

En cas d'urgence, si vous présentez des symptômes médicaux ou si vous avez besoin de soins médicaux, vous devez communiquer avec Intrepid 24/7 au :

+1 (800) 203 8508 | sans frais depuis les États-Unis et le Canada

+1 (416) 646 3107 | à frais viré si ce service est offert dans le pays où vous vous trouvez

email: intrepid@intrepid247.com

Il est de votre responsabilité de vous assurer qu'Intrepid 24/7 a été approché avant de recevoir des soins. Vos prestations seront limitées à 80 % des dépenses admissibles jusqu'à un maximum de 25 000 \$ si vous omettez de le faire, sauf dans des cas extrêmes lorsque les soins sont requis pour faire face à une crise médicale mettant la vie de la personne en danger.

AVIS IMPORTANT - À lire attentivement

- L'assurance voyage est conçue pour couvrir les sinistres découlant de circonstances soudaines et imprévisibles. Il est important que vous lisiez et compreniez votre certificat d'assurance, car votre couverture est assujettie à certaines restrictions et exclusions.
- La garantie au titre de la présente police est destinée aux soins d'urgence, et il n'existe aucune garantie pour le suivi ni pour les soins médicaux continus. Veuillez lire attentivement les sections relatives aux prestations et aux exclusions.
- Il est possible que votre police ne couvre pas les affections médicales ni les symptômes

apparus avant votre date d'effet. Vérifiez comment cette exclusion s'applique dans le cadre de votre police et l'importance que peut avoir à cet égard la date d'effet de votre contrat.

- En cas d'accident, de blessure ou de maladie, vos antécédents médicaux seront examinés lorsqu'une réclamation est signalée.

LA POLICE CONTIENT UNE CLAUSE POUVANT LIMITER LE MONTANT PAYABLE.

REMARQUE : les termes en italique sont définis dans la section des définitions de la police

ADMISSIBILITÉ

Afin d'être admissible à la date d'effet, les exigences suivantes s'appliquent :

- être un résident canadien couvert par le régime d'assurance santé de votre gouvernement pendant toute la durée de votre voyage et
- acheter une couverture pour toute la durée de votre voyage et
- être âgé d'au moins 15 jours et de moins de 79 ans et
- ne pas voyager contre l'avis d'un médecin et
- ne pas avoir reçu de diagnostic de maladie en phase terminale et
- ne présenter aucun nouveau symptôme ni de symptômes non diagnostiqués et n'avoir aucune raison de consulter un médecin et

si vous êtes âgé entre 60 et 79 ans, vous devez également :

- voyager pendant une durée de 35 jours maximum et
- ne pas avoir reçu de diagnostic d'insuffisance cardiaque congestive et
- ne pas avoir utilisé ni reçu de prescription d'oxygène à domicile au cours des 12 mois avant la date d'effet et
- Ne pas avoir reçu de diagnostic d'anévrisme non réparé de 4,5 cm ou plus et
- ne pas avoir besoin d'aide pour exécuter les activités quotidiennes (telles que s'habiller, se laver, manger, se rendre aux toilettes, se mettre au lit ou sortir du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise).

CONTRAT D'ASSURANCE

- En contrepartie du paiement de la prime exigée en totalité, cette police offre une couverture à hauteur de 10 000 \$CA par personne assurée et par voyage, pour les frais raisonnables et habituels que vous avez engagés en raison d'une urgence couverte survenue lors de votre voyage à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence.
- Assujettis à toutes les conditions de la politique, les prestations sont payables au maximum de la somme assurée pour les services qui sont nécessaires d'un point de vue médical. Les limites des prestations sont par personne assurée et par voyage, et comprennent les prolongations ou les compléments d'assurance.

- La présente police, la proposition et la confirmation de l'assurance constituent votre contrat d'assurance.
- L'assureur se réserve le droit de décliner toute demande de prolongation ou de complément d'assurance.
- Un seul contrat peut vous être émis, et toutes les primes payées pour les contrats supplémentaires vous seront retournées. Si au moment de présenter une demande de règlement plus d'un contrat établi par l'assureur est en vigueur à votre égard, seul le contrat qui a pris effet en premier s'applique.

DURÉE DE LA COUVERTURE

RÉGIME D'ASSURANCE VOYAGE UNIQUE

Le régime d'assurance voyage unique fournit une couverture pour un voyage unique à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence.

