

ASSURANCE DES SOINS HOSPITALIERS ET MÉDICAUX D'URGENCE POUR LES CANADIENS

Police administrée par les Coordinateurs en assurance voyage TIC ltée (TIC)
Assurance voyage souscrite auprès de Co-operators Compagnie d'assurance-vie

AVIS IMPORTANT

Veillez lire attentivement la police avant de partir en voyage.

Ce qui est assuré

La protection varie selon les régimes. Pour savoir en quoi consiste votre assurance, veuillez consulter la rubrique « Prestations » figurant à la section du ou des régimes que vous avez choisis. L'assurance voyage est conçue pour couvrir les pertes subies à la suite de circonstances soudaines, inattendues et imprévisibles.

Ce qui n'est pas assuré

L'assurance voyage ne couvre pas tout. Elle comporte des exclusions, des conditions et des restrictions. Nous vous conseillons de lire attentivement la police avant de partir en voyage, afin de bien la comprendre. Il se peut que certains états de santé préexistants fassent l'objet d'une exclusion. Un état de santé ou des symptômes dont vous connaissiez l'existence avant la *date d'entrée en vigueur* de l'assurance, qu'ils aient été diagnostiqués ou non par un *médecin*, pourraient ne pas être assurés.

Que dois-je faire en cas d'urgence ou si je dois présenter une demande de règlement?

Vous devez communiquer avec le Service d'assistance en cas d'urgence TIC (en composant le numéro sans frais 1 800 995-1662 ou en appelant à frais virés de partout dans le monde au 416 340-0049) avant toute chirurgie ou dans les 24 heures suivant l'admission à l'hôpital.

Restriction

Si vous négligez de le faire sans motif raisonnable, les prestations auxquelles vous avez droit seront réduites de 20 %. Pour obtenir des prestations, vous devez remplir une demande de règlement et y joindre l'original de toutes vos factures. Un formulaire incorrectement rempli entraînera des retards.

Mes renseignements personnels sont-ils protégés?

Nous nous engageons à protéger la vie privée, la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels que nous recueillons, utilisons et communiquons. Vos renseignements personnels, y compris vos antécédents médicaux, ne seront recueillis, utilisés et communiqués que dans le but de vous dispenser les services d'assurance demandés. Nous vous ferons parvenir un exemplaire de la politique en matière de protection des renseignements personnels de TIC sur demande; elle figure également dans le site Web www.travelinsurance.ca.

Je voudrais prolonger mon voyage. Puis-je prolonger aussi mon assurance?

Certainement, si les termes et conditions de votre contrat le permettent. Vous n'avez qu'à appeler votre agent ou TIC (pendant les heures d'ouverture) avant que votre police n'arrive à échéance. Vous devez cependant être en bonne santé et n'avoir subi aucun sinistre pendant la première *période assurée*. Il y aura évidemment une prime à payer.

Assistance aux voyageurs

TIC ou Co-operators Compagnie d'assurance-vie feront de leur mieux pour vous venir en aide en cas d'*urgence* médicale, où qu'elle se produise dans le monde. Cependant, ni ces entreprises, ni leurs agents ne pourront être tenus responsables de la disponibilité, de la quantité, de la qualité ou de l'efficacité des *traitements* médicaux reçus ou de l'impossibilité de les obtenir.

Séjour prolongé à l'extérieur du Canada

Il y a, dans les régimes d'assurance-maladie des provinces et des territoires canadiens, des dispositions concernant la longueur des séjours à l'étranger et le maintien de l'assurabilité. Pour en savoir plus, vous devez vérifier les conditions du régime.

Nota : Les mots en italiques sont définis à la page 4.

DROIT D'EXAMEN

Veillez examiner la police avant de partir en voyage, pour vous assurer qu'elle réponde à vos exigences. Si vous nous retournez la police dans les 10 jours suivant la souscription, vous aurez droit à un remboursement complet, à la condition que l'assurance ne soit pas encore en vigueur. Veuillez consulter les dispositions de la police qui traitent de cette question. Veuillez aussi consulter la politique concernant les remboursements après l'entrée en vigueur de l'assurance qui est également énoncée dans le présent document.

POLICE D'ASSURANCE DES SOINS HOSPITALIERS ET MÉDICAUX D'URGENCE POUR LES CANADIENS

- Régimes pour les États-Unis et ailleurs dans le monde
- Régime pour les activités sportives

ADMISSIBILITÉ

1. NE SONT PAS ADMISSIBLES les personnes qui :
 - a) ont un diagnostic de maladie terminale;
 - b) ont le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou le virus de l'immunodéficience humaine (VIH);
 - c) ont la maladie d'Alzheimer ou toute autre forme de démence;
 - d) ont reçu un *traitement* contre le cancer du pancréas, le cancer du foie ou tout type de cancer qui a produit des métastases;
 - e) ont suivi un *traitement* à l'oxygène prescrit à domicile au cours des 12 derniers mois;
 - f) ont subi la transplantation d'un organe vital (coeur, rein, foie, poumon)
 - g) ont subi une dialyse du rein au cours des 12 derniers mois.
2. Pour être admissible à l'assurance, il faut :
 - a) être âgé d'au moins 15 jours;
 - b) être assuré en vertu d'un régime public canadien d'assurance-maladie pour toute la *période assurée*;
 - c) être en bonne santé et n'avoir, à sa connaissance, aucune raison de demander une *consultation médicale* pendant la *période assurée*;
 - d) habiter ailleurs que dans une maison de soins infirmiers, une maison de convalescence ou un centre de réadaptation;
 - e) n'avoir besoin d'aucune aide pour effectuer les activités de la vie quotidienne.

