

RÉGIME OR

Assistance d'urgence

En cas d'urgence médicale, veuillez communiquer avec Intrepid 24/7 au 1-866-883 9787 ou au 416-640-7865. Sans frais 24 heures par jour, 7 jours sur 7.

Intrepid 24/7 s'assure que vous obtenez les soins dont vous avez besoin. Lorsque vous appelez Intrepid 24/7, un dossier est ouvert à votre nom et le personnel médical examine votre cas afin de s'assurer que vous recevez les soins les mieux adaptés à votre situation. Intrepid 24/7 s'occupera même de payer directement les hôpitaux et d'autres fournisseurs de service pour que vous ne vous inquiétiez pas des factures.

REMARQUE IMPORTANTE – VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT

Cette assurance couvre les frais médicaux tels que les maladies ou les blessures, ainsi que les pertes découlant de circonstances soudaines et imprévues. La protection est soumise à certaines limites et exclusions, qui sont expliquées dans ce contrat d'assurance. Il est important que vous lisiez et compreniez votre contrat d'assurance.

Vous devez appeler Intrepid 24/7 afin d'assurer la couverture de certaines dépenses. Si vous omettez de communiquer avec Intrepid 24/7, vous devrez assumer une partie des dépenses.

En cas d'accident, de blessure ou de maladie, vos antécédents médicaux seront examinés dans le cadre de votre demande de règlement.

Toutes les limites de prestation sont exprimées en dollars canadiens.

Ce contrat d'assurance est souscrit par Berkley Canada (une société de Berkley). Imagine Financial Ltd., exploitée sous le nom d'Ingle International, prend en charge les inscriptions et fournit le service aux clients. L'assistance d'urgence est assurée par Intrepid 24/7, membre d'Ingle Group of Companies.

Berkley Canada paiera les prestations énoncées dans ce contrat d'assurance, assujetties à l'application de toutes ses conditions, limites, exclusions et autres dispositions, en ce qui concerne

les frais raisonnables et habituels résultant d'une maladie ou d'une blessure inattendue jusqu'à concurrence du plafond pour cette prestation en particulier ou du plafond global de ce contrat. Tous les plafonds énoncés dans ce contrat sont par personne assurée par période de 12 mois consécutives, à moins d'indication contraire.

Ce contrat prend effet seulement si Ingle International confirme votre couverture à la réception de votre demande d'adhésion et de la prime totale. Si vous n'avez pas reçu la confirmation de votre couverture, communiquez immédiatement avec Ingle International au **1-888-386-8888** ou envoyez un courriel à helpline@ingleinternational.com.

Restriction quant à la désignation du bénéficiaire

Ce contrat contient une disposition qui annule ou restreint votre droit de désigner des personnes à laquelle ou au bénéfice de laquelle doivent être versées les sommes assurées payables.

Veuillez lire attentivement votre contrat avant votre départ.

Pour tout renseignement concernant les demandes de réclamation ou l'état d'une demande que vous nous avez déjà transmise, appelez **Ingle International au 1-888-386-8888**.

POLICE POUR ÉTUDIANT INTERNATIONAL RÉGIME D'ASSURANCE SANTÉ OR

SECTION 1 - ADMISSIBILITÉ ET PÉRIODE DE COUVERTURE

Afin d'être admissible à cette couverture, vous devez satisfaire aux exigences suivantes :

- être un étudiant étranger d'un établissement d'enseignement participant, être titulaire d'un passeport en vigueur ou d'un visa d'étudiant, être âgé de moins de 65 ans, votre nom doit figurer au dossier de l'administrateur du régime comme étant assuré au titre de cette police pendant la période de couverture ou
- être le parent, le tuteur légal, le professeur ou l'accompagnateur de l'étudiant international et être âgé de moins de 65 ans ou
- être le conjoint ou l'/les enfant(s) à charge de moins de 65 ans d'une personne mentionnée ci-dessus, et vivez sous le même toit au Canada.

La couverture débute au plus tard :

- à la date à laquelle l'administrateur du régime confirme qu'une personne est assurée au titre de cette police;
- à la date à laquelle une personne assurée quitte son pays pour venir au Canada;
- à la date de prise d'effet indiquée sur la lettre de confirmation de couverture de la personne assurée.

Le voyage depuis le pays d'origine de la personne assurée au Canada est couvert (y compris les escales en direction du Canada) à condition que la durée totale du voyage entre le départ du pays d'origine de la personne assurée et son arrivée au Canada ne dépasse pas sept (7) jours.

Cette police arrive à échéance au plus tôt :

- à la date d'expiration indiquée sur la lettre de confirmation de couverture de la personne assurée,
- à la date d'échéance d'une prime impayée et sous réserve de la prescription d'un avis pertinent,
- à la date à laquelle la personne assurée atteint 65 ans,
- à la date à laquelle nous avons obtenu une preuve raisonnable de l'utilisation frauduleuse de la carte-couverture,

- à la date à laquelle la personne assurée retourne de façon permanente dans son pays d'origine,
- 30 jours après la date à laquelle la personne assurée n'est plus adhérente et n'est plus inscrite dans un établissement d'enseignement participant (la « date de résiliation ») ou
- 30 jours après la date à laquelle la personne assurée ne satisfait plus aux exigences d'admissibilité en vertu de la SECTION I – ADMISSIBILITÉ ET PÉRIODE DE COUVERTURE.

Les vacances scolaires et les voyages à l'extérieur du Canada pendant la période de couverture sont valides à condition qu'au moins 51 % de la période de couverture soit passée au Canada. La couverture pour les voyages aux États-Unis sont limités à un maximum de 30 jours par visite et ne peuvent dépasser 49 % de la période de couverture.

Les visites dans le pays d'origine d'une personne assurée sont permises, toutefois, la couverture sera suspendue et les frais ne seront pas couverts, ni les primes remboursées pendant le séjour dans le pays d'origine de la personne assurée, sauf lorsque le séjour dans le pays d'origine de la personne assurée est expressément prévu pour participer à un événement sportif ou extrascolaire organisé par l'école. 51 % de la période de couverture doit être passée au Canada.