Date d'entrée en vigueur de la couverture

La couverture prévue par le régime d'assurance voyage unique commence au plus tard :

- à la date et à l'heure à laquelle vous souscrivez et payez cette assurance ou
- à la date et à l'heure à laquelle vous quittez votre province ou territoire de résidence ou
- à 12 h (heure locale) à la date d'effet, tel qu'indiqué sur la confirmation de votre assurance.

Période d'attente

Si vous souscrivez votre police après avoir quitté votre province ou territoire de résidence, vous ne serez pas assuré en cas de maladie qui a débuté ou pour laquelle vous avez présenté des symptômes au cours des premières 48 heures suivant la date d'effet, même si vous engagez des dépenses connexes après la période d'attente de 48 heures.

Date d'expiration de la couverture

La couverture prévue par le régime d'assurance voyage unique prend fin au plus tôt :

- à 23 h 59 (heure locale) à la date d'expiration indiquée sur votre confirmation d'assurance ou
- à la date et à l'heure à laquelle vous retournez dans votre province ou territoire de résidence.

Vous pouvez retourner temporairement dans votre province ou territoire de résidence avant la date d'expiration, et votre couverture reprendra effet sans prime supplémentaire lorsque vous quittez votre province et territoire de résidence pour poursuivre votre voyage. La prime correspondant au nombre de jours de visite temporaire ne sera pas remboursée ni réémise. Toute affection médicale accompagnée de symptômes ou pour laquelle vous avez reçu des soins médicaux lors d'une visite temporaire n'est pas couverte.

En ce qui concerne les polices qui prévoient une couverture pour les voyages dans le monde entier à l'exception des États-Unis d'Amérique, la couverture est limitée aux voyages à l'extérieur des États-Unis, à l'exception des passages en transit ou des escales aux États-Unis de plus de 5 jours.

En ce qui concerne les polices qui prévoient une couverture pour les voyages au Canada seulement, aucune couverture n'est offerte pour les voyages à l'extérieur du Canada.

Prolonger votre couverture

Si vous souhaitez prolonger votre voyage au-delà de la date d'expiration du régime d'assurance médicale de voyage unique, vous pouvez souscrire une nouvelle police soumise aux conditions de la présente police et au barème des primes en vigueur au moment où la nouvelle police est sollicitée. Les frais liés aux jours d'assurance supplémentaires seront calculés en fonction de votre âge à la date d'effet de la nouvelle police sous réserve que :

- vous soyez toujours admissibles à l'assurance;
- votre état de santé n'ait pas changé depuis la date d'entrée en vigueur ou la date de départ et
- une demande n'ait été faite au titre de la police initiale pour un voyage en particulier.
- la sollicitation de la nouvelle police soit reçue avant la date d'expiration de votre couverture et
- vous restiez couvert par l'assurance santé de votre gouvernement pendant toute la durée de votre voyage.

RÉGIME D'ASSURANCE VOYAGE MULTIPLES

Le régime d'assurance voyage multiples prévoit une couverture pour un nombre illimité de voyages à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence entre la date d'effet et la date d'expiration, jusqu'à la durée maximum que vous avez souscrite, tel qu'indiqué sur votre confirmation d'assurance, ainsi que pour les voyages illimités à l'intérieur du Canada, excepté à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence.

Si vous faite une demande de règlement, vous devrez fournir une preuve de votre date de départ et de votre date de retour. Il peut s'agir de votre billet d'avion, d'un billet de train, d'un passeport estampillé, d'une carte de crédit ou d'un relevé bancaire indiquant les achats effectués au Canada avant la date de votre départ.

Tout changement à votre état de santé après la date d'effet n'aura aucune incidence sur votre admissibilité, mais la couverture pour cette affection médicale sera assujettie aux exclusions de la police.

Date d'entrée en vigueur de la couverture

La couverture en vertu du régime annuel d'assurance voyages multiples prend effet au plus tard :

- à la date et à l'heure auxquelles vous souscrivez et payez cette assurance ou
- à la date et à l'heure auxquelles vous quittez votre province ou territoire de résidence ou
- à 12 h (heure locale) à la date de prise d'effet, tel qu'indiqué sur la confirmation de votre assurance.

