assureur.

**European Benefits Administrators** ou **EBA** s'entend de la compagnie désignée par **etfs** pour fournir les services d'assistance médicale et de règlement des sinistres au titre du présent contrat.

**Frais médicaux** signifie les frais médicaux et les dépenses apparentées pour lesquels le contrat prévoit une couverture à la partie Admissibilité et qui sont occasionnés directement par une *blessure* ou une *maladie* subie par la personne assurée alors que le contrat est en vigueur.

**Frais raisonnables et courants** s'entend des frais engagés pour des fournitures ou des *frais médicaux* admissibles et approuvés, qui ne dépassent pas les frais exigés normalement par des fournisseurs de rang professionnel comparable, établis dans la même localité ou région, pour semblable traitement d'une *maladie* ou *blessure* similaire.

**Franchise** (s'il y a lieu) signifie la somme d'argent en dollars canadiens que la *personne assurée* doit payer, tel que stipulé dans son certificat d'assurance, avant que toute autre dépense médicale admissible ne soit remboursée au titre du présent contrat.

**Hôpital** s'entend d'un établissement reconnu légalement comme étant un hôpital, offrant en permanence les services d'un ou de plusieurs *médecins* disponibles en tout temps ainsi que les services d'infirmières autorisées. La vocation première d'un tel établissement est de fournir des services diagnostiques et (ou) des traitements médicaux et chirurgicaux pour les *maladies* ou *blessures* aiguës et le traitement des *maladies* chroniques. Il doit également être équipé de manière à pouvoir effectuer des diagnostics et des opérations chirurgicales majeures et à fournir des soins aux patients hospitalisés. Le terme «*hôpital*» ne comprend pas les centres de convalescence, de soins infirmiers, de repos ou de soins infirmiers spécialisés, qu'ils fassent partie ou non d'un hôpital général ordinaire, ni les établissements exploités dans le seul but de traiter les personnes atteintes de *maladie* mentale, les personnes âgées, les toxicomanes ou les alcooliques.

**Limite globale** au sens du contrat, signifie le total de toutes les indemnités pour lesquelles une demande de règlement peut être présentée par une *personne assurée* à la suite d'une *blessure* ou d'une *maladie*. Cette limite globale est indiquée à la Partie IV du présent contrat.

**Maladie** s'entend de toute affection ou trouble physiologique qui donne lieu à une perte pendant que le présent contrat est en vigueur. La maladie doit être suffisamment grave pour obliger une personne raisonnable à chercher à obtenir des soins médicaux auprès d'un *médecin*.

**Malade externe** signifie une *personne assurée* qui reçoit un traitement, y compris des services diagnostiques dans un *hôpital*, ou dans un autre établissement de santé, ou au cabinet d'un *médecin*. Un malade externe est une *personne assurée* qui n'est pas admise à l'*hôpital* ni confinée à un lit d'*hôpital* en tant que *patient hospitalisé* ou en traitement de jour.

**Médecin** s'entend d'un praticien dont le statut juridique et professionnel, à l'intérieur du territoire où il exerce, équivaut à celui d'un docteur en médecine (M.D.) ayant obtenu un permis d'exercice au Canada, qui est dûment autorisé à exercer dans le territoire donné, qui peut prescrire des médicaments ou pratiquer la chirurgie et qui fournit des soins médicaux au titre de son permis d'exercice. Le *médecin* doit être une personne autre que vous-même ou qu'un *membre de la famille immédiate*.

**Membre de la famille immédiate** signifie vos mère, père, frères, soeurs, enfants, conjoint.

**Patient hospitalisé** signifie un patient qui occupe un lit d'*hôpital* pendant plus de vingt-quatre (24) heures en vue d'obtenir des soins médicaux et dont l'admission jugée nécessaire d'un point de vue médical a été recommandée par un *médecin*.

**Pays de résidence** signifie le pays que la *personne assurée* a déclaré dans sa proposition d'assurance comme étant le pays où elle réside de façon permanente.

**Pays d'origine** s'entend du pays dont la *personne assurée* détient un passeport. Si la *personne assurée* détient plus d'un passeport, le pays d'origine est le pays que la *personne assurée* a déclaré dans la proposition d'assurance. Lorsqu'une famille doit être couverte par le contrat, il ne sera réputé y avoir qu'un seul pays d'origine pour cette famille, et celui-ci sera le pays d'origine déclaré dans la proposition d'assurance.

**Personne assurée/assuré/vous/votre/vos** désigne toute personne admissible telle que définie dans la Partie Admissibilité du présent contrat.

**Personne à charge :**

a) le conjoint de la *personne assurée* (à l'exclusion des personnes séparées légalement), âgé de moins de soixante-dix (70) ans;

b) les enfants non mariés, les enfants du conjoint, les enfants faisant l'objet d'un placement familial et les enfants adoptés légalement, qui dépendent de la *personne assurée* pour leur subsistance, pourvu qu'à la date de souscription de l'assurance, ils n'aient pas moins de quinze (15) jours ni plus de dix-huit (18) ans (ou vingt-quatre (24) ans, s'il est démontré que cette personne à charge poursuit des études à temps plein).