Couverture prolongée après la résiliation

Lorsqu'une personne assurée est hospitalisée le dernier jour de la période de couverture de cette police en raison d'une maladie ou une blessure admissible, la couverture sera automatiquement prolongée jusqu'à 30 jours sans primes supplémentaires. La couverture pour cette même maladie ou blessure pour laquelle une personne assurée a initialement été hospitalisée, sera prolongée de 72 heures après que la personne assurée a pris congé de l'hôpital afin de faciliter le retour d'une personne assurée dans son pays d'origine.

La couverture est automatiquement prolongée jusqu'à 72 heures dans le cas où une personne assurée ne peut se rendre dans son pays d'origine au moment prévu en raison d'un retard causé par le transporteur public dans lequel la personne assurée est passagère.

SECTION II - DÉFINITIONS

Lorsqu'ils sont utilisés dans la présente police, les termes suivants doivent être écrits en majuscule et leur définition être mentionnée ci-dessous.

« **Accompagnateur** » signifie une personne qui visite temporairement le Canada en vue d'accompagner un ou plusieurs étudiants internationaux pour surveiller leur comportement ou pour veiller à leur sécurité au sein d'un établissement d'enseignement participant.

« **Transporteur public** » signifie une personne ou une agence publiquement engagée dans le domaine du transport de passagers par voie terrestre, maritime ou aérien à but lucratif. Les transporteurs publics comprennent les voies ferrées, les bateaux à vapeur, les compagnies aériennes, les bus et les taxis pour lesquels les passagers doivent payer des frais.

« **Période de couverture** » signifie la période au cours de laquelle une personne assurée est couverte au titre de la police, à partir de 12 h 01 à la date de prise d'effet de la couverture et se terminant à minuit à la date de résiliation.

« **Dentiste** » signifie un praticien de l'art dentaire qui est titulaire des licences et qualifications nécessaires pour exercer dans la juridiction dans laquelle il a fourni les services ou les fournitures pour lesquelles les frais ont été engagés.

Les « **enfants à charge** » sont les enfants célibataires qui habitent avec vous et qui dépendent de votre soutien si vous êtes leur parent ou tuteur légal, et qui :

- sont âgés d'au moins 15 jours, à moins que l'enfant soit né suite à une grossesse admissible telle qu'énoncée dans le cadre de cette police, et qui sont âgés de moins de 21 ans ou
- sont âgés de moins de 26 ans et qui sont inscrits dans un établissement d'enseignement supérieur ou
- sont âgés de plus de 15 jours et qui sont atteints d'un handicap physique ou mental.

« **Urgence** » s'entend d'une maladie ou d'une blessure inattendue ou imprévue pour laquelle vous avez besoin de soins médicaux immédiats afin de réduire la douleur aiguë ou la souffrance et qui ne peuvent être reportés au retour de la personne assurée dans son pays d'origine.

« **Excursion** » signifie un voyage continu à l'extérieur du Canada (et non dans le pays d'origine d'une personne assurée) au cours de la période de couverture, à condition qu'au moins 51 % de la période de couverture soit passée au Canada.

« **RAMG** » (Régime d'assurance santé du gouvernement) s'entend de la couverture d'assurance santé que les gouvernements provinciaux ou territoriaux du Canada offrent à leurs résidents.

« **Pays d'origine** » signifie le pays dans lequel la personne assurée détenait une résidence permanente avant son arrivée au Canada.

« **Hôpital** » signifie un établissement qui :

- détient une licence en tant qu'hôpital (si la licence est requise par la juridiction);
- se consacre essentiellement à la réception, aux soins et au traitement des personnes malades, souffrantes ou blessées hospitalisées;
- fournit un service infirmier 24 heures par jour dispensé par un corps infirmier dûment autorisé;
- dispose d'une équipe d'un ou plusieurs médecins disponibles en tout temps;
- dispose d'installations aménagées pour les procédures de diagnostic et de chirurgie;
- n'est pas principalement une clinique, ni une maison de soins infirmiers, ni une maison de repos ou de convalescence, ni un établissement similaire et
- n'est pas, sauf accessoirement, un lieu de traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie.

« **Hospitalisé** » s'entend d'un patient qui occupe un lit d'hôpital pendant plus de 24 heures pour des soins médicaux et pour qui l'admission a été recommandée par un médecin lorsque cela s'avère nécessaire d'un point de vue médical.

« **Membre de la famille immédiate** » signifie le conjoint, les parents (notamment les beaux-parents), le frère ou la sœur (notamment le demi-frère ou la demi-sœur), l'enfant (notamment l'enfant légalement adopté ou le beau-fils/la belle-fille), le gendre, la bru, la belle-mère ou le beau-père.

« **Blessure** » s'entend d'un dommage de toute nature subi par une personne assurée attribuable directement à un accident survenant pendant que cette police est en vigueur et que la personne assurée requiert des soins d'urgence couverts par cette police..

« **Assuré** » ou « **personne assurée** » s'entend d'une personne pour qui l'assurance est en vigueur au titre de la présente police et qui est inscrite au dossier de l'administrateur du régime.

« **Assureur** » se rapporte à Berkley Canada (une société de Berkley) qui fournit cette assurance..

« **Perte** » signifie, dans les sections relatives aux prestations en cas de décès accidentel et de mutilation :

- en ce qui concerne la quadriplégie, la paraplégie et l'hémiplégie : la paralysie complète et irréversible des membres;
- en ce qui concerne la main ou le pied : l'amputation complète, au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville, mais au-dessous de l'articulation du coude ou du genou;
- en ce qui concerne le bras ou la jambe : l'amputation complète au niveau ou au-dessus de l'articulation du coude ou du genou;
- en ce qui concerne le pouce et l'index : l'amputation complète au niveau ou au-dessus de la première phalange;
- en ce qui concerne l'œil : la perte complète et irrémédiable de la vue;
- en ce qui concerne la parole : la perte complète et irrémédiable de l'habileté à prononcer des sons intelligibles;
- en ce qui concerne l'ouïe : la perte complète et irrémédiable de l'ouïe des deux oreilles;
- en ce qui concerne la « perte d'usage » : la perte complète ou irrémédiable pourvu que la perte soit continue pendant 12 mois consécutifs et qu'elle soit considérée permanente..