Date d'expiration de votre couverture

La couverture en vertu du régime annuel d'assurance voyages multiples prend fin à 23:59 (heure locale) à la date indiquée sur la confirmation de votre assurance.

La couverture pour chaque voyage prend fin au plus tôt :

- à 13 h 59 (heure locale) à la date d'expiration indiquée sur la confirmation de votre assurance ou
- à la date et à l'heure auxquelles vous retournez dans votre province ou territoire de résidence ou
- the date you reach the maximum duration outside of Canada.

Aucune couverture ne prend effet pour un voyage à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence qui a débuté avant la date d'effet ou qui se prolonge au-delà de la date d'expiration du régime annuel d'assurance voyages multiples. Si un voyage qui débute pendant la période de couverture se prolonge au-delà de la date d'expiration, vous pouvez souscrire un nouveau régime annuel d'assurance voyages multiples, à condition qu'il n'y ait aucune déchéance de couverture, et que la durée totale du voyage n'excède pas la durée maximum choisie pour le régime annuel d'assurance voyages multiples.

Vous pouvez souscrire une assurance complémentaire pour un voyage qui excède la durée maximum, à condition qu'il n'y ait aucune déchéance de couverture.

Assurance complémentaire

Une assurance complémentaire constitue un régime annuel d'assurance voyage unique qui prévoit une couverture pour les frais supplémentaires engagés pendant votre voyage s'ils dépassent le montant assuré au titre du régime annuel d'assurance voyages multiples ou si votre voyage se prolonge au-delà de la durée maximum ou de la date d'expiration indiquée sur la confirmation de votre assurance.

La couverture débute le jour suivant la date d'expiration du régime annuel d'assurance voyages multiples.

1. Vous devez souscrire votre couverture supplémentaire pour le nombre total de jours restants de *votre voyage*.
2. Vous devez souscrire votre couverture supplémentaire après la date de départ, mais elle doit être antérieure à l'expiration de la couverture antérieure.
3. Vous devez payer la prime requise avant la date d'effet de l'assurance complémentaire.

Vous pouvez souscrire une couverture supplémentaire, à condition que :

- a. vous soyez toujours admissible à l'assurance et

- b. *votre* état de santé n'ait pas changé depuis la date d'effet ou de *votre* date de départ la plus tardive et
- c. aucune réclamation n'ait été faite au titre de la police initiale pour ce *voyage* en particulier. Si une réclamation a été faite, une assurance complémentaire peut être accordée après examen de *votre dossier* par l'*assureur* et
- d. la demande d'assurance complémentaire soit obtenue avant la date d'expiration de *votre* couverture et
- e. vous restiez couvert en vertu du *régime d'assurance santé de votre gouvernement* pendant toute la durée de *votre voyage*.

PROLONGATION DE LA COUVERTURE

Prolongation automatique de la couverture

Après en avoir avisé Intrepid 24/7, *votre* couverture sera automatiquement prolongée, sans prime supplémentaire, pour une durée maximum de 5 jours si le retour dans *votre* province ou territoire de résidence est retardée au-delà de la date d'expiration, pour l'une ou l'autre des raisons suivantes :

- a. Tout retard, indépendamment de *votre* volonté, d'un véhicule, d'un avion, d'un bus, d'un train ou d'un traversier dirigé par le gouvernement que vous utilisez ou que vous comptez utiliser à titre de passager. Le retard doit avoir lieu avant la date d'expiration et le moyen de transport est supposé arriver avant *votre* date d'expiration.

- b. Une justification médicale indiquant que vous êtes médicalement inapte à voyager, en raison d'une *maladie* ou d'une *blessure* couverte à la date ou avant la date d'expiration.
- c. Vous, un membre de *votre famille immédiate* ou un *compagnon de voyage* êtes *hospitalisé* à la fin de *votre voyage* suite à une *maladie* ou à une *blessure* couverte. La couverture se prolonge pendant la période d'*hospitalisation* et les 5 jours débutent à la sortie de l'*hôpital*.

Remarque : toutes les demandes émises après la date d'expiration de *votre* police d'assurance doivent être appuyées d'une preuve documentée de l'événement à l'origine de *votre* retour retardé. Cette prestation ne comprend pas les coûts associés au changement de vol.