**Soins médicaux** s'entend de toute mesure raisonnable de nature médicale, thérapeutique ou diagnostique, nécessaire du point de vue médical, prescrite par un *médecin* sous quelque forme que ce soit, y compris l'hospitalisation, les examens ou tests de base à des fins d'investigation, la chirurgie, les médicaments d'ordonnance (incluant ceux prescrits au besoin), ou de tout autre soin directement lié à la *maladie* ou à la *blessure* ou au symptôme en question.

**Terrorisme** signifie tout acte ou série d'actes illégaux motivés par des considérations idéologiques, y compris, sans toutefois s'y limiter, le recours à la violence, à la force ou à la menace de violence ou de force, commis par ou pour un groupe, une organisation ou un gouvernement dans le but d'influencer un gouvernement ou de semer la peur au sein de la population ou d'une partie de celle-ci.

**Urgence** signifie une tournure soudaine et inattendue des événements ou l'altération d'un état de santé qui nécessite des soins médicaux immédiats et qui se manifeste pour la première fois alors que le présent contrat est en vigueur relativement à la *personne assurée*.

## PARTIE VI - GARANTIES

### Section A - Frais d'hospitalisation

Si, en raison d'une *blessure* ou d'une *maladie*, une *personne assurée* est hospitalisée, l'*assureur* paiera les *frais raisonnables et courants*, par *personne assurée*, par *maladie* ou *blessure*, d'une chambre et pension (jusqu'à concurrence du coût d'une chambre à deux lits), y compris les honoraires des *médecins* et des chirurgiens, les soins infirmiers, la salle d'opération, les médicaments d'ordonnance, les bandages, les services diagnostiques, les appareils médicaux légers tels que béquilles, plâtres, attelles, cannes, écharpes, bandages herniaires, appareils orthopédiques et la location temporaire d'un fauteuil roulant, ces appareils devant être prescrits par un *médecin* ou un chirurgien, et tous les autres frais nécessaires exigés par l'*hôpital* pour des services médicaux aux malades hospitalisés ainsi que le coût des services fournis dans une unité de soins intensifs.

### Section B - Services paramédicaux

Les services d'un chiropraticien, d'un physiothérapeute, d'un ostéothérapeute, d'un podiatre ou d'un acupuncteur, jusqu'à concurrence de 500 \$ CAN par profession, par maladie ou blessure.

### Section C - Soins infirmiers à domicile

Les *frais raisonnables et courants* pour les services d'une infirmière autorisée au domicile de la *personne assurée*. Ces services doivent être prescrits par un *médecin* ou un chirurgien et être directement liés à l'état de santé pour lequel la *personne assurée* a reçu ou reçoit des soins médicaux couverts par le présent contrat. Cette garantie est valable jusqu'à concurrence de douze (12) semaines et comporte un plafond de 10 000\$ CAN. L'infirmière ne peut être un *membre de la famille immédiate* ni non plus résider chez la *personne assurée*.

### Section D - Frais d'ambulance

Les frais engagés pour le transport nécessaire par ambulance terrestre autorisée jusqu'à l'*hôpital* le plus proche, ou d'un *hôpital* à un autre.

### Section E - Services aux malades externes

Nonobstant ce qui précède, tous les services couverts en vertu de la Section C et qui sont payables pour les soins prodigués à la *personne assurée* à l'extérieur d'un *hôpital*, sont limités à un maximum de 10 000 \$ CAN par *personne assurée*, pour chaque *blessure* ou *maladie*.

Si, en raison d'une *blessure* ou d'une *maladie*, une *personne assurée* doit engager des frais pour l'un ou l'autre des services qui suivent alors qu'elle reçoit les soins réguliers d'un *médecin* ou d'un chirurgien, l'*assureur* paiera les *frais raisonnables et courants* engagés à l'égard de ce qui suit :

1. les honoraires du *médecin* ou du chirurgien,
2. les services diagnostiques, tels que notamment, les tests de laboratoire et les rayons X, les radiographies et les actes de médecine nucléaire servant au diagnostic et au traitement de problèmes de santé. Les services de laboratoire et de rayons X doivent être prescrits et fournis par un *médecin* ou un chirurgien. Le contrat ne couvre pas le recours à l'imagerie par résonance magnétique (IRM), le cathétérisme cardiaque, la tomographie axiale informatisée (scanographie), les sonogrammes, les échographies et les biopsies, sauf si *EBA* y a consenti au préalable.
3. les médicaments, sérums et vaccins obtenus uniquement au moyen d'une ordonnance écrite et préparés par un pharmacien, *médecin* ou chirurgien,
4. la location (ou l'achat, au choix de l'*Assureur*) d'attelles, de béquilles, d'un fauteuil roulant, d'un lit style *hôpital*, d'un poumon d'acier, ou de tout autre appareil durable approuvé à des fins thérapeutiques de courte durée,
5. du sang ou du plasma sanguin (transfusion comprise),
6. les frais pour attelles, bandages herniaires, plâtres et matériaux à faire des plâtres.