Début de l'assurance et période assurée

Lorsqu'une proposition a été faite et que la prime d'un régime d'assurance particulier a été payée, la *période assurée* commence :

- a) à l'heure et à la date où la proposition remplie est acceptée par TIC ou par son représentant;
- b) ou, si elle est ultérieure, à la *date d'entrée en vigueur* indiquée dans la proposition;
- c) ou, si elle est plus tardive encore, à la date où l'*assuré* quitte sa province ou son territoire de résidence.

Fin de l'assurance

L'assurance arrive à échéance :

- a) à la date et à l'heure où l'assuré revient dans sa province ou son territoire de résidence;
- b) ou, si elle est antérieure, à la date d'échéance figurant dans la confirmation de protection.

DESCRIPTION DE L'ASSURANCE

1. Aux termes de la présente police, l'assureur convient de verser jusqu'à 5 000 000 \$ au titre des dépenses raisonnables et habituelles, mais imprévues, engagées par un résident canadien assuré pendant la période assurée. Ces dépenses doivent servir à acquitter le coût de soins immédiatement requis ou d'autres frais engagés pendant la période assurée jusqu'à concurrence des sommes maximums mentionnés à la rubrique « Prestations », à la suite d'une maladie ou d'une blessure survenue pendant la période assurée. La somme globale maximum pour les blessures accidentelles résultant d'un risque assuré au titre de l'assurance des soins hospitaliers et médicaux d'urgence pour les Canadiens est de 20 000 000 \$.

Restriction

2. Si l'assuré est un résident canadien qui ne participe pas à un régime d'assurance-maladie public, le montant d'assurance ne dépasse pas 3 000 \$.
3. Les prestations exigibles en vertu de ce régime sont versées en excédent de celles qui sont mises à la disposition de l'assuré en vertu du régime d'assurance-maladie public de la province ou du territoire auquel il participe, ou pourrait participer, ou de celles qui proviennent de polices ou de régimes de toute autre nature. Veuillez consulter la rubrique « Conditions générales », aux pages 5 et 6.
4. L'assurance est valide partout dans le monde; dans les régimes s'appliquant ailleurs qu'aux États-Unis, elle n'est cependant en vigueur dans ce pays que pendant 5 jours, lorsque l'assuré y séjourne en transit.

PRESTATIONS

Les prestations s'appliquent aux dépenses assurées suivantes :

1. Soins hospitaliers d'urgence

L'assureur convient de payer les frais d'une chambre d'hôpital à deux lits, ainsi que des services raisonnables et habituels de même que du matériel médical nécessaires aux soins d'urgence dispensés à l'assuré pendant son hospitalisation.

2. Soins médicaux d'urgence

L'assureur convient de prendre à sa charge les dépenses suivantes :

- a) Les services dispensés par un médecin, un chirurgien, un anesthésiste ou un infirmier autorisé reconnu en vertu de la loi (et qui n'est pas apparenté par le sang ou par alliance avec l'assuré).
- b) Les services d'un physiothérapeute reconnu en vertu de la loi (et qui n'est pas apparenté par le sang ou par alliance avec l'assuré), sur la recommandation du médecin traitant, pour le traitement d'une blessure assurée.
Les prestations ne peuvent être supérieures à 500 \$ pour des services dispensés en clinique externe.
- c) Les services d'une personne détenant un doctorat en chiropraxie reconnu par la loi (et qui n'est pas apparenté par le sang ou par alliance avec l'assuré) pour le traitement d'une blessure assurée.
Les prestations ne peuvent être supérieures à 500 \$.
- d) Les tests de laboratoire et les radiographies exécutés au moment de l'urgence initiale, sur la recommandation d'un médecin et à des fins de diagnostic.
- e) L'utilisation d'un service ambulancier local agréé aérien, terrestre ou maritime (y compris pour un sauvetage en montagne ou en mer) pour se rendre à l'hôpital le plus proche, quand cela est raisonnable et nécessaire.
- f) La location de béquilles ou d'un lit d'hôpital, jusqu'à concurrence du prix d'achat de ces articles, et l'achat d'attelles, de bandages herniaires, d'appareils orthopédiques et d'autres prothèses approuvées.

- g) Les services d'urgence dispensés en clinique externe par un hôpital.
- h) Les médicaments disponibles uniquement avec une ordonnance écrite d'un médecin, en quantité suffisante pour un mois.
Jusqu'à concurrence de 500 \$ par assuré, si ce dernier n'est pas hospitalisé.

3. Repas et hébergement

L'assureur s'engage à rembourser la somme maximum de 3 000 \$ au titre des frais de subsistance raisonnables supplémentaires, des frais de garde d'enfants (âgés de moins de 18 ans ou étant des compagnons de voyage qui, en raison d'un handicap physique ou mental, comptent sur l'aide de l'assuré), des frais téléphoniques et de taxi essentiels engagés par l'assuré ou par toutes les personnes assurées qui restent auprès de l'assuré pendant son hospitalisation et durant la période assurée.