HÔPITAL D'URGENCE ET PRESTATIONS MÉDICALES

L'*assureur* remboursera les *frais raisonnables et habituels* pour les dépenses admissibles dans cette section, qui sont engagés suite à une *urgence* couverte pendant la période de couverture, à hauteur de 10 000 000 \$, assujettie à toutes les restrictions, exclusions et dispositions de la police.

Toutefois, certaines dépenses, telles que mentionnées ci-dessous, sont couvertes seulement avec l'approbation préalable d'Intrepid 24/7.

1. **Hospitalisation :**
 - a. Jusqu'à concurrence du tarif d'une chambre à deux lits. Si cela est *nécessaire d'un point de vue médical*, les dépenses relatives au traitement reçus dans une unité de soins intensifs ou dans une unité de soins coronariens sont également couverts.
 - b. Frais liés à une salle d'urgence.
 - c. Services d'urgence dispensés en clinique externe par un *hôpital* lorsque cela s'avère *nécessaire d'un point de vue médical*.
2. **Services médicaux :**
 - a. Soins médicaux administrés par un *médecin*, un chirurgien, un anesthésiste ou une infirmière dûment autorisée (autre qu'un *membre de la famille immédiate* de la *personne assurée*).
 - b. Plasma, sang total ou oxygène, y compris leur administration.
3. **Services diagnostiques :**

Les examens de laboratoire et les radiographies qui sont prescrites par le *médecin* traitant et qui font partie des *soins médicaux d'urgence*. Cette police ne couvre pas l'imagerie par résonance magnétique (IRM), le cathétérisme cardiaque, la tomodesitométrie (TDM), la radiographie numérique, les sonogrammes ou des échographies et les biopsies, à moins que de tels services soient approuvés à l'avance par Intrepid 24/7.
4. **Ordonnances :**

Les médicaments, notamment les médicaments injectables et les sérum, qui peuvent seulement être obtenus sur ordonnance médicale, qui sont prescrits par un *médecin* et qui sont administrés par un pharmacien autorisé, lorsque cela s'avère *nécessaire d'un point de vue médical* en cas de *soins médicaux d'urgence*, sauf lorsque cela est nécessaire pour stabiliser une maladie chronique ou une affection médicale dont souffrait une personne assurée avant le voyage. Cette prestation est limitée à un maximum de 30 jours par ordonnance, sauf lorsque la *personne assurée* est *hospitalisée*.
5. **Infirmière en service privé :**

Lorsqu'ils sont préautorisés par Intrepid 24/7 et prescrits par un *médecin* traitant, les services professionnels d'une infirmière en service privé (autre qu'un *membre de la famille immédiate*), suite à une *urgence* couverte lorsque cela s'avère *nécessaire d'un point de vue médical* ou pour remplacer l'*hospitalisation*.
6. **Services paramédicaux :**

Lorsqu'ils sont approuvés à l'avance par Intrepid 24/7, les services (y compris les radiographies) d'un acupuncteur, d'un podologue, d'un chiropraticien, d'un optométriste, d'un physiothérapeute, d'un podologue ou d'un ostéopathe autorisé à hauteur de 500 \$ par *personne assurée* et par profession énumérée ci-dessus.
7. **Soins dentaires :**

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

 - a. à hauteur de 5000 \$ 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
 - b. à hauteur de 500 \$ pour des soins d'urgence afin de soulager des douleurs dentaires non causées par un coup accidentel au visage et pour lesquels vous n'avez préalablement reçu aucun soin ni conseil.