### Section F - Soins dentaires d'urgence

Lorsqu'un coup accidentel à la bouche ou au visage occasionne une *blessure* chez la *personne assurée*, l'*assureur* paiera les soins dentaires d'*urgence* pour la réparation ou le remplacement de dents naturelles ou de prothèses fixes permanentes perdues ou endommagées au cours de l'*accident*, à condition que les soins dentaires soient entrepris dans les quarante-huit (48) heures qui suivent l'*accident* et qu'ils prennent fin pendant la durée du contrat. Une documentation médicale détaillée de la part d'un dentiste, d'un *médecin* ou d'un chirurgien doit être fournie à l'appui de la demande de règlement de la *personne assurée*.

Toute somme payable pour des soins dentaires d'*urgence* ne peut dépasser un montant maximal de 5 000 \$ CAN par *personne assurée*, pour chaque *blessure*.

L'*assureur* remboursera la *personne assurée* conformément au guide des tarifs suggérés publiés par l'association dentaire du pays où les soins ont été dispensés. Si aucun guide de ce genre n'existe, l'*assureur* remboursera la *personne assurée* conformément au guide des tarifs dentaires en usage dans sa province ou son territoire de résidence ordinaire au Canada.

### Section G - Rapatriement du corps ou inhumation sur place

Si une *blessure* ou une *maladie* admissible provoque le décès de la *personne assurée*, l'*assureur* paiera les frais engagés pour la préparation et le transport de sa dépouille mortelle à partir de l'endroit où le décès est survenu jusqu'au *pays de résidence* permanente de la *personne assurée* ou jusqu'au Canada, ou pour la préparation et l'inhumation sur place de la dépouille mortelle de la *personne assurée* lorsque le décès survient à l'extérieur du Canada. Le montant de la garantie se limite à 10 000 \$ CAN et ne s'applique pas lorsque le décès survient en sol canadien. Le coût du cercueil ou de l'urne n'est pas compris.

### Section H - Évacuation médicale d'urgence

Le défaut d'obtenir l'approbation préalable de *EBA* a pour effet de limiter à 80 % toute indemnité payable, jusqu'à concurrence de 25 000 \$, pour les frais engagés par suite d'une évacuation médicale d'*urgence* et pour une *blessure* ou une *maladie*, sauf en situation d'*urgence* médicale critique lorsque la preuve est faite et que *EBA* admet que cette dernière n'a pu être jointe préalablement à l'évacuation médicale d'*urgence* jugée nécessaire.

Si, en raison d'une *blessure* ou d'une *maladie*, il est jugé nécessaire du point de vue médical d'évacuer une *personne assurée* qui est dans un état critique vers l'*hôpital* le plus proche pourvu des installations nécessaires pour la soigner convenablement, l'*assureur* remboursera les *frais raisonnables et courants*, par *personne assurée*, par *maladie* ou *blessure*, de l'évacuation médicale d'*urgence* vers ledit *hôpital* et des soins prodigués. L'*assureur* remboursera également les *frais raisonnables et courants* pour le transport d'une autre *personne assurée* qui accompagne le patient si cela est jugé nécessaire. Il paiera en outre à la *personne assurée* le coût d'un billet d'avion aller simple, classe économique, vers le pays où elle réside de façon permanente. Cette garantie ne s'applique pas en cas de grossesse compliquée.

### Section I - Transport humanitaire d'urgence

Lorsqu'en raison d'une *blessure* ou d'une *maladie*, la *personne assurée* est hospitalisée à l'extérieur du Canada pendant au moins sept (7) jours consécutifs, ou si elle décède à l'extérieur du Canada, l'*assureur* paiera pour un billet d'avion aller-retour en classe économique pour qu'un *membre de la famille immédiate* se rende au chevet de la *personne assurée* ou pour identifier le corps de la *personne assurée*. *EBA* prendra les dispositions nécessaires pour rapatrier la dépouille mortelle de la *personne assurée*. Cette garantie comprend le coût des repas et d'hébergement d'un seul *membre de la famille immédiate*, jusqu'à concurrence de 150 \$ par jour, sous réserve d'un plafond de 3 000 \$ CAN par *personne assurée*, par *blessure* ou *maladie* et de l'approbation préalable de *EBA*.