« **Soins médicaux** » s'entend de toute mesure raisonnable de nature médicale, thérapeutique ou diagnostique prescrite par un médecin ou un praticien paramédical autorisé, y compris les médicaments d'ordonnance, les examens exploratoires raisonnables, l'hospitalisation, les interventions chirurgicales ou d'autres soins prescrits ou recommandés se rapportant directement à l'affection, au symptôme ou au problème.

« **Nécessaire d'un point de vue médical** » se rapporte à des soins ou à des fournitures dispensées par un hôpital, un médecin, un dentiste autorisé ou par un autre prestataire de soins autorisé qui sont requis pour diagnostiquer ou soigner la maladie ou la blessure d'une personne assurée et qui se définissent comme suit :

- conforme au symptôme ou diagnostic et aux soins de la maladie ou de la blessure de la personne assurée;
- conforme aux normes régissant l'exercice de la profession médicale;
- non pas uniquement pour la commodité de la personne assurée, d'un médecin ou d'un chirurgien ou d'un autre prestataire dûment autorisé et
- lorsqu'appliqué aux soins d'un patient hospitalisé, cela signifie également que les symptômes ou les affections de la personne assurée sous-entend que les services ne peuvent être offerts de façon sécuritaire en consultation externe.

« **Établissement d'enseignement participant** » s'entend d'une école, d'un collège, d'une université ou d'un autre établissement canadien d'apprentissage reconnu qui a été pleinement accrédité (au besoin) selon la loi et les règlements applicables et qui a accepté de participer au régime Or d'assurance santé pour étudiants internationaux.

« **Médecin** » ou « **chirurgien** » s'entend d'un médecin, autre qu'une personne assurée ou qu'un membre de la famille immédiate, qui est autorisé à administrer des soins médicaux et à prescrire des médicaments dans la juridiction où il ou elle fournit des services médicaux.

« **Administrateur du régime** » se rapporte à Imagine Financial Ltd., exploitée sous le nom d'Ingle International

« **Raisonnables et habituels** » s'entend de la somme habituellement facturée pour les soins, les services ou les fournitures en vue de fournir un niveau de soins approprié compte tenu de la gravité de la maladie ou de la blessure soignée, dans le lieu géographique où les soins, les services ou les fournitures sont dispensés.

« **Maladie** » s'entend du début ou de l'aggravation d'une affection ou d'une maladie nécessitant des traitements médicaux, des soins ou des conseils au moment où la personne assurée se trouve au Canada ou en excursion.

SECTION III - PRESTATIONS

Quand, en raison d'une maladie ou d'une blessure, une personne assurée engage des dépenses admissibles telles que décrites dans cette partie, l'assureur remboursera les frais raisonnables et habituels liés à ces dépenses, assujettis à toutes les limites, exclusions et autres dispositions de cette police. L'assureur paiera des prestations au requérant ou à la personne désignée/au prestataire de soins de santé indiqué sur le formulaire de demande, au cours de la période de couverture à hauteur de 2 000 000 \$ par personne assurée. La couverture pour une personne assurée âgée de moins de six (6) mois est limitée à 25 000 \$. Les prestations dans le cadre de cette police ne sont assujetties à aucune franchise.

Advenant qu'une personne assurée remplisse les conditions et bénéficie d'une couverture en vertu du RAMG, les frais admissibles doivent exclure les soins ou les services admissibles en vertu du RAMG.

1. Frais d'hospitalisation

- Frais hospitaliers pour la chambre et la pension dans un hôpital, jusqu'à concurrence des frais d'hébergement en salle commune;
- frais reliés à la salle d'urgence;
- Frais hospitaliers pour les services en consultation externe lorsque cela s'avère nécessaire d'un point de vue médical.

2. Frais médicaux d'urgence

- les services d'un médecin ou d'un chirurgien dûment qualifié;
- les services d'un infirmier ou d'une infirmière autorisée (autre qu'un membre immédiat de la famille) alors que vous vous trouvez en dehors de l'hôpital, dans une limite maximale de 12 000 \$, sous réserve de pré-approbation;
- les services diagnostics tels que les examens de laboratoire ou les examens radiographiques recommandés par un médecin ou un chirurgien à des fins de diagnostic;
- la location de béquilles ou d'un lit d'hôpital, d'un fauteuil roulant standard, d'attelles, de cannes, d'écharpes, de bandages, de broches ou d'autres appareils de prothèse approuvés par Intrepid 24/7, mais en aucun cas le montant payable ne dépasse le prix d'achat total ou les frais généralement couverts en vertu des programmes provinciaux.

3. Transport terrestre d'urgence

Les frais engagés pour le transport en ambulance terrestre autorisée d'une personne assurée (ou les frais de taxi à hauteur de 100 \$ en remplacement du transport par ambulance) dans l'établissement médical le plus proche pour des soins médicaux découlant d'une urgence couverte. La somme maximale payable pour cette prestation est de 10 000 \$ par personne assurée en cas de maladie ou de blessure.

4. Prestation pour transport aérien

Cette prestation doit être préapprouvée et organisée par Intrepid 24/7

Les frais à hauteur de 250 000 \$ au total par période de couverture pour les frais de transport aérien si cela s'avère nécessaire d'un point de vue médical, suite à une urgence couverte relative à ce qui suit :

- le transport aérien vers l'hôpital le plus proche ou vers un hôpital dans votre pays d'origine;
- le transport par ligne aérienne autorisée, notamment les frais liés aux sièges supplémentaires afin d'y installer une civière au besoin, afin de vous transporter dans votre province ou votre territoire de résidence au Canada ou dans votre pays d'origine;

Les frais associés au transport terrestre avant ou après le vol ou pour les correspondances, ainsi que les frais d'un accompagnateur médical, au besoin, sont inclus dans cette prestation.