4. Transport d'amis ou de membres de la famille

L'assureur s'engage à rembourser un maximum de 3 000 \$ pour un transport aller-retour, en classe économique par l'itinéraire le plus court, d'un membre de la famille de l'assuré ou d'un de ses proches, et un maximum de 1 000 \$ pour les frais engagés après l'arrivée par cette personne, si :

- a) l'assuré est hospitalisé en raison d'une maladie ou d'une blessure assurée et si son médecin traitant recommande la présence de cette personne;
- b) les autorités locales exigent, en vertu de la loi, que cette personne identifie le corps de l'assuré s'il décède des suites d'une maladie ou d'une blessure assurée.

5. Retour d'un compagnon de voyage

L'assureur s'engage à payer les frais supplémentaires d'un vol aller simple en classe économique, afin que les compagnons de voyage de l'assuré (âgés de moins de 18 ans ou étant des compagnons de voyage qui, en raison d'un handicap physique ou mental, comptent sur l'aide de l'assuré) puissent revenir dans leur province ou leur territoire de résidence en compagnie d'un des membres de la famille de l'assuré qui accompagnait ce dernier dans son voyage, si l'assuré est transporté au Canada, sur civière, par un service ambulancier aérien ou sur un vol régulier à la suite d'une maladie ou d'une blessure assurée exigeant des soins d'urgence dispensés immédiatement. Cette mesure doit être approuvée au préalable par TIC.

6. Retour du véhicule ou de l'embarcation nautique

L'assureur s'engage à rembourser, jusqu'à concurrence de 3 000 \$, les sommes versées à une entreprise pour que le véhicule ou l'embarcation nautique utilisé pendant le voyage soit retourné au domicile de l'assuré ou à l'entreprise qui le lui a loué, si l'assuré est incapable de revenir au Canada à bord de ce véhicule ou de cette embarcation en raison d'une maladie ou d'une blessure assurée.

7. Retour d'animaux de compagnie

L'assureur convient de rembourser, jusqu'à concurrence de 300 \$, les frais engagés pour le retour au Canada du chien ou du chat accompagnant l'assuré, si l'assuré revient au Canada en vertu de la garantie du « transport médical d'urgence » ou s'il est hospitalisé à la suite d'une maladie ou d'une blessure assurée.

8. Rapatriement de la dépouille mortelle

Si l'assuré décède des suites d'une maladie ou d'une blessure assurée, l'assureur convient de rembourser, jusqu'à concurrence de 10 000 \$, les frais engagés pour que la dépouille de l'assuré soit retournée, dans un contenant de transport standard, à son lieu de résidence permanente au Canada ou, jusqu'à concurrence de 4 000 \$, les frais engagés pour incinérer le corps ou l'inhumer à l'endroit du décès.

9. Soins dentaires suite à un accident

L'assureur convient de rembourser, jusqu'à concurrence de 3 000 \$, les traitements ou les services dentaires d'urgence aux dents entières ou saines (y compris celles qui sont recouvertes d'une couronne) à la suite d'un coup accidentel au visage. Ces frais ne peuvent dépasser les honoraires minimums mentionnés au barème des tarifs de l'Association dentaire canadienne pour la province ou le territoire où demeure l'assuré.

10. Services dentaires d'urgence

L'assureur convient de rembourser, jusqu'à concurrence de 500 \$, les frais engagés pour un traitement analgésique dentaire immédiat, même si la douleur ne provient pas d'un coup accidentel au visage. Les problèmes dentaires pour lesquels l'assuré a déjà reçu un traitement ou des conseils ne sont pas assurés.

Tout traitement relatif à un problème dentaire doit commencer dans les 48 heures suivant l'apparition de la situation d'urgence et doit être complété pendant la période assurée et avant que l'assuré ne revienne dans sa province ou son territoire de résidence.

11. Transport médical d'urgence

L'assureur convient de faire transporter l'assuré jusqu'à l'établissement hospitalier approprié le plus proche ou jusqu'à un hôpital canadien en cas d'urgence associée à une maladie ou à une blessure assurée. Le recours à un moyen de transport d'urgence, par exemple un service ambulancier aérien, un vol aller simple en classe économique, l'utilisation d'une civière ou la présence d'un personnel médical doit être approuvé au préalable par TIC, qui se chargera des arrangements nécessaires.

12. Accompagnateur

L'assureur convient de prendre à sa charge les frais d'un accompagnateur (non apparenté à l'assuré par le sang ou par alliance) ainsi que le coût du vol de retour en classe économique de cet accompagnateur chargé de voyager avec les compagnons de voyage de l'assuré qui sont protégés par l'assurance (soit les personnes âgées de moins de 18 ans ou celles qui, en raison d'un handicap physique ou mental, comptent sur l'aide de l'assuré) lors de leur retour dans leur province ou territoire de résidence, si l'assuré revient au Canada en vertu de la garantie du «transport médical d'urgence». Cette mesure doit être approuvée au préalable par TIC, qui se chargera des arrangements nécessaires.

13. Acte de terrorisme – Restriction sur les prestations et Somme globale maximum

Lorsqu'un acte de terrorisme cause, directement ou indirectement, une perte qui aurait été autrement remboursée en vertu du présent régime, sous réserve de toutes les autres restrictions de la police, la protection s'appliquera comme suit :

- Conséquemment à un acte de terrorisme ou à une série d'actes de terrorisme survenant au cours d'une période de 72 heures, la somme globale maximum payable se limitera à 2 500 000 \$ pour l'ensemble des polices d'assurance admissibles émises et administrées par TIC, incluant la présente police.
- Conséquemment à un acte de terrorisme ou à une série d'actes de terrorisme survenant au cours d'une même année civile, la somme globale maximum payable se limitera à 5 000 000 \$ pour l'ensemble des polices d'assurance admissibles et administrées par TIC, incluant la présente police.