### Section J - Parent accompagnant un enfant

Si une *personne assurée* de moins de quinze (15) ans est hospitalisée, l'*assureur* paiera les *frais raisonnables et courants* par *personne assurée*, par *maladie* ou *blessure* pour un parent qui demeure au chevet de l'enfant. En outre, si une *personne assurée* chef de famille monoparentale est hospitalisée, l'*assureur* paiera les *frais raisonnables et courants* exigés pour un enfant à charge âgé de moins de quinze (15) ans qui demeure au chevet de ladite *personne assurée*.

### Section K - Grossesse compliquée

Si une *personne assurée* est hospitalisée en raison d'une grossesse compliquée, jugée comme telle par un *médecin* ou chirurgien spécialiste, l'*assureur* paiera les *frais médicaux* et hospitaliers raisonnables et courants engagés pour les soins prénataux, l'accouchement et les soins postnataux jusqu'à concurrence de 5 000 \$ CAN par *personne assurée*, par *blessure* ou *maladie*. La garantie n'est valable que si la date prévue de la naissance se situe au moins de dix (10) mois après la date d'entrée en vigueur de l'assurance de la *personne assurée*.

### Section L - Couverture d'urgence aux États-Unis (offerte uniquement avec la couverture internationale, É.-U. exclus)

Les *frais raisonnables et courants*, jusqu'à concurrence des limites de garantie prévues au contrat, pour le traitement d'*urgence* d'une *maladie* ou d'une *blessure* survenue pendant un voyage aux États-Unis. La couverture se limite à une période de quatorze (14) jours par voyage. Les soins médicaux d'*urgence* doivent être recommandés par un *médecin* ou un chirurgien. Si le retour de la *personne assurée* dans son *pays de résidence* est retardé en raison d'une *blessure* ou d'une *maladie* couverte par la présente garantie, l'assurance est prolongée d'office jusqu'à ce que la *personne assurée* ait obtenu son congé de l'*hôpital*. Une prolongation de couverture ne peut être accordée que si la *personne assurée* est hospitalisée pour le traitement d'*urgence* d'une *maladie* ou d'une *blessure* avant l'expiration de l'assurance de quatorze (14) jours prévue. Une preuve de la date d'entrée aux États-Unis pourra être exigée.

## PARTIE VII – COUVERTURE RESTREINTE POUR SOINS MÉDICAUX D'URGENCE AUX É.-U.

Si *vous* vous trouvez à l'extérieur des États-Unis et que *vous* subissez une *blessure* ou contractez une *maladie* qui nécessite des soins médicaux d'*urgence* offerts aux États-Unis, et si *EBA* décide que la seule solution viable est de *vous* faire soigner aux États-Unis, *vous* serez couvert pour cette situation d'*urgence* selon les modalités et conditions de  *votre* contrat. La décision de *vous*

transférer aux États-Unis doit être approuvée par *EBA* avant que *vous* puissiez être transféré et recevoir ces soins médicaux d'*urgence*. *EBA*, en accord avec  *votre* *médecin* traitant, décidera du moment où *vous* serez apte à retourner dans  *votre* *pays de résidence*.

## PARTIE VIII - AUTRE ASSURANCE

Cette assurance est une assurance dite « de second payeur ». Relativement à toute perte ou à tout dommage *assuré* ou à tout sinistre payable en vertu de tout régime ou contrat d'assurance, qu'il s'agisse d'une assurance de responsabilité, d'une assurance collective ou individuelle de base ou d'une assurance *maladie* complémentaire, d'une assurance automobile privée ou publique (provinces et territoires canadiens) offrant une couverture pour soins hospitaliers, médicaux ou thérapeutiques, ou encore toute autre assurance responsabilité concurrentement en vigueur, les sommes payables au titre de la présente assurance se limitent aux frais admissibles engagés à

l'extérieur de la province de résidence excédant le ou les montants d'assurance de la *personne assurée* au titre de cette autre assurance.

Les règles de coordination des garanties de régimes liées à l'emploi sont soumises aux normes de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes. En aucun cas l'*assureur* tentera-t-il de recouvrer des sommes payables au titre d'un régime lié à l'emploi si le maximum viager pour toutes couvertures à l'intérieur et à l'extérieur du pays équivaut 50 000 \$ ou moins.

## PARTIE IX - EXPIRATION DE L'ASSURANCE

L'assurance de la *personne assurée* expirera à l'occurrence du premier des événements suivants :

1. la date d'expiration du contrat;
2. la date de paiement de la prime par la *personne assurée*, si ce paiement n'est pas acquitté;
3. la date du soixante-dixième (70e) anniversaire de naissance de la *personne assurée*;
4. quatre-vingt-dix (90) jours après la date du retour permanent au Canada de la *personne assurée*, pourvu qu'elle ait été assurée par le contrat pendant une période de plus de trois cent soixante-cinq (365) jours consécutifs, ou après qu'elle effectue un retour permanent au

Canada et qu'elle devient admissible à un régime d'assurance *maladie* du gouvernement canadien, selon la première de ces éventualités;

L'assurance d'une *personne à charge* prend fin à la première des dates suivantes :

1. la date à laquelle une *personne à charge* cesse d'être admissible à l'assurance, au sens du présent contrat;
2. la date à laquelle la *personne assurée* cesse d'être admissible à l'assurance, au sens du présent contrat.