Les soins doivent commencer dans un délai de 48 heures à partir du début de l'*urgence* et prendre fin au plus tard 90 jours après le début des soins et avant la date d'expiration.
8. **Appareils médicaux :** Lorsqu'ils sont approuvés à l'avance par Intrepid 24/7 et prescrits par le *médecin* traitant, les appareils mineurs tels que les béquilles, les plâtres, les attelles, les cannes, les écharpes, les bandages, les appareils orthopédiques, les déambulateurs ou la location temporaire d'un lit d'hôpital, d'un fauteuil roulant, de poumons d'acier ou d'un autre équipement durable pour les soins thérapeutiques, n'excédant pas le prix d'achat.
9. **Transport d'urgence :** Services d'ambulance autorisés (couvre les frais de taxi de 100 \$ en remplacement du transport par ambulance), vers l'établissement médical le plus proche capable de fournir des soins médicaux d'urgence;
 - a. Le transport entre les *hôpitaux* lorsque demandé par le *médecin* traitant pour des *soins médicaux urgents*;
 - b. Si, suite à une *urgence* couverte, l'équipe médicale de *votre* *médecin* traitant ou Intrepid 24/7 vous recommande de retourner au Canada, les frais engagés pour :
 - i. un billet aller simple en classe économique sur un vol commercial par l'itinéraire le plus direct, notamment les frais liés aux sièges supplémentaires afin d'y installer une civière;
 - ii. un billet aller-retour en classe économique par l'itinéraire le plus direct pour un accompagnateur médical qualifié qui vous accompagne, si demandé par la compagnie ou si *votre* *médecin* traitant indique par écrit que cela s'avère *nécessaire d'un point de vue médical*;
 - iii. ambulance aérienne si cela s'avère *nécessaire d'un point de vue médical* seulement lorsque ces services sont approuvés et organisés par Intrepid 24/7.Le transport terrestre est limité à 10 000 \$ et le transport aérien est limité à 250 000 \$.
 - c. Maximum de 5000 \$ pour *votre* évacuation d'*urgence* d'une zone montagneuse, maritime ou d'un autre lieu éloigné vers l'établissement médical ou l'*hôpital* le plus proche et le plus raisonnablement accessible.
10. **Visite à votre chevet :** Lorsque ce service est approuvé à l'avance par Intrepid 24/7, un billet d'avion aller-retour en classe économique plus 150 \$ par jour à hauteur de 1 500 \$ chacun pour les frais de repas et l'hébergement commercial pour un maximum de deux personnes de *votre* choix afin de :

- a. être à vos côtés si vous avez été *hospitalisé* suite à une *urgence* assurée. Afin d'être payable, cette prestation nécessite que vous soyez par la suite *hospitalisé* pendant au moins 3 jours consécutifs et que le *médecin* traitant fournisse une certification écrite comme quoi la situation était assez grave pour justifier la visite ou
 - b. identifier la *personne assurée* décédée avant la remise du corps, au besoin.
11. **Rapatriement du corps :** si vous décédez suite à un *accident* ou à une *maladie* imprévue couverte :
 - a. à hauteur de 15 000 \$ en rapport avec les frais réels encourus lors de la préparation de la dépouille et du transport (y compris un conteneur de transport standard) jusqu'à *votre* résidence permanente au Canada ou
 - b. jusqu'à 5 000 \$ pour la crémation ou l'enterrement sur le lieu du décès.

Le coût du cercueil, de l'urne ou des funérails n'est pas couvert.

12. **Repas et hébergement :** une fois approuvé par Intrepid 24/7, jusqu'à 150 \$ par jour pour un montant maximum de 3 000 \$ pour *vo*tre logement commercial, vos repas, vos appels téléphoniques indispensables, vos frais Internet, les frais de la location de voiture au lieu des frais de bus ou de taxi, ainsi que les frais de garde d'enfants pour vos enfants à charge âgés de moins de 18 ans (à l'exception des soins pour enfants fournis par un *membre de la famille immédiate*), si, sur avis d'un *médecin* :
 - a. vous ou *vo*tre *compagnon de voyage* êtes *hospitalisés* à la date à laquelle *vo*tre retour vers *vo*tre province ou territoire de résidence au Canada est prévu ou
 - b. vous ou *vo*tre *compagnon de voyage* êtes transféré dans un *hôpital* d'une autre ville pour bénéficier de *soins médicaux d'urgence*.

Le fait qu'une *personne assurée* ne soit pas en mesure de voyager doit être certifié par le *médecin* traitant, et les réclamations doivent être accompagnées des reçus originaux des organisations commerciales.