La somme payable en vertu de chaque demande de règlement admissible relative aux sections a) et b) ci-dessus est versée en excédent de toutes celles qui proviennent d'autres sources de recouvrement et est réduite au prorata de sorte que le montant total payé pour l'ensemble des demandes de règlement n'excède pas la somme globale maximum respective qui sera payée après la fin de l'année civile et après l'évaluation de toutes les demandes de règlement reliées à l'acte ou aux actes de terrorisme.

14. Retour à la destination initiale du voyage

Si l'assuré est retourné dans sa province ou son territoire de résidence en vertu de la garantie du «transport médical d'urgence» et si, selon son médecin traitant, le traitement qu'il a reçu au Canada a mis fin à la situation d'urgence, une somme globale maximum de 5 000 \$ sera versée pour le retour par avion en classe économique de l'assuré et d'un seul compagnon de voyage assuré, à la destination initiale du voyage; toute demande en ce sens doit être approuvée au préalable par TIC, qui se chargera de prendre les arrangements nécessaires. Le retour doit se faire pendant la période assurée originale. Toute récurrence ou complication de la maladie qui a entraîné le retour de l'assuré à la maison n'est pas assurée en vertu de la présente police.

CONDITIONS PARTICULIÈRES

- Vous devez informer TIC avant l'exécution de toute chirurgie et dans les 24 heures suivant l'admission à l'hôpital.

Restriction

Si vous négligez de le faire sans motif raisonnable, les prestations auxquelles vous avez droit seront réduites de 20 %.

- TIC se réserve le droit, en cas d'urgence et si cela est raisonnable, d'exiger le transfert de l'assuré à un autre hôpital ou son retour au Canada. Si l'assuré refuse un transfert ou un retour alors qu'un médecin juge que son état physique le lui permet, tous les autres frais engagés par la suite sont à la charge de l'assuré uniquement. L'assurance vient à échéance au moment du refus de l'assuré et aucune autre protection ne sera offerte à ce dernier pour le reste de la période assurée.
- Les «Conditions générales» s'appliquent. Veuillez consulter les pages 5 et 6.

EXCLUSIONS

Les prestations ne s'appliquent pas aux frais engagés à la suite :

EHM1 d'une maladie, d'une blessure ou d'un état de santé survenu au cours des 180 jours précédant la date d'entrée en vigueur de l'assurance, même si les symptômes ne semblaient pas nécessiter de diagnostic, ni requérir une consultation médicale, une ordonnance ou un traitement médical ou une hospitalisation, pris individuellement ou collectivement. Si, à la date d'entrée en vigueur, l'assuré a 70 ans ou moins :

- Quand l'assurance est souscrite avant le départ : La présente exclusion s'applique à chaque voyage d'une durée de 36 jours et plus, y compris les assurances complémentaires à compter du jour où l'assuré a quitté sa province ou territoire de résidence, sauf si cet assuré a rempli un questionnaire médical, a reçu l'autorisation écrite de TIC et a acquitté la prime requise.
- Quand l'assurance est souscrite après le départ : La présente exclusion s'applique à compter du 36^e jour de chaque voyage y compris les prolongations de la garantie, sauf si cet assuré a rempli un questionnaire médical, a reçu l'autorisation écrite de TIC et a acquitté la prime requise.

Si, à la date d'entrée en vigueur, l'assuré a 71 ans ou plus :

La présente exclusion s'applique à chaque voyage, y compris les assurances complémentaires et les prolongations de la garantie, sauf si cet assuré a rempli un questionnaire médical, a reçu l'autorisation écrite de TIC et a acquitté la prime requise.

EHM2 d'une maladie, d'une blessure ou d'un état de santé, qu'il ait été diagnostiqué ou non, ou d'un état de santé existant avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance et qui aurait pu laisser présager un traitement médical probable ou une hospitalisation.

EHM3 d'un sinistre survenu alors que l'assuré était sain d'esprit ou non pour l'une des raisons suivantes : troubles émotionnels, mentaux ou nerveux dont la cause ne se limite pas à l'angoisse ou la dépression; suicide ou tentative de suicide de l'assuré ou blessure que l'assuré s'est délibérément infligée.

EHM4 d'un acte de guerre, d'un rapt, d'un acte de terrorisme utilisant directement ou indirectement des armes nucléaires, chimiques ou biologiques, d'une émeute, d'une grève ou d'une rébellion, d'une visite illégale dans quelque pays, de la participation à des manifestations, aux activités des forces armées ou à une transaction sexuelle commerciale, à un délit criminel ou à une tentative de délit criminel ou au non-respect d'une loi ou d'un règlement à l'endroit où le sinistre a eu lieu, si cela est le fait de l'assuré, d'un membre de sa famille ou d'un compagnon de voyage.

EHM5 d'une maladie, d'une blessure ou d'un état de santé, diagnostiqué ou non, si le voyage est entrepris dans le but d'obtenir un traitement médical ou les conseils d'un médecin.

EHM6 d'un sinistre, d'un décès ou d'une blessure si, à ce moment, il existait des preuves indiquant que l'assuré avait les facultés affaiblies par une consommation d'alcool, de drogues interdites ou de toute autre substance intoxicante, qu'il ne respectait pas un traitement ou une thérapie médicale ou qu'il faisait un mauvais emploi de médicaments, ou encore que l'état de santé dont il souffrait était empiré par l'une des situations décrites précédemment.