## PARTIE X - EXCLUSIONS

Cette assurance ne couvre pas les pertes ni les frais occasionnés directement ou indirectement, en totalité ou en partie, par :

1. Un état de santé (sauf *affection mineure*) pour lequel la *personne assurée* a demandé, effectué ou reçu des soins médicaux, des conseils, des consultations d'ordre médical ou des visites de suivi, ou pris des médicaments d'ordonnance dans les cent quatre-vingt dix (180) jours précédant la prise d'effet de l'assurance prévue par le présent contrat; cet état de santé sera cependant couvert si pendant une période subséquente d'au moins trois cent soixante-cinq (365) jours consécutifs, la *personne assurée* n'a demandé, effectué ni reçu de soins médicaux, de conseils, de consultations d'ordre médical ou de visites de suivi, ni pris de médicaments d'ordonnance relativement à cet état de santé;
2. Un voyage aérien, sauf à titre de passager à bord d'un avion commercial titulaire d'un certificat et dont les services aux voyageurs satisfont aux normes gouvernementales en ce qui a trait au permis de pilote et à la validité du certificat de navigabilité.
3. La guerre civile ou étrangère, les actes d'ennemis étrangers, les hostilités (déclarées ou non), la rébellion, la révolution, l'insurrection ou le pouvoir militaire.
4. Le *terrorisme* ou par toute activité ou décision d'une instance gouvernementale ou de toute autre entité visant à empêcher, à enrayer le *terrorisme* ou à y répondre, sans égard à toute autre cause ou à tout autre événement qui contribue simultanément ou dans n'importe quel ordre à la perte ou au dommage à l'exception des pertes ou dommages directement occasionnés par les incendies ou les explosions.
5. Les *frais médicaux* engagés par suite d'une infection symptomatique ou asymptomatique au VIH, d'une *maladie* liée au VIH ou du SIDA (syndrome d'immuno-déficience acquise), sont également exclus les tests de dépistage et les frais y afférents.
6. Le suicide, une tentative de suicide ou une *blessure* auto-infligée (que *vous* soyez sain d'esprit ou non).
7. La perpétration ou tentative de perpétration d'un acte illégal ou d'un acte criminel.
8. Des troubles émotifs, psychologiques ou mentaux ou *maladie*, état de santé ou symptôme du même ordre, sauf s'ils entraînent une hospitalisation.
9. une grossesse, une fausse couche, une naissance ou une interruption de grossesse, ou les frais qui en découlent, sauf pour ce qui est prévu par la garantie grossesse compliquée, à la Partie VI - Section K du présent contrat;
10. une évacuation médicale d'*urgence* en raison d'une grossesse compliquée;

11. La participation à une activité sportive en tant qu'athlète professionnel (personne engagée dans une activité constituant sa principale source de revenu), à une course motorisée ou assistée mécaniquement ou à un concours de vitesse (une activité organisée de nature compétitive dans laquelle la vitesse est un facteur déterminant); la pratique de la plongée sous-marine (à moins de posséder un niveau de compétence attesté par une école canadienne agréée de plongée sous-marine), du deltaplane, du parachutisme en chute libre ou non, du saut en bungee, l'escalade de rochers, le vol libre, ou de l'alpinisme (sauf si l'*assuré* voyage comme passager payant sur une ligne aérienne commerciale).

- a) Une surdose ou un abus de médicament, que *vous* soyez sain d'esprit ou non.
  - b) l'alcoolisme, la toxicomanie ou l'abus de drogues ou de substances;
  - c) les problèmes de santé causés par la toxicomanie ou l'abus d'alcool, de drogues ou de substances; ou
  - d) pendant que la *personne assurée* est sous l'influence de drogues; ou
  - e) pendant que les facultés de la *personne assurée* sont affaiblies par les drogues ou l'alcool, ou si elle présente un taux d'alcoolémie supérieur à quatre-vingts (80) mg d'alcool par cent (100) ml de sang ou au taux maximum toléré par les lois du territoire où se trouve la *personne assurée* au moment du sinistre, selon le moins élevé de ces seuils;
13. le coût d'achat ou de remplacement (sur ordonnance ou non) ou tout dommage à des prothèses auditives, lunettes, verres fumés, lentilles cornéennes, prothèses dentaires ou membres artificiels ou la perte de ceux-ci et toute ordonnance qui en résulte;
  14. L'examen médical courant, les soins préventifs (y inclus les vaccins, la délivrance de certificats médicaux ou d'attestations médicales, ou les examens attestant la capacité de travailler ou de voyager);
  15. les transplantations d'organes;
  16. les interventions chirurgicales ou les traitements non urgents ou à des fins esthétiques, que ce soit pour des raisons d'ordre psychologique ou non, sauf si elles sont requises à la suite d'une *blessure* subie alors que le présent contrat est en vigueur;
  17. Un traitement médical ou une intervention chirurgicale subi au cours d'un voyage, si ce voyage a été entrepris en vue d'obtenir des services médicaux ou hospitaliers, que ce voyage ait été recommandé ou non par un *médecin* ou un chirurgien;
  18. les personnes âgées de soixante-dix (70) ans ou plus;
  19. les frais engagés par la *personne assurée* durant une période pour laquelle la prime n'a pas été payée, ou alors que le contrat d'assurance n'est pas en vigueur.