5. Rapatriement

Cette prestation doit être préapprouvée et organisée par Intrepid 24/7

- En cas de décès de la personne assurée, un montant à hauteur de 10 000 \$ pour la préparation du corps et pour le retour de la personne décédée dans un conteneur de transport standard vers la ville de résidence du pays d'origine du défunt. Cette prestation s'applique également à l'enterrement ou à la crémation sur le lieu du décès dans le cas où la famille choisit de ne pas rapatrier le corps.
- Un montant maximal de 10 000 \$ pour les frais de transport aller simple par les moyens les plus appropriés, notamment l'ambulance aérienne ou le transport en civière à bord d'une ligne aérienne commerciale, y compris les frais d'un accompagnateur médical, au besoin, pour vous rapatrier dans votre pays d'origine afin de bénéficier de soins continus ou pour votre rétablissement si vous avez reçu des soins médicaux pour une maladie ou une blessure couverte en vertu de cette police.

6. Voyage des membres de la famille immédiate

Les dépenses réelles engagées à hauteur de 5000 \$ pour un voyage aller-retour par l'itinéraire le plus direct et le plus économique pour un maximum de deux (2) membres directs de la famille afin de :

- rendre visite à une personne assurée hospitalisée pour un minimum de 7 jours ou
- identifier le corps d'une personne assurée avant son rapatriement.

Cette prestation peut atteindre 150 \$ par jour de frais de subsistance raisonnables et habituels engagés par chaque membre de la famille immédiate, à hauteur de 1 500 \$ par personne.

7. Médicaments sur ordonnance

Les médicaments qui requièrent légalement une ordonnance écrite d'un médecin ou d'un dentiste suite à une consultation requise suite à une urgence, pour un maximum de 30 jours par ordonnance.

8. Indemnité pour frais de maternité

En cas de grossesse d'une personne assurée, qui débute pendant la période de couverture, les frais raisonnables et habituels réellement engagés au Canada sur une période de six (6) mois suite à la naissance de l'enfant, à hauteur de 10 000 \$ sous réserve de l'application de toutes les restrictions, les exclusions et des autres dispositions de cette police en ce qui concerne les soins prénataux, les complications découlant de cette grossesse, de la naissance d'un enfant et de soins postnataux.

Cette prestation est seulement offerte lorsque la couverture était en vigueur pendant toute la durée de la grossesse. Les frais engagés à l'extérieur du Canada ne sont pas couverts.

Les interruptions de grossesse spontanées ou non volontaires sont couvertes. Les interruptions volontaires sont limitées à une par période de couverture.

9. Accident dentaire et prestation d'urgence

Lorsqu'ils sont réalisés par un dentiste ou par un chirurgien stomatologiste dûment autorisé, les soins d'urgence :

- jusqu'à 4 000 \$ pour réparer ou remplacer des dents entières ou saines ou des dents ou des prothèses fixes permanentes endommagées par suite d'un coup accidentel reçu au visage et

« **Conjoint** » s'entend de la personne liée à une personne assurée de l'une des façons suivantes :

- est marié légalement à une personne assurée ou est en union de fait ou
- vivre avec la personne assurée dans une relation conjugale et représenté en tant que conjoint ou partenaire.

Par « **stable** », on entend que l'affection médicale ne se détériore pas et qu'il n'y a eu aucune modification dans toute médication pour l'affection, que ce soit dans sa posologie ou dans son usage, ni aucun traitement médical prescrit ou recommandé par un médecin ou reçu au cours des 90 jours précédant la date d'effet de la police.

**Modification s'entend d'un nouveau médicament, l'arrêt d'un médicament, une augmentation ou une diminution de la prise de médicaments, mais ne comprend PAS les changements entre une marque et une version générique du médicament doté du même ingrédient actif et dosage ou les ajustements de routine des médicaments d'entretien tels que l'insuline, Coumadin ou la warfarine.*

« **Enseignant** » signifie une personne exerçant dans l'enseignement qui visite temporairement le Canada afin d'accompagner un ou plusieurs étudiants internationaux ou dont la visite est parrainée par un établissement d'enseignement participant dans le cadre d'un échange culturel ou d'un programme similaire.

« **Vous** », « **votre** » signifie la personne assurée.

- jusqu'à 600 \$ pour soulager les douleurs dentaires non causées par un coup accidentel au visage, comprenant les dents de sagesse incluses pour lesquelles vous n'avez préalablement reçu aucun soin ni conseil.

Le remboursement ne dépassera pas les frais minimums indiqués dans le barème des frais et des services de soins des praticiens généraux de l'association dentaire provinciale de la province ou territoire dans lequel la personne assurée reçoit les soins.

Les soins doivent avoir débuté dans les sept (7) jours à partir du moment où l'urgence a commencé et doivent prendre fin au plus tard 90 jours après le début des soins et pendant la période de couverture.

10. Autres services médicaux professionnels

Lorsque cela est jugé essentiel en cas d'urgence et accompagné d'une demande écrite d'un médecin, les frais de : un physiothérapeute, un chiropraticien, un podologue autorisé, un massothérapeute, un ostéopathe ou un podiatre à hauteur de 500 \$ par police, pour chaque catégorie de praticien.

11. Prestation pour service psychiatrique/psychologique

Lorsque jugé essentiel par le médecin traitant, la police couvre les frais engagés pour :

- les visites chez un psychiatre, un psychologue ou un travailleur social autorisé pour le soulagement de symptômes aigus à hauteur de 500 \$ par police ou
- pour l'hospitalisation de la personne assurée en raison de troubles psychologiques, mentaux ou émotionnels à hauteur de 10 000 \$;

12. Visite annuelle chez le médecin

Une visite chez un médecin traitant pour un examen général au cours d'une période de 12 mois consécutifs à hauteur de 100 \$ par personne assurée, sous réserve que la durée minimum de l'assurance souscrite soit de 10 mois consécutifs.