EHM7 de toute *consultation médicale* non motivée par une situation d'*urgence*, d'une consultation médicale facultative ou des conséquences d'une procédure facultative antérieure.

EHM8 d'un *voyage* entrepris malgré l'avis d'un *médecin* ou à la suite d'une *maladie* ou d'un état de santé qui, d'après le diagnostic d'un *médecin*, était jugé *terminal* avant la *date d'entrée en vigueur* de la police.

EHM9 de tout *traitement*, examen ou hospitalisation qui fait suite à un *traitement d'urgence* pour une *maladie* ou une *blessure* ou qui lui a été ultérieur, ou de tout *traitement* qui aurait pu être retardé jusqu'au retour (volontaire ou non) de l'*assuré* au Canada par le prochain moyen de transport disponible, sauf si cela a été approuvé au préalable par TIC.

EHM10 d'une récurrence ou d'une complication de la *maladie*, de la *blessure* ou de l'état de santé qui a entraîné le retour de l'*assuré* au Canada, si l'*assuré* a choisi de poursuivre ensuite son *voyage*.

EHM11 de soins de réadaptation ou de services de convalescence.

EHM12 d'une *blessure* subie lors de l'entraînement ou lors de la participation à des courses où l'on dépasse habituellement la vitesse de 60 km/h, lors d'activités sportives *professionnelles* ou lors de compétitions sportives motorisées organisées.

EHM13 de *traitements* réguliers ou facultatifs d'obstétrique administrés dans les 32 premières semaines de la grossesse.

EHM14 d'une grossesse, d'un accouchement ou de complications d'un accouchement survenant après la 32^e semaine de grossesse

EHM15 d'une *maladie* ou d'une *blessure* provoquée par un accident routier, quand l'*assuré* a droit à des prestations en vertu d'un régime ou d'un programme public d'assurance automobile.

EHM16 d'une chirurgie dentaire ou esthétique d'*urgence*, à moins qu'elle ne soit nécessaire à la suite d'une *blessure* assurée.

EHM17 d'un *traitement* ou de services qui, en vertu de la loi, sont interdits par le régime d'assurance hospitalisation ou d'assurance-maladie d'une province ou d'un territoire.

EHM18 de *traitements* de naturopathie, holistiques ou d'acupuncture.

EHM19 de dépenses dont le montant dépasse les tarifs *raisonnables et habituels* pour le *traitement* ou les services en cause, dans la région où ils sont dispensés.

EHM20 de tout événement nucléaire, quelle qu'en soit la cause.

EHM21 *traitement* ou chirurgie visant à soigner l'*assuré* qui a contracté une affection spécifique ou une affection connexe dans un pays lors d'un *voyage* ou un *acte de guerre* ou un *acte de terrorisme*, alors que le ministère canadien des Affaires étrangères et du Commerce international a publié, avant la *date d'entrée en vigueur*, un avertissement officiel informant les Canadiens de ne pas voyager vers le pays, la région ou la ville en question.

DÉFINITIONS

Acte de guerre désigne 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, 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 désigne un acte, y compris, sans s'y limiter, 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, 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.

Assurance complémentaire désigne une protection supplémentaire souscrite avant la date de départ en *voyage*, afin d'augmenter le nombre de jours assurables prévu par un régime d'assurance des soins hospitaliers et médicaux d'urgence pour les Canadiens pour plusieurs voyages. La *date d'entrée en vigueur* est celle qui suit immédiatement le dernier des jours assurables au titre de la police existante et la garantie est assujettie à toutes les conditions, exclusions et dispositions s'appliquant à une nouvelle police de TIC.

Assuré désigne toute personne admissible qui est nommée dans la proposition, qui a été acceptée par TIC ou son représentant autorisé et qui a payé la prime relative à un régime d'assurance précis.

Assureur désigne Co-operators Compagnie D'Assurance-Vie.

Blessure désigne un préjudice corporel subit causé directement par un accident soudain et imprévu ou en résultant, à l'exception des préjudices qui suivent un geste délibéré, et sans rapport avec une *maladie* ou toute autre cause.

Compagnon de voyage désigne une personne qui a payé à l'avance des services d'hébergement et de transport dont elle jouira en même temps que l'*assuré*. (L'*assuré* ne peut avoir plus que quatre compagnons de voyage.)

Conjoint désigne la personne avec qui l'*assuré* est marié légalement ou qui, quel que soit son sexe, est son conjoint de fait depuis au moins un an complet et habite avec lui sous le même toit.

Consultation médicale désigne tout service d'ordre médical reçu d'un praticien de la médecine autorisé pour un malaise, une *maladie* ou un état de santé et comprenant notamment : un interrogatoire, un examen, des tests, des conseils ou un traitement, mais pas nécessairement de diagnostic définitif. Les examens de santé réguliers faits en l'absence de signes ou de symptômes médicaux ou qui ne permettent d'en découvrir aucun ne sont pas compris.

Date d'échéance désigne la date à laquelle l'assurance se termine, telle qu'elle est indiquée à la rubrique « Fin de l'assurance » de chaque régime.

Date d'entrée en vigueur désigne l'heure et la date auxquelles commence l'assurance, tel qu'il est stipulé à la rubrique « Début de l'assurance et période assurée » de chaque régime.