## PARTIE XI - CONDITIONS LÉGALE

### Le contrat intégral

La proposition, le présent contrat et tout document annexé lors de son émission, ainsi que toute modification au contrat acceptée par écrit une fois le contrat émis, constituent le contrat intégral, et aucun mandataire ne peut le modifier ni renoncer à l'une de ses dispositions.

### Renonciation

L'*assureur* est réputé n'avoir renoncé à une disposition quelconque du présent contrat, en tout ou en partie, à moins que cette renonciation ne soit clairement indiquée par écrit et signée par l'*assureur*.

### Copie de la proposition

Sur demande, l'*assureur* est tenu de fournir une copie de la proposition à l'*assuré* ou à l'auteur d'une demande de règlement au titre du contrat.

### Faits essentiels à l'appréciation du risque

Les déclarations faites par l'*assuré* lors de la proposition relative au présent contrat ne doivent pas être utilisées en défense contre une demande de règlement en vertu du présent contrat ou pour annuler le présent contrat, à moins de figurer dans la proposition ou dans toute autre déclaration ou réponse écrite fournie comme preuve d'assurabilité.

### Avis et preuve de sinistre

L'*assuré*, ou un bénéficiaire ayant le droit de présenter une demande de règlement, ou l'agent de l'un d'eux, est tenu :

- a) de donner un avis écrit de la demande de règlement à *EBA* soit en le remettant ou en l'envoyant par courrier recommandé à *EBA* au plus tard trente (30) jours après la date à laquelle une demande de règlement prend naissance en vertu du contrat à la suite d'un *accident* ou d'une *maladie*;
- b) dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent la date à laquelle une demande de règlement prend naissance en vertu du contrat à la suite d'un *accident* ou d'une *maladie*, de fournir à *EBA* les preuves qui peuvent raisonnablement être fournies, compte tenu des circonstances, de la survenance de l'*accident* ou du commencement de la *maladie* et des pertes qui en résultent, du droit de l'auteur de la demande de recevoir paiement, de son âge et de l'âge du bénéficiaire, s'il y a lieu;
- c) si *EBA* ou l'*assureur* l'exige, de fournir un certificat établissant de façon satisfaisante la cause ou la nature de l'*accident* ou de la *maladie* qui peut faire l'objet d'une demande de règlement en vertu du contrat.

### Défaut de notification ou de preuve

Le défaut de donner avis du sinistre ou d'en fournir la preuve dans le délai prescrit par la présente condition légale n'invalide pas la demande si l'avis est donné ou la preuve fournie dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, et en aucun cas, plus d'une (1) année après la date de l'*accident* ou la date à laquelle une demande de règlement prend naissance en vertu du contrat à la suite d'une *maladie*, s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner l'avis ou de fournir la preuve dans le délai prescrit.

### Obligation pour l'assureur de fournir les formules de preuve de sinistre

L'*assureur* fournit des formules de preuve de sinistre dans les quinze (15) jours de la réception de l'avis de sinistre. Toutefois, lorsque l'auteur de la demande de règlement n'a pas reçu les formules dans ce délai, il peut soumettre la preuve de sinistre sous la forme d'une déclaration écrite énonçant la cause ou la nature de l'*accident* ou de la *maladie* donnant lieu à la demande et l'étendue du sinistre.

### Droit d'examen

Comme condition préalable au recouvrement des sommes assurées aux termes du présent contrat :

- a) l'auteur de la demande de règlement est tenu d'offrir à l'*assureur* et à *EBA* la possibilité de faire subir à la *personne assurée* un examen à la date et aussi souvent qu'il est raisonnable de l'exiger, tant que le règlement est en suspens;
- b) en cas de décès de la *personne assurée*, l'*assureur* et *EBA* peuvent exiger une autopsie sous réserve des lois du ressort compétent.

### Délai de paiement des sommes

Toutes les sommes payables en vertu du présent contrat sont versées par l'*assureur* dans les soixante (60) jours de la réception par l'*assureur* de la preuve du sinistre.