13. Examen de la vue

Une visite chez un optométriste au cours d'une période de 12 mois consécutifs à hauteur de 100 \$ par personne assurée, sous réserve que la durée minimum de l'assurance souscrite soit de 10 mois consécutifs..

14. Consultation traumatologique

Les dépenses engagées pour un maximum de six (6) séances de consultation traumatologique si une personne assurée a subi la perte d'un ou de deux membres ou la perte de la vue d'un œil ou des deux yeux ou la perte d'un membre et la perte de la vue d'un œil couverte dans un délai de 90 jours à partir de la date d'un accident qui s'est produit pendant la période de couverture.

15. Prestation pour service d'enseignement

Dans le cas où une personne assurée est totalement confinée dans un hôpital en raison d'une maladie ou d'une blessure couverte, nous paierons les frais réels engagés dans un délai de 365 jours à partir de la date de la maladie ou de la blessure pour un service d'enseignement privé qualifié, sous réserve que :

- un tel confinement soit continu pour une période minimum au-delà de 30 jours consécutifs et
- un tel paiement ne doit pas dépasser le tarif de 20 \$ de l'heure ni un paiement total de 400 \$ pendant la période de couverture.

DÉCÈS ACCIDENTEL ET MUTILATION

Si une perte couverte a lieu en raison d'une blessure, nous paierons en une somme le pourcentage indiqué du montant principal tel que défini dans le barème des pertes ci-dessous, comme suit :

Montant principal pour un transporteur public : 100 000 \$.

Montant principal pour l'assurance accident 24 heures sur 24 : 15 000 \$.

1. Accident d'un transporteur public

Si une personne assurée perd la vie ou subit une mutilation décrite dans le barème des pertes suite à une blessure subie lors d'un déplacement comme passager payant à bord d'un transporteur public, les prestations doivent être payées conformément au montant principal du transporteur public.

2. Assurance accident 24 heures sur 24

Si la blessure occasionne l'une des pertes suivantes dans un délai de 365 jours suivant la date de l'accident qui n'est pas causé par un transporteur public, la police verse les prestations indiquées ci-dessous, conformément au montant principal de l'assurance accident 24 heures sur 24 :

BARÈME DES PERTES

Perte	% du montant principal
Perte de vie humaine	100 %
Perte des deux mains ou perte des deux pieds	100 %
Perte totale de la vue des deux yeux	100 %
Perte d'une main et d'un pied	100 %
Perte d'une main et perte totale de la vue d'un œil	100 %
Perte d'un pied et perte totale de la vue d'un œil	100 %
Perte d'un bras	50 %
Perte d'une jambe	50 %
Perte d'une main	50 %
Perte d'un pied	50 %
Perte totale de la vue d'un œil	50 %
Perte du pouce ou de l'index de la même main	33 1/3 %
Perte de la parole et de l'ouïe	100 %
Perte de la parole ou de l'ouïe	66 2/3 %
Quadriplégie, paraplégie, hémiplegie	100 %
Perte de l'usage des deux bras ou des deux mains	100 %
Perte de l'usage d'une main ou d'un pied	50 %
Perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe	50 %

Disparition

Si le corps d'une personne assurée n'a pas été trouvé dans un délai d'un an suite à la disparition de la personne assurée (tel que documenté par un organisme gouvernemental compétent ou par un organisme d'application de la loi), cette personne assurée, en l'absence de preuve du contraire, sera considérée comme ayant perdu la vie.

SECTION IV - EXCLUSIONS

Défaut de communiquer avec Intrepid 24/7 en cas d'hospitalisation dans un délai de 48 heures à partir du moment où l'urgence risque de limiter les frais médicaux admissibles.

Cette police ne couvre pas les pertes ni les frais liés, en totalité ou en partie, directement ou indirectement à ce qui suit :

- toute maladie, blessure ou affection médicale qui n'était pas stable au cours des 90 jours précédents la date de prise d'effet;
- les blessures reçues lorsque la personne assurée participait à des manœuvres ou à des exercices de formation des forces armées, de la garde nationale ou du corps de réserve organisé d'un pays quelconque ou d'une autorité internationale;
- grossesse, fausse-couche, interruption volontaire de grossesse, accouchement ou ses complications, sauf disposition contraire en vertu de la Section III, point 8 – Indemnité pour frais de maternité;
- la chirurgie dentaire ou la chirurgie esthétique à moins que cette chirurgie découle d'une blessure couverte, sauf disposition contraire en vertu de la Section III, point 9 – Accident dentaire et urgence dentaire;
- toute maladie ou blessure si, au moment de cette maladie ou blessure, la personne assurée est sous l'influence de drogues ou d'alcool ou d'autres substances toxiques (à moins d'être administrée et dans le strict respect de l'avis d'un médecin dûment autorisé);
- troubles mentaux, émotionnels ou psychologiques, y compris les médicaments, sauf indication contraire dans la Section III, Point 11 – Prestation pour services psychiatrique/psychologiques;
- soins ou services qui contreviennent au régime RAMG au Canada;
- le suicide ou toute tentative de suicide que la personne assurée soit saine d'esprit ou non;
- blessure auto-infligée de façon intentionnelle ou toute tentative de blessure auto-infligée de façon intentionnelle, que la personne assurée soit saine d'esprit ou non;
- intervention militaire en cas de conflit déclaré ou non, guerre civile, rébellion, révolution, insurrection, insurrection militaire ou usurpation du pouvoir ou confiscation ou nationalisation ou réquisition par ou suivant les ordres d'un gouvernement ou d'une autorité locale ou nationale;
- tout service ou fournitures fournis par une personne assurée ou par un membre immédiat de la famille de la personne assurée;
- une maladie ou une blessure qui, au moment du départ de son pays d'origine, nécessiterait raisonnablement que la personne assurée se soumette à un traitement médical, à une intervention chirurgicale ou une hospitalisation;
- toute intervention chirurgicale non urgente, dentaire, plastique ou esthétique, sauf suite à une urgence couverte;
- les soins médicaux nécessaires sur une base continue, y compris la stabilisation continue d'une affection médicale, les soins courants dans le cas d'une maladie chronique, les soins de santé à domicile et les tests approfondis;
- le cas échéant, la partie des dépenses encourues pour les soins, les conseils ou l'hospitalisation qui ne sont ni raisonnables ni habituels;
- soins ou services dispensés dans le pays d'origine de la personne assurée après le retour ou le rapatriement de la personne assurée dans son pays d'origine;
- les médicaments qui sont :
 - habituellement disponibles sans ordonnance, les médicaments ou vaccins préventifs (sauf indication contraire dans la Section III, point 14 – Vaccination contre la tuberculose et dépistage), médicaments contre l'acné, traitement de la calvitie, produits à base de résine de nicotine, suppléments alimentaires ou produits pour la perte de poids;
 - tout type de contraceptif, de test de grossesse, de médicament ou de test d'infertilité ou de médicaments contre la dysfonction érectile;
 - non légalement enregistré ni approuvé au Canada ni nécessaire d'un point de vue médical.
- services de traduction de toute sorte, même lorsqu'ils sont utilisés dans la prestation de services médicaux