13. **Allocation pour frais hospitalier :** jusqu'à 50 \$ par jour à hauteur de 500 \$ pour les dépenses accessoires facturées par l'*hôpital*, telles que les frais de téléphone, de télévision ou d'Internet pendant *vo*tre *hospitalisation*.
14. **Retour et accompagnement des enfants :** Si approuvé et organisé à l'avance par Intrepid 24/7, jusqu'à concurrence du tarif aérien en classe économique pour le retour d'un *enfant à charge* accompagnant le requérant au point de départ, au cas où vous retournez au Canada au titre de la prestation pour transport d'urgence ou du rapatriement du corps. L'*assureur* paiera également une escorte afin d'accompagner l'*enfant à charge*.
15. **Retour d'un compagnon de voyage :** Si approuvé à l'avance par Intrepid 24/7 jusqu'à concurrence d'un seul billet aller simple en classe économique pour un *compagnon de voyage* pour rentrer au Canada si la *personne assurée* est retournée au Canada en vertu de la prestation pour transport d'urgence ou pour rapatriement du corps.
16. **Retour d'un animal de compagnie :** Si approuvé et organisé à l'avance par Intrepid 24/7, à hauteur de 500 \$ pour les frais de retour du/des chien(s) ou du/des chat(s) vers *vo*tre province ou territoire de résidence, au cas où vous êtes *hospitalisé* en raison d'une *maladie* ou d'une *blessure* couverte ou que vous retournez au Canada au titre de la prestation pour transport d'urgence ou pour rapatriement du corps.
17. **Retour du véhicule :** Si approuvé et organisé à l'avance par Intrepid 24/7, à hauteur de 4 000 \$ pour les frais de retour de *vo*tre *véhicule* vers *vo*tre résidence ou vers un organisme de location commerciale, au cas où vous ne seriez pas en mesure de retourner un *véhicule* à son point d'origine en raison d'une *urgence* assurée pendant *vo*tre *voyage*.
18. **Retour des bagages supplémentaires :** Si approuvé et organisé à l'avance par Intrepid 24/7, à hauteur de 500 \$ pour les frais de retour de vos *bagages supplémentaires* vers le point de départ, au cas où vous devez retourner au Canada au titre de la prestation pour transport d'urgence.
19. **Retour à la destination initiale du voyage :** Si approuvé et organisé à l'avance par Intrepid 24/7, à hauteur de 5 000 \$ pour un billet aller simple en classe économique, pour *vo*tre retour et celui d'un *compagnon de voyage* à la destination initiale au cas où vous devez retourner au Canada au titre d'une prestation pour transport d'urgence, et le *médecin* traitant détermine que le *traitement médical* reçu au Canada a mis fin à la situation d'*urgence*. Le retour doit avoir lieu au cours de la période de *vo*tre *vo*yage initiale. La récurrence ou la complication de l'affection à l'origine de *vo*tre retour dans *vo*tre lieu de résidence est exclue en vertu de la présente police.
20. **Recouvrement d'une fraude d'identité :** à hauteur de 5 000 \$ pour les frais suivants engagés dans les 90 jours suivant la fin de la période de couverture suite à une *fraude d'identité* qui s'est produite pendant la période de couverture.
 - a. Les frais de déclaration notariée ou de documents similaires pour les organismes d'application de la loi, les institutions financières ou les distributeurs de crédit similaires et les agences de crédit.
 - b. Les frais d'envoi de courriel certifié aux organismes d'application de la loi, aux institutions financières ou aux distributeurs de crédit similaires ainsi qu'aux agences de crédit.
 - c. Les frais d'une nouvelle demande de prêt suite au refus de la demande initiale car le prêteur a reçu des renseignements incorrects relatifs au crédit.
 - d. Les frais d'appels interurbains ou les transmissions de télécopies à des entreprises, à des organismes d'application de la loi, à des établissements financiers ou à des distributeurs de crédit similaires ainsi qu'à des agences de crédit.
 - e. Les bénéfices que vous avez perdus suite à *vo*tre absence du travail pour remplir une déclaration sous serment, rencontrer des organismes d'application de la loi, des agences de crédit, des marchands ou des conseillers juridiques jusqu'à 250 \$ par jour, pour un maximum de 2 000 \$.
 - f. Les honoraires raisonnables versés à des conseillers juridiques, avec notification et approbation préalable par Intrepid 24/7 pour *vo*tre défense à l'encontre d'une poursuite par des entreprises ou leur société de recouvrement; retrait de tout jugement criminel ou civil dont vous avez fait l'objet à tort; de toute contestation relative à l'information sur *vo*tre rapport de crédit.