### Prescription des recours

Les actions ou instances en recouvrement d'un règlement aux termes du présent contrat ne doivent pas être engagées contre l'*assureur* plus d'un (1) an (deux (2) ans dans les Territoires du Nord-Ouest, trois (3) ans dans la province de Québec) après la date à laquelle les sommes assurées sont devenues payables ou seraient devenues payables si la demande de règlement avait été recevable.

## PARTIE XII - EXIGENCES EN MATIÈRE DE RÈGLEMENT

L'assureur versera les indemnités si les conditions suivantes sont remplies :

1. la *personne assurée* a communiqué avec *EBA* et a obtenu une autorisation préalable pour tous les frais devant être engagés à titre de malade en traitement de jour ou de malade hospitalisé. En cas d'admission d'urgence à l'hôpital, lorsque *EBA* ne peut en être avisée à l'avance, l'admission doit être notifiée dès que possible et, au plus tard, dans les quarante-huit (48) heures suivant l'admission;
2. les renseignements afférents à toutes les demandes de règlement ont été envoyés par écrit à *EBA* dès que possible et, au plus tard, dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant le début des soins médicaux;
3. tous les documents afférents à une demande de règlement, y compris le formulaire de réclamation et les factures, doivent être des documents originaux. Aucune copie ne sera acceptée; et
4. la prime exigible à l'égard de la *personne assurée* qui fait une demande de règlement a été acquitté.

Il est entendu que :

- 1) l'assureur peut demander des renseignements médicaux au *médecin* ou au chirurgien aussi souvent que nécessaire;
- 2) l'assureur doit être informé de circonstances pouvant entraîner une demande de règlement auprès d'une tierce partie ou de tout autre *assureur*; et
- 3) si la demande de règlement est effectuée à partir du *pays d'origine* de la *personne assurée*, celle-ci doit fournir une preuve de sa date d'entrée au pays.

Tout renseignement pertinent doit être envoyé à :

### EUROPEAN BENEFITS ADMINISTRATORS

#### Amérique du Nord et Sud

Suite 1100, 940 - 6<sup>th</sup> Avenue SW  
Calgary AB T2P 3T1  
CANADA

Téléphone : (+1) 403 539-6134  
Télécopieur: (+1) 403 265-9425

Courriel : adminamerica@euroben.com

#### Europe et Afrique

82, rue Villeneuve  
92587 Clichy cedex  
FRANCE

Téléphone : +33 (0)1 42 81 97 00  
Télécopieur: +33 (0)1 42 81 99 03

Courriel : admin@euroben.com

#### Moyen-Orient et Asie

Suite 2, Level 5, Gate Precinct Building 4  
DIFC, PO Box 506537  
Dubai - UNITED ARAB EMIRATES

Téléphone : +971 4 365 1303  
Télécopieur: +971 4 363 7327

Courriel : adminmea@euroben.com

## PARTIE XIII - DISPOSITIONS GÉNÉRALES ET RESTRICTIONS

**Arbitrage** - Malgré toute stipulation au présent contrat d'assurance, les parties aux présentes s'engagent à soumettre tout différend né ou éventuel concernant une demande de règlement à une procédure d'arbitrage, à l'exclusion des tribunaux. La procédure d'arbitrage sera celle prévue par la loi en vigueur dans la province ou le territoire canadien de résidence de l'assuré. Les parties consentent au renvoi de tout litige devant l'arbitrage.

**Loi applicable** - Le présent contrat est régi par la loi de la province ou du territoire canadien de résidence de l'assuré. Toute action en justice que l'assuré, ses héritiers légaux ou ses ayants cause pourraient intenter devra être soumise aux tribunaux de la province ou du territoire canadien de résidence de l'assuré.

**Fausse déclaration et omission de dévoiler des faits essentiels** - Le questionnaire médical (le cas échéant), dûment rempli et signé, constitue un document essentiel à l'appréciation du risque par l'assureur et fait partie intégrante de votre contrat. Toute réponse erronée qui y figure constitue une fausse déclaration ou une réticence quant à un élément essentiel du contrat qui peut entraîner l'annulation de votre assurance. Par conséquent et en cas de sinistre, l'assureur n'assumera aucune responsabilité et vous devrez assumer tous les frais engagés, y compris les coûts d'évacuation médicale d'urgence. L'assurance pourra également être annulée si l'assureur établit qu'avant ou après un sinistre, vous avez dissimulé, faussement déclaré ou omis de déclarer des faits essentiels relativement au présent contrat ou votre intérêt dans celui-ci ou si vous refusez de communiquer des renseignements ou de permettre l'utilisation de renseignements concernant toute personne assurée par ce contrat d'assurance.

**Versement des indemnités** - l'administrateur des règlements (*EBA*) effectuera, au nom de l'assureur, le versement des indemnités à la *personne assurée*, à son représentant légal ou directement au fournisseur des soins ou des services médicaux. Les indemnités seront versées en monnaie canadienne. Si une indemnité doit être versée en monnaie étrangère, le taux de change en vigueur au moment du règlement sera utilisé dans le calcul du montant de l'indemnité.