Bénéficiaire

La prestation en cas de décès est payable à la succession de la personne décédée. Si la personne assurée est âgée de moins de 16 ans (ou 18 ans au Québec), la prestation est payable au parent ou au tuteur légal. Nous pouvons inviter le requérant à fournir une preuve de sa relation avec la personne décédée.

- transplantations d'organes
- une maladie, une blessure ou une affection médicale pour laquelle un diagnostic n'est pas nécessaire dans le lieu où la police a été souscrite ou si votre visite a été entreprise en vue d'obtenir des services médicaux ou hospitaliers, que cette visite ait été recommandée ou non par un médecin ou par un chirurgien;
- examens médicaux effectués à la demande d'un tiers (y compris des examens médicaux aux fins de l'immigration) ou des consultations avec un médecin par téléphone ou par courriel;
- l'aggravation, la réapparition, les effets secondaires ou les complications d'une affection médicale découlant du non respect par la personne assurée des instructions d'un médecin ou d'un autre prestataire de soins de santé;
- une blessure découlant de la participation à : des événements d'athlétisme professionnel (pour lesquels la personne assurée est rémunérée); de l'escalade; de l'aviation sauf comme passager payant à bord d'un avion commercial; le deltaplane; le saut en parachute ou le parachutisme; le saut à l'élastique; le ski ou la planche à neige en dehors des pistes balisées dans des installations récréatives supervisées; des épreuves de vitesse d'engins motorisés; de la plongée autonome à moins de posséder la certification PADI ou NAUI ou d'être accompagné par un instructeur certifié;
- traverser, voyager vers ou à partir d'un pays, d'une région ou d'une ville pour laquelle, avant votre date de départ, le gouvernement canadien ou l'un de ses ministères, a émis un avertissement afin d'éviter les voyages ou d'éviter les voyages non essentiels pendant la durée de votre voyage si la perte découle de la raison pour laquelle l'avertissement a été émis.
- déroulant de la commission ou de la tentative de commission d'un acte illégal;
- la consultation ou le traitement des troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) ou d'affections ou de diagnostics similaires.

Les exclusions supplémentaires suivantes s'appliquent également aux prestations de décès accidentel et de mutilation :

- une maladie, une affection ou un handicap, que la perte ou la réclamation découle directement ou indirectement de l'une de ces pathologies;
- un handicap mental, que la perte ou la réclamation découle directement ou indirectement d'un handicap mental;
- subie pendant que la personne assurée reçoit un traitement médical ou une intervention chirurgicale pour soigner la maladie, l'affection ou l'infirmité physique ou mentale;
- un AVC ou maladie cérébrovasculaire, affection cardiovasculaire, y compris, mais sans s'y limiter, l'infarctus du myocarde ou une attaque cardiaque, une thrombose coronaire, un anévrisme;
- un voyage ou un vol à bord d'un véhicule (y compris monter à son bord ou en descendre) utilisé pour la navigation aérienne, si la personne assurée :
 - se déplace en tant que passager dans un avion non conçu ou autorisé à transporter des passagers ou
 - exécute, apprend à exécuter ou enseigne à exécuter des manœuvres en tant que pilote ou membre de l'équipage de tout aéronef.
- infections de toute sorte, sans tenir compte de la manière dont elles ont été contractées, excepté les infections bactériennes qui sont directement causées par le botulisme, intoxication alimentaire ou une coupure ou une blessure accidentelle, indépendamment et en l'absence d'une maladie, d'une affection ou d'une pathologie sous-jacente, incluant sans s'y limiter le diabète;
- un acte, la tentative de perpétration d'un acte ou une omission faite par la personne assurée ou un acte, une tentative de perpétration d'acte ou une omission faite avec le consentement de la personne assurée, aux fins de l'interruption de la circulation sanguine dans le cerveau de la personne assurée ou pour provoquer l'asphyxie de la personne assurée, que ce soit dans l'intention de nuire ou non et.
- causes naturelles.