La *fraude d'identité* ne comprend pas les dépenses encourues du fait d'un acte frauduleux, malhonnête ou criminel par une *personne assurée* ou par toute personne agissant avec la *personne assurée* ou par un représentant autorisé de la *personne assurée*, qu'il agisse seul ou de connivence avec une autre personne.

EXCLUSIONS

Cette police ne couvre pas les pertes ni les dépenses liées, en totalité ou en partie, directement ou indirectement à l'une ou l'autre des situations suivantes :

1. Toute *maladie*, *blessure* ou *affection médicale* (autre qu'une *affection mineure*) qui n'était pas stable :
 - i. dans les **30 jours** précédents la date d'effet si vous avez moins de 60 ans et que vous voyagez pendant un maximum de 35 jours ou
 - ii. dans les **90 jours** précédents la date d'effet si vous avez moins de 60 ans et que vous voyagez pendant plus de 35 jours ou
 - iii. dans les **90 jours** avant la date d'effet si vous avez entre 60 et 74 ans ou
 - iv. dans les **180 jours** avant la date d'effet si vous avez entre 75 et 79 ans.
2. Les dépenses liées à une *maladie* ou à une *blessure* qui inciterait une personne normalement prudente à obtenir des *soins médicaux*, des conseils, un diagnostic ou des soins au cours de la période de 90 jours immédiatement avant la date d'effet.
3. Les dépenses liées à une *maladie* ou à une *blessure* pour lesquelles vous avez présenté des symptômes après la date d'effet, mais sans avoir cherché à obtenir des *soins médicaux*, et de tels symptômes auraient incité une personne normalement prudente à obtenir des *soins médicaux*, des conseils, un diagnostic ou des soins.
4. Les *soins médicaux* qui ne sont pas *urgents* pour le soulagement immédiat de la douleur et de la souffrance aiguë, y compris la chirurgie ou les soins non urgents ou cosmétiques.
5. En ce qui concerne les prolongations de police ou les assurances complémentaires, toute affection médicale qui est apparue, a été diagnostiquée ou soignée après la date de départ prévue et avant la date d'effet de la prolongation ou du complément.
6. Les frais engagés pour vos déplacements contre l'avis d'un *médecin* ou les pertes découlant de votre *maladie* ou de votre condition médicale, qui d'après le diagnostic d'un *médecin*, était jugée terminale avant la date d'effet.
7. Les *soins médicaux* pouvant être raisonnablement retardés jusqu'à votre retour dans votre province ou territoire de résidence ou au Canada par le prochain moyen de transport disponible, que vous le vouliez ou non.
8. Les *soins médicaux* d'une maladie chronique, les soins réguliers d'une maladie chronique, les soins médicaux à domicile, les examens exploratoires, la réadaptation ou les soins continus.
9. Les *soins médicaux* ou les examens exploratoires des conditions médicales pour lesquelles vous avez reçu des *soins médicaux d'urgence* au cours de votre voyage, une fois que l'*urgence* initiale a pris fin, tel que déterminé par l'équipe médicale d'Intrepid 24/7.
10. La non-conformité avec une thérapie ou avec des soins médicaux prescrits.
11. Les dépenses encourues dans le cas où cette police a été souscrite spécifiquement pour obtenir des *soins médicaux* à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence, qu'ils aient été ou non recommandés par votre médecin traitant.
12. Les transplantations comprenant, mais ne se limitant pas aux greffes de cornée ou d'organes ou aux greffes de moelle osseuse, d'articulations artificielles, de prothèses ou d'implants, y compris tous les frais qui y sont associés.
13. Le remplacement d'une ordonnance existante, que ce soit en raison d'une perte, sauf indication contraire ailleurs dans la police, d'un renouvellement ou d'une provision insuffisante, ou l'achat de drogues et de médicaments (vitamines comprises) que l'on peut normalement se procurer sans ordonnance ou qui ne sont pas enregistrés ou approuvés légalement au Canada ou qui ne sont pas requis dans le cadre d'une *urgence* médicale.

DÉFINITIONS

Certains termes en italiques utilisés dans cette police sont définis dans cette section.

Accident signifie un événement soudain, imprévu, inattendu et involontaire exclusivement attribuable à une cause externe suite à une *blessure* corporelle.

La franchise s'entend du montant (le cas échéant), en dollars canadiens, que *l'assuré* doit payer avant que toute dépense admissible restante soit remboursée au titre de cette police. La franchise s'applique une fois par *personne assurée* et par *urgence* couverte.