**Retour dans le pays d'origine** - la couverture se limitera à une période (globale) de quatre-vingt-dix (90) jours par année pour une *personne assurée* qui retourne dans son *pays d'origine* ou qui y reçoit des soins médicaux. Les expatriés canadiens qui retournent au Canada pour y demeurer après avoir été couvert par ce contrat pendant une période de plus de trois cent soixante-cinq (365) jours avant son retour au pays verra sa couverture prolongée d'office pendant une période de quatre-vingt-dix (90) jours tout au plus. La *personne assurée* doit informer *EBA* de la date de son retour dans son *pays d'origine*. Une preuve de la date de son retour peut être exigée.

**Droit de subrogation** - Dans le cas où l'assuré subit un sinistre couvert au titre du présent contrat, l'assuré accorde à l'assureur, dès le paiement de la demande de règlement ou son acceptation par l'assureur, le droit d'intenter une action en justice contre toute personne, personne morale ou entité juridique ayant causé le sinistre, et ce, afin de faire respecter tous les droits, pouvoirs, privilèges et recours relativement aux sommes payables au titre du présent contrat. En outre, si l'assuré a droit à une assurance ou à d'autres garanties sans égard à la responsabilité, l'assureur a le droit d'exiger et d'obtenir les sommes payables au titre de ces garanties. Si l'assureur décide d'intenter une action en justice, il le fera à ses frais, au nom de l'assuré. L'assuré doit se présenter sur les lieux du sinistre afin de faciliter le déroulement des procédures. Si l'assuré présente une requête ou s'il intente une action en justice relativement à un sinistre couvert, il doit en aviser immédiatement l'assureur.

**Transfert vers un autre hôpital (à l'intérieur des É.-U. seulement)** - avant l'admission ou un séjour couvert à l'hôpital ou après avoir reçu votre congé de l'hôpital, *EBA* se réserve le droit de faire transférer la *personne assurée*, sans mettre sa santé en péril, à un dispensateur de soins médicaux de son choix pour le traitement d'une *maladie* ou d'une *blessure* donnée. Si la *personne assurée* refuse d'être transférée malgré que *EBA* considère que son état de santé est stable, l'assureur ne peut dès lors être tenu responsable des frais engagés pour le traitement de telle *maladie* ou *blessure* après la date de transfert proposée. *EBA* tiendra compte de l'état de santé de la *personne assurée* dans le choix de l'hôpital et veillera avec le même soin à prendre les dispositions nécessaires pour son transfert.

**Accessibilité et qualité des services** - L'assureur, *etfs* et *EBA* ainsi que leurs représentants autorisés, ne sont nullement responsables de l'accessibilité ni de la qualité de tout traitement médical reçu (résultats compris), ni du transport sur les lieux du séjour, ni du fait que la *personne assurée* n'obtienne pas ou ne puisse obtenir des soins médicaux durant un voyage assuré.

## PARTIE XIV - REMBOURSEMENT

Le remboursement intégral de la prime sera effectué à condition que *etfs* reçoive une demande écrite en ce sens avant la *date d'effet*.

Il se peut que la prime soit remboursée partiellement, au prorata, sur une base mensuelle (moins des frais d'administration de vingt-cinq dollars (25 \$) *CAN* par *personne assurée*), si la situation de la *personne assurée* se modifie au cours de la période contractuelle, pourvu qu'aucun sinistre ne soit survenu.

Une fois que *etfs* a reçu une preuve suffisante comme quoi la *personne assurée* a droit à un remboursement, celui-ci est calculé à compter de la date à laquelle la *personne assurée* a fait sa demande par écrit.

## PARTIE XV - IDENTIFICATION DE L'ASSUREUR

Souscrite auprès de :



Administrée par :



L'assurance maladie individuelle pour expatriés Viator<sup>®</sup> est souscrite auprès de la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances, et est administrée par Voyage Expert Sécurité Financière (E.T.F.S.) inc. et est vendue par le courtier Ingle International & Imagine Financial Ltd.

L'assuré est prié de lire ce contrat et, en cas d'erreur, de le retourner immédiatement pour correction. On doit donner un avis immédiat à *EBA* de tout sinistre qui pourrait motiver une demande de règlement en vertu de cette assurance.

<sup>1</sup> Le nom et le logo « RSA » sont des marques de commerce appartenant à RSA Insurance Group plc et utilisées sous licence par la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances.

<sup>2</sup> Viator est une marque de commerce de Voyage Expert Sécurité Financière (E.T.F.S.) inc.

<sup>3</sup> Le logo *etfs* est une marque déposée de Voyage Expert Sécurité Financière (E.T.F.S.) inc.

<sup>4</sup> Ingle International & Imagine Financial Ltd. sont des marques de commerce de Ingle International Inc.