SECTION V – PROCÉDURES DE RÉCLAMATION

1. Assistance médicale d'urgence

Cette police offre un service d'assistance d'urgence partout au monde aux personnes assurées qui se trouvent au Canada, ou en excursion, sauf dans les endroits où, en raison des conditions locales, il est impossible de le faire. En cas de maladie ou de blessure couverte par cette police et nécessitant une hospitalisation, Intrepid 24/7 doit être avisé dans un délai de 48 heures suite à l'incident. Si Intrepid 24/7 n'en est pas informé, cela pourrait entraîner le rejet de la réclamation relativement à certaines dépenses et certaines dépenses qui sont seulement partiellement couvertes. En cas d'urgence médicale, vous ou une personne qui agit en votre nom doit appeler l'un des numéros de téléphone international :

États-Unis et Canada **1-866-883-9787**
Partout ailleurs **416-640-7865** à frais virés

Il est de votre responsabilité de vous assurer que vous avez communiqué avec Intrepid 24/7 ou qu'une personne l'a fait en votre nom. Si personne n'est entré en contact avec Intrepid 24/7 dans un délai de 48 heures, les prestations en vertu de la présente police peuvent être limitées

2. Avis et preuve de sinistre

Intrepid 24/7 coordonnera les services et la facturation avec les prestataires afin de s'assurer que la facturation directe des dépenses de la personne assurée, le cas échéant et lorsqu'avisé en conséquence. En pareil cas, la personne assurée devra seulement remplir un formulaire de demande pour autoriser le partage de ses renseignements personnels. Si la personne assurée paie directement les services médicaux et doit chercher à se faire rembourser, la personne assurée ou la personne qui agit en son nom doit conserver toutes les factures et les reçus détaillés de tous les prestataires médicaux, les reçus originaux des ordonnances, et toute autre

documentation originale afin de justifier les dépenses admissibles. Les réclamations peuvent être déposées de façon électronique ou par courriel :

Ingle International – Administration des réclamations

460 Richmond Street, Suite 100
Toronto, Ontario (Canada) M5V 1Y1
1-888-386-8888 | studentclaims@ingleinternational.com | www.studyinsured.com

Remarque : pensez à conserver une copie pour vos dossiers.

La documentation doit être reçue dans les délais suivants pour que votre réclamation soit admissible :

- dans un délai de 90 jours à partir de la date de la maladie ou de la blessure, nous fournir une preuve de sinistre dès que cela s'avèrera raisonnablement possible, compte tenu des circonstances de la survenance de la maladie ou de la blessure que ces événements occasionnent pendant la période de couverture et
- si nous l'exigeons, fournir un certificat indiquant la cause et la nature de l'accident ou de la blessure qui en résulte, pour laquelle la réclamation est faite et indiquant la durée de la blessure ou de la perte, de la part d'un médecin dûment qualifié.

3. Avis de sinistre après que votre police ait été résilié

Nous devons recevoir la réclamation de la personne assurée dans un délai de douze (12) mois suivant la date à laquelle la police prend fin. Nous ne paierons aucune réclamation reçue plus de douze (12) mois après la date à laquelle la police de la personne assurée a pris fin, peu importe le moment où la dépense admissible a été engagée.

SECTION VI – DISPOSITIONS ET RESTRICTIONS GÉNÉRALES

Exigences préalables à l'approbation

Intrepid 24/7 doit approuver à l'avance les interventions chirurgicales, la procédure invasive, les tests diagnostiques importants ou les soins avant que toute dépense soit engagée. Cela demeure votre responsabilité de communiquer avec Intrepid 24/7 pour obtenir l'approbation ou pour informer le médecin traitant de le faire, sauf dans des circonstances extrêmes où une telle action retarderait l'intervention chirurgicale nécessaire pour résoudre une situation grave qui mettrait votre vie en péril. Si ces services ne sont pas approuvés au préalable, les demandes seront évaluées selon les termes de la police, et s'ils sont approuvés, seront remboursés à 80 % des dépenses admissibles jusqu'à concurrence des limites et du montant maximum de la police. Dans certains cas, nous devons vous donner l'approbation avant que des dépenses soient engagées, et il se peut qu'Intrepid 24/7 communique avec nous.

Erreur d'écriture

L'erreur d'écriture de notre part ou de l'administrateur du régime en ce qui concerne la tenue de livres et de registres, et la présentation de renseignements ne doit pas annuler l'assurance de la personne assurée valablement en vigueur, sous réserve de la remise appropriée de la prime, et l'assurance de la personne assurée ne doit continuer lorsque celle-ci est valablement résiliée en vertu des termes de la présente police.

Loi applicable

Le présent contrat est régi par les lois de la province ou du territoire canadien où ce contrat a été émis. Toute action en justice que vous, vos héritiers légaux ou vos ayants cause pourriez intenter devra être soumise aux tribunaux de la province ou du territoire où ce contrat a été émis.

Autre assurance

Les prestations prévues par la présente police sont payables en plus de celles qui sont disponibles en vertu de polices d'assurance ou régimes similaires ou contrats, ou régime d'assurance automobile privé, public, provincial ou territorial offrant une couverture pour soins hospitaliers, médicaux ou thérapeutiques, ou encore de toute autre assurance responsabilité civile en vigueur. Vous ne pouvez demander, ni recevoir de prestations totalisant plus de 100 % de la valeur du sinistre découlant d'un événement assuré.

Limite des prestations

Intrepid 24/7, au nom de l'assureur, se réserve le droit, tel que requis dans une mesure raisonnable et à ses frais, de vous transférer dans un hôpital ou de vous rapatrier au Canada ou dans votre pays d'origine en raison d'une urgence. Si vous refusez d'être transféré ou rapatrié alors que vous êtes jugé apte à voyager, tous les coûts continus encourus suite à votre refus ne seront pas couverts et le paiement de tels coûts est de votre seule responsabilité. La protection vient à échéance au moment de votre refus et aucune protection ne vous sera fournie pour le reste de la période de protection.

Limites aux prestations d'assistance

Intrepid 24/7 se réserve le droit de suspendre, de réduire ou de limiter les services dans n'importe quelle région ou pays en cas de guerre, d'instabilité politique ou d'hostilité qui rend la région inaccessible par Intrepid 24/7. Intrepid 24/7 fera son possible pour fournir des services dans ce genre de situation.

Disponibilité et qualité des soins

Ni l'assureur ni Intrepid 24/7 ne doivent être tenus responsables de la disponibilité ou de la qualité des soins médicaux (y compris les résultats qui en découlent) ou le défaut d'obtenir des soins médicaux pendant la période de couverture.