Hôpital désigne un établissement constitué en société ou titulaire d'un permis octroyé par le territoire où il dispense ses services et qui héberge des patients et possède un personnel permanent composé d'un ou de plusieurs *médecins* et infirmiers, d'un laboratoire et d'une salle où un *médecin* peut effectuer des opérations chirurgicales. Un hôpital ne désigne pas 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 mentaux ou nerveux.

Maladie désigne toute maladie ou affection.

Médecin désigne une personne qui n'est pas l'*assuré*, 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 n'est pas apparentée avec l'*assuré* par le sang ou par alliance.

Membre de la famille désigne le conjoint légal ou le conjoint de fait de l'*assuré*, son père, sa mère, son frère, sa soeur, son tuteur, ses beaux-parents, son beau-fils ou sa belle-fille, son demi-frère, sa demi-soeur, sa tante, son oncle, sa nièce, son neveu, ses grands-parents, ses petits-enfants, ses parents par alliance, son ou sa pupille et son enfant naturel ou adopté.

Nucléaire, chimique ou biologique désigne l'usage d'une arme ou d'un appareil nucléaire quelconque ou l'émission, la décharge, la dispersion, le rejet ou une fuite d'un agent chimique ou biologique quelconque solide, liquide ou gazeux, y compris la contamination qui en résulte, et pour laquelle :

- **Agent nucléaire** s'entend de tout événement causant des *blessures* physiques, des *maladies* ou le décès, ou encore la perte de biens matériels ou les dommages à ceux-ci ou la perte de leur jouissance, découlant ou résultant des propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres des matières de source nucléaire, nucléaire spéciale ou de tout sous-produit.

- **Agent chimique** s'entend de tout composé qui, lorsque disséminé à ces fins, produit des effets incapacitants, dommageables ou mortels chez les gens, les animaux, les plantes ou sur les biens matériels.
- **Agent biologique** s'entend de toute toxine pathogène (qui provoque la *maladie*), de tout micro-organisme ou produit biologique (y compris les organismes génétiquement modifiés et les toxines chimiques synthétisées) qui causent la *maladie* ou la mort chez les humains, les animaux ou les plantes.

Période assurée désigne celle qui s'écoule entre la *date d'entrée en vigueur* et la *date d'échéance* de l'assurance, telles qu'elles sont définies dans la police, et pour laquelle une prime a été payée.

Professionnel désigne une activité qu'accomplit l'*assuré* pour obtenir l'essentiel de son revenu.

Prolongation de la garantie désigne l'établissement d'une nouvelle police après la *date d'entrée en vigueur* mais avant la *date d'échéance* d'une police TIC existante. La nouvelle police entre en vigueur immédiatement après l'échéance de la police actuelle et chaque *prolongation de la garantie* marque le début d'une nouvelle période d'assurance distincte, qui est assujettie à toutes les conditions, exclusions et dispositions s'appliquant à une nouvelle police de TIC.

Raisonné et habituel désigne 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.

Résident canadien désigne un immigrant admis ou un citoyen canadien qui possède une résidence permanente au Canada où il reviendra à la fin de son *voyage*.

Somme globale maximum désigne le montant correspondant au nombre total ou à la valeur maximum de tous les sinistres assurés provenant d'un seul accident ou événement.

Terminal désigne une *maladie* ou un état de santé pour lequel un *médecin* a pronostiqué la mort ou pour lequel des soins palliatifs ont été reçus avant la *date d'entrée en vigueur* de l'assurance.

Traitement désigne un acte médical, thérapeutique ou diagnostique prescrit, exécuté ou recommandé par un *médecin*, y compris notamment les médicaments sur ordonnance, les chirurgies et les tests effectués à des fins exploratoires.

Traitement médical probable désigne une *consultation médicale*, un *traitement* ou une hospitalisation qui a été rendu probable ou certain en raison d'antécédents médicaux.

Urgence désigne l'apparition soudaine et imprévue d'une *maladie* ou d'une *blessure* pendant la *période assurée* 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 l'*assuré* est en mesure de poursuivre son *voyage* ou de revenir à sa résidence au Canada.

Voyage désigne la période pendant laquelle l'*assuré* voyagera et pour laquelle il a conclu un contrat en plus de souscrire une assurance.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Cession

L'*assuré* ne peut céder les prestations actuelles ou futures auxquelles il a droit en vertu de la présente police; toute entente de cession conclue par l'*assuré* n'entraîne aucune responsabilité pour l'*assureur*.

Prolongation automatique de la garantie

1. L'assurance est automatiquement prolongée, jusqu'à concurrence de 72 heures, si, au cours de la *période assurée*, le moyen de transport qu'utilise ou que compte utiliser l'*assuré* à titre de passager, et qui doit arriver à destination pendant la *période assurée*, est retardé pour une raison incontrôlable.
2. L'assurance est automatiquement prolongée, jusqu'à concurrence de cinq jours, si une attestation médicale prouve que l'*assuré* est inapte aux déplacements en raison d'une *maladie* ou d'une *blessure* assurée survenue à la *date d'échéance* de l'assurance ou avant cette date.

3. Si l'*assuré* demeure hospitalisé à la fin de la *période assurée* à cause d'une *maladie* ou d'une *blessure* assurée, l'assurance reste en vigueur pour l'*assuré* et pour un ou des *compagnons de voyage assurés*, lorsque cette présence est raisonnable et nécessaire, pendant toute la durée de l'hospitalisation plus 72 heures après la sortie de l'hôpital, c'est-à-dire pendant le retour à la maison.