Les **enfants à charge** sont les enfants célibataires qui habitent avec vous et qui dépendent de votre soutien si vous êtes leur parent, grand-parent ou tuteur légal, et à la date d'effet, ils sont âgés d'au moins 15 jours et :

- a. moins de 21 ans ou
- b. moins de 26 ans et étudiant à temps plein ou
- c. atteint d'un handicap mental ou physique.

Urgence s'entend d'une *maladie* ou d'une *blessure* inattendue ou imprévue qui survient pendant la période de couverture et pour laquelle vous avez besoin de *soins médicaux* immédiats afin de réduire les risques pour la vie ou pour la santé qui surviennent lorsque vous faites un *voyage* couvert par l'assurance, et de tels *soins médicaux* ne peuvent être retardés et nécessitent votre retour dans votre province ou territoire de résidence au Canada par le prochain moyen de transport disponible, que vous le vouliez ou non. Il n'y a plus d'urgence lorsque vous êtes reconnu médicalement apte à voyager ou que vous sortez de l'hôpital et qu'aucune autre prestation n'est payable à l'égard de l'affection médicale qui a causé l'urgence.

Le **régime d'assurance santé du gouvernement** s'entend de la couverture de soins de santé offerte par les gouvernements fédéraux, provinciaux et territoriaux canadiens aux résidents.

Hôpital s'entend d'un établissement reconnu légalement comme étant un hôpital, offrant en permanence les services d'un ou de plusieurs *médecins* en tout temps ainsi que les services d'infirmières diplômées, qui s'engage principalement à fournir des services de diagnostic ainsi que des soins médicaux et chirurgicaux de *maladie* ou de *blessure* durant la phase aiguë ou des soins actifs de maladie chronique; qui offre des services de diagnostic, des interventions chirurgicales majeures ainsi que de *soins hospitaliers*. Le terme hôpital n'englobe pas les établissements de convalescence, de soins, de repos, ou les soins infirmiers spécialisés, qu'ils fassent partie ou non d'un hôpital général ordinaire ou un établissement principalement exploité comme une clinique, un établissement de soins palliatifs ou de longue durée, un établissement de réadaptation, un centre de traitement pour toxicomanie ou un centre de santé.

Hospitalisation ou 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'avérerait nécessaire d'un point de vue médical.

L'usurpation d'identité s'entend de l'action de transférer ou d'utiliser sciemment, sans autorisation légitime, vos pièces d'identité qui constitue une infraction à la loi fédérale, ou un crime ou une infraction en vertu de la loi fédérale, provinciale, de l'État, d'un territoire ou locale.

Membre de la famille immédiate signifie conjoint, enfant naturel ou adopté, beau-fils, parent, grand-parent, tuteur légal, pupille, frère, sœur, demi-frère, demi-sœur, belle-sœur, beau-parent, grand-parent, petit-enfant, tante, oncle, nièce, neveu, de la *personne assurée*.

Blessure s'entend d'un dommage corporel inattendu et imprévu attribuable directement à un accident subi par une personne assurée pendant la période de couverture et qui requiert des soins d'urgence couverts par cette police.

Assuré, personne assurée s'entend d'une personne admissible nommée dans la proposition et dans la confirmation de l'assurance et pour laquelle la prime requise a été payée.

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

Malade 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.

Soins médicaux s'entend de toute mesure raisonnable de nature médicale, thérapeutique ou diagnostique, nécessaire d'un point de vue médical et prescrite par un médecin traitant. Les soins médicaux comprennent l'hospitalisation, les examens ou les tests de base à des fins d'investigation, la chirurgie, les médicaments d'ordonnance (incluant ceux prescrits au besoin) ou tout autre soin directement attribuable à la *maladie*, à la *blessure* ou au symptôme en question.

Nécessaire d'un point de vue médical, à propos d'un service ou de fournitures, signifie :

- a. qu'ils sont appropriés et conformes au diagnostic, selon les normes reconnues en matière de soins médicaux dans la collectivité;
- b. qu'ils ne sont pas fournis à des fins expérimentales ni de recherche;

14. Tout dommage à des prothèses auditives, lunettes, lunettes de soleil, verres de contact, prothèses dentaires