Date limite pour le recouvrement d'un montant d'assurance

Toute action ou procédure intentée contre un assureur pour recouvrer des montants d'assurance payable aux termes du contrat est absolument interdite, sauf si elle est entamée dans les délais indiqués dans la loi intitulée Insurance Act ou dans la législation provinciale ou territoriale qui s'applique à la présente police.

Remboursements

Si vous cessez d'être admissible à la couverture en vertu de la présente police d'assurance ou que vous retournez définitivement dans votre pays d'origine avant la fin de la période de couverture de cette police, vous avez droit à un remboursement au prorata de la portion non utilisée de la prime d'assurance que vous avez payée, sous réserve qu'aucune réclamation n'a été ou ne sera soumise en vertu de la présente police. Les remboursements seront assujettis à des frais administratifs de 25 \$.

Primes

La présente police est offerte pendant la période de couverture, sous réserve que les primes aient été payées. Pour les périodes de couverture suivantes, une nouvelle police peut être souscrite, assujettie au barème de tarifs en vigueur au moment de la souscription.

SECTION VII – CONDITIONS LÉGALES

Le contrat

La demande, la présente police, tout document annexé à la présente police lors de son émission et toute modification 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.

Dérogation

Aucune condition de ce contrat ne sera réputée avoir été abandonnée en tout ou en partie par l'assureur à moins que la renonciation n'ait été clairement exprimée par écrit et signée par l'assureur.

Copie de la proposition

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

Faits essentiels

Aucune déclaration faite par une personne assurée lors de la souscription du présent contrat ne peut être invoquée pour contester une demande de règlement au titre du présent contrat ni pour annuler celui-ci à moins qu'elle ne figure dans votre proposition ou dans toute autre déclaration ou réponse donnée par écrit comme preuve d'assurabilité.

Avis de sinistre et preuve de réclamation

L'assuré ou un bénéficiaire ayant le droit de faire une demande ou l'agent de l'un d'eux doit

- a. fournir un avis écrit d'une demande à l'assureur,
 - i. en le remettant ou en l'envoyant par courrier recommandé au siège social ou l'agence principale de l'assureur dans la province ou
 - ii. en le remettant à un agent autorisé de l'assureur dans la province,

au plus tard 30 jours à compter de la date du sinistre au titre du contrat suite à un accident, une maladie ou une invalidité;

- b. dans les 90 jours qui suivent la date du sinistre au titre du contrat à la suite d'un accident ou d'une maladie, fournir à l'assureur une preuve aussi raisonnable que possible dans les situations suivantes :
 - i. la survenue d'un accident ou le début d'une maladie,
 - ii. le sinistre causé par l'accident ou une maladie,
 - iii. le droit du requérant à obtenir le paiement,
 - iv. l'âge du requérant et
 - v. le cas échéant, l'âge du bénéficiaire et

si l'assureur l'exige, fournir un certificat établissant de façon satisfaisante la cause ou la nature de l'accident, de la maladie ou de l'invalidité qui pourrait motiver une réclamation en vertu de cette assurance et en ce qui concerne la durée d'une maladie ou d'une invalidité.

Défaut de notification ou preuve

Le défaut de fournir un avis du sinistre ou de fournir des preuves du sinistre dans les délais prescrits par cette condition n'invalide pas la demande si

- a. l'avis est donné ou la preuve fournie dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, et au plus tard 1 an après la date de l'accident ou à la date du sinistre au titre du contrat suite à un accident, une maladie ou une invalidité, et il est indiqué qu'il n'était pas raisonnablement possible de fournir un avis du sinistre ou une preuve dans les délais prescrits par cette condition ou
- b. dans le cas du décès d'une personne assurée, si une déclaration de décès présumé est nécessaire, l'avis est donné ou la preuve fournie au plus tard 1 an à partir de la date à laquelle une court fait une déclaration.

Formulaires de preuve de sinistre fournis par l'assureur

L'assureur doit fournir des formulaires de preuve de sinistre dans un délai de 15 jours après réception de l'avis de sinistre, mais si le requérant n'a pas reçu les formulaires dans ce délai, le requérant peut envoyer sa preuve de sinistre sous la forme d'une déclaration écrite énonçant la cause ou la nature de l'accident ou de l'invalidité donnant lieu à la demande et à l'étendue du sinistre.

Droits d'examen

Comme condition préalable au recouvrement des sommes d'assurance en vertu du présent contrat :

- a. le requérant doit fournir à l'assureur l'occasion d'examiner la personne assurée quand et aussi souvent qu'il en est raisonnablement requis pendant que la demande de règlement en vertu du présent contrat est en suspens et
- b. advenant le décès de la personne assurée, il se peut que l'assureur exige une autopsie sous réserve de toute loi en matière d'autopsies du territoire compétent.

Sommes payables

Tout somme payable en vertu de ce contrat doit être payée par l'assureur dans un délai de 60 jours après réception de la preuve de sinistre.

SECTION VIII – À PROPOS DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Berkley Canada accorde une grande importance à la protection des renseignements personnels. Vos renseignements personnels seront recueillis, utilisés et divulgués seulement afin de vous fournir les services d'assurance que vous avez demandés. Ces renseignements demeurent confidentiels, tel que l'exigent les lois fédérales et provinciales applicables. En cas de réclamation, Intrepid 24/7 et l'assureur peut recueillir vos renseignements personnels sur la santé détenus par un tiers. Ces renseignements peuvent être divulgués aux employés d'Intrepid 24/7 et à l'assureur aux fins d'analyse des réclamations et afin de mieux vous servir.

En aucun cas l'assureur ne divulguera les renseignements à quelque personne ou organisme qui ne possède pas clairement le droit de la consulter, sans obtenir votre consentement au préalable. Pour obtenir des renseignements, veuillez consulter :

www.berkleycanada.com/privacy.

Pour consulter la politique sur la protection des renseignements personnels d'Ingle International, veuillez visiter www.studyinsured.com/privacy.

Souscrit par Berkley Canada (une société de Berkley)



Président
Berkley Canada



145 King Street West
Suite 1000
Toronto, Ontario M5H 1J8