Païement des prestations

Sauf indication contraire, les dispositions de la présente police s'appliquent à chacun des *assurés* pendant une seule *période assurée*. Chaque *assuré* a droit aux prestations d'une seule police pendant la *période assurée*. Si l'*assuré* a contracté simultanément plusieurs polices auprès de TIC, il aura droit aux prestations d'une seule police, soit celle qui offre le montant d'assurance le plus élevé. Les prestations ne peuvent être supérieures au montant d'assurance choisi pour chaque régime, selon la prime payée et acceptée par TIC au moment de la proposition. Elles excluent le paiement de frais d'intérêt.

Présentation des demandes de règlement

L'*assuré* ou l'auteur de la demande de règlement, s'il ne s'agit pas de la même personne, doit vérifier :

1. les frais médicaux engagés et obtenir une liste détaillée des services médicaux dispensés;
2. tout versement fait par un régime d'assurance hospitalisation ou d'assurance-maladie de sa province ou de son territoire ou, si l'*assuré* n'a pas de protection ou n'est pas admissible à une autre assurance, les montants qui auraient normalement dû être payés;
3. tout versement fait par un autre régime ou contrat d'assurance;
4. la documentation de nature médicale donnée à l'appui par sa province, son territoire ou son pays de résidence, à la demande de TIC. L'omission de fournir une documentation à l'appui a pour effet d'invalider toutes les demandes de règlement effectuées en vertu de la présente assurance.

Contrat

Le contrat d'assurance est composé de la proposition, du questionnaire médical rempli, de la confirmation de protection, de la police, de tout document joint à la police lors de l'émission et de toute modification à la police dont ont convenu par écrit les parties après l'émission de celle-ci. Chaque police ou période d'assurance constitue un contrat distinct. TIC se réserve le droit de refuser toute proposition ou toute prolongation de la garantie. Les parties conviennent de ne renoncer à aucune disposition de la présente police, en tout ou en partie, à moins que la renonciation ne soit clairement exprimée par écrit, dans un document signé par TIC.

Coordination des prestations

Les garanties contenues dans la présente police sont en excédent de celles des autres polices que détient actuellement l'*assuré*, ou celles qui lui sont accessibles, notamment, l'assurance des propriétaires-occupants et des locataires, l'assurance multi-risques, l'assurance associée aux cartes de crédit, l'assurance de la responsabilité civile, les garanties collectives ou individuelles d'assurance-maladie de base ou complémentaire et tout régime privé ou public d'assurance automobile prévoyant des garanties d'hospitalisation et de services de *médecins* ou de thérapeutes. TIC assurera la coordination de toutes les prestations.

Aucune prestation ne sera versée pour rembourser des dépenses, des services ou du matériel pour lesquels l'*assuré* a droit à des prestations en vertu d'une police ou d'un régime public d'assurance automobile comportant des prestations sans égard à la faute établis par une loi ou pour lesquels l'*assuré* a reçu des prestations d'un tiers en vertu d'une police ou d'un régime public d'assurance automobile.

L'*assuré* ne peut demander, ni recevoir de prestations totalisant plus de 100 % de la valeur du sinistre découlant d'un événement assuré.

Si l'*assuré* profite d'un régime de retraite d'employeur prévoyant une prestation viagère maximum ne dépassant pas 50 000 \$, aucune coordination des prestations ne sera faite par TIC à l'égard de ce régime.

Devise

Toutes les sommes mentionnées dans la présente police, y compris les primes, sont exprimées en dollars canadiens. TIC est autorisé à verser les prestations dans la devise du pays où le sinistre s'est produit.

Loi applicable

La police est régie par les lois de la province ou du territoire du Canada où réside normalement l'assuré.

Langue

Les parties demandent que la présente police ainsi que toute documentation pertinente soient rédigées en français.

Limite de garantie

En vertu de la présente police, la responsabilité de l'assureur est engagée uniquement si, au moment de la proposition et à la date d'entrée en vigueur, l'assuré est en bonne santé et n'a, à sa connaissance, aucune raison de consulter un médecin.

Déclaration trompeuse ou non-divulgateion

L'assuré qui commet une fraude, qui omet de divulguer des faits importants ou qui fait une déclaration trompeuse au moment de la proposition ou au moment de présenter une demande de règlement, rend nulles et non avenues la totalité du contrat et toute demande de règlement faite en vertu de celui-ci. Dans le cas où l'âge qui figure au dossier de l'assuré est inexact, les primes seront ajustées en fonction de l'âge réel de l'assuré, pourvu qu'il réponde aux critères d'admissibilité.

Primes

La prime est exigible et payable en totalité au moment de la proposition. Elle est établie au taux courant établi par l'assureur et en fonction de l'âge de l'assuré à la date d'entrée en vigueur de l'assurance.

Droit d'examen

L'auteur d'une demande de règlement consent à donner à TIC l'occasion d'examiner l'assuré aussi souvent qu'il peut être raisonnable de le faire pendant le traitement de ladite demande. Si l'assuré décède, TIC peut demander une autopsie, à la condition que les lois du territoire en cause le permettent.

Subrogation (droit de recouvrement)

Dès qu'une prestation est versée en vertu de la présente police, TIC prend à sa charge tous les droits de l'assuré, y compris, sans s'y limiter, celui de poursuivre au nom de l'assuré, mais à ses propres frais, toute tierce partie qui pourrait être à l'origine d'une demande de règlement en vertu de la présente police. L'assuré s'engage à signer tous les documents requis et à collaborer entièrement avec l'assureur pour obtenir la reconnaissance de ces droits. L'assuré convient également de ne rien faire qui puisse porter préjudice au droit de recouvrement de l'assureur.

Heure

L'assurance arrive à échéance à l'heure dite dans le fuseau horaire de l'endroit où résidait l'assuré au moment de la proposition.

REMBOURSEMENT DES PRIMES

Un remboursement est possible dans les cas suivants :

1. tout le voyage est annulé avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance;
2. l'assuré revient dans sa province ou son territoire de résidence 15 jours ou plus avant la date d'échéance de l'assurance.

Le remboursement s'obtient de l'agent de qui l'assuré a souscrit le régime à l'origine, à moins qu'il n'ait été souscrit directement de TIC. Qu'une demande de règlement ait été faite ou non, la prime ne sera pas remboursée si un sinistre a eu lieu. On exigera des frais d'administration de 10 \$ quand une prime est entièrement remboursable, sauf si la police est annulée pendant la période de traitement de 10 jours. Les annulations partielles entraînent des frais d'administration de 25 \$ prélevés à même le montant net à rembourser. Une prime de moins de 10 \$ ne sera pas remboursée.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Remarques importantes

1. En cas d'urgence médicale, vous devez communiquer avec TIC avant toute chirurgie ou dans les 24 heures suivant l'admission à l'hôpital.

Restriction

Si vous négligez de le faire sans motif raisonnable, les prestations auxquelles vous avez droit seront réduites de 20 %. Au moment de présenter une demande de règlement, veuillez remplir tout le formulaire et y joindre l'original de toutes vos factures. Un formulaire mal rempli entraînera des retards.

2. Les demandes de règlement doivent être présentées dans les 30 jours suivant l'événement.
3. Vous disposez de 60 jours pour produire une preuve de sinistre écrite.
4. Les dépenses engagées à des fins de documentation et d'établissement de rapports sont à la charge de l'assuré ou de l'auteur de la demande de règlement.

Nous vous prions de joindre les documents suivants à votre demande de règlement :

1. le formulaire rempli, signé et accompagné de tous les reçus et factures originaux; un formulaire incomplet entraînera des retards;
2. les dossiers médicaux pertinents, y compris le rapport de la salle d'urgence et le diagnostic prononcé par un établissement médical ou un certificat rempli par le médecin traitant; les frais payés pour l'établissement de ce certificat ne font pas partie des dépenses remboursables;
3. si vous devez consulter un physiothérapeute, une lettre du médecin traitant recommandant le traitement;
4. tous les formulaires pertinents de votre régime provincial d'assurance-maladie, dûment remplis (voir les précisions sur la demande de règlement);
5. tout autre document demandé ou exigé par TIC.

Vous pouvez obtenir tous les formulaires de demande de règlement à l'adresse : www.travelinsurance.ca ou en téléphonant au Service des règlements de TIC.

VEUILLEZ ENVOYER LES DEMANDES DE RÈGLEMENT À L'ADRESSE SUIVANTE :

Service des demandes de règlement de TIC

1200 – 438 University Avenue
Toronto, Ontario, Canada M5G 2K8

Appels à frais virés de partout dans le monde : 416 340-8809
Appels sans frais du Canada et des États-Unis : 1 800 869-6747

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Nonobstant les autres dispositions de la présente police, le contrat est assujéti aux conditions statutaires de la Loi sur les assurances concernant les contrats d'assurance contre les accidents et la maladie. Pour les résidents du Québec, nonobstant les autres dispositions de la présente police, ce contrat est assujéti aux stipulations obligatoires du Code civil du Québec concernant les contrats d'assurance contre les accidents et la maladie.

En foi de quoi, le chef de l'Exploitation et vice-président principal de CO-OPERATORS COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE a signé la présente police.

PROCÉDURES D'URGENCE

En cas d'urgence médicale, vous devez communiquer avec le Service d'assistance en cas d'urgence TIC avant toute chirurgie ou dans les 24 heures suivant l'admission à l'hôpital.

Restriction

Si vous négligez de le faire sans motif raisonnable, les prestations auxquelles vous avez droit seront réduites de 20 %.

Notre mission consiste à vous aider. Nous sommes à votre disposition 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Le Service d'assistance en cas d'urgence TIC peut aussi vous conseiller et vous aider dans des situations d'urgence d'ordre non médical; nous vous donnerons accès à des ressources pour résoudre tous les problèmes inattendus qui pourraient survenir pendant votre voyage.

SERVICE D'ASSISTANCE EN CAS D'URGENCE TIC

Appels sans frais du Canada et des États-Unis :

1 800 995-1662

Appels sans frais de partout dans le monde :

800 842-08420 ou 00 800 842-08420

Si les numéros sans frais ne fonctionnent pas,
composez à frais virés le 416 340-0049.

Visitez le site Web www.travelinsurance.ca pour présenter une demande de règlement; nous communiquerons avec vous.

La police est administrée par :

Coordinateurs en assurance voyage TIC Itée

1200 – 438 University Avenue
Toronto, Ontario, Canada M5G 2K8

L'assurance est établie par :

Co-operators Compagnie d'assurance-vie

1920 College Avenue
Regina, Saskatchewan, Canada S4P 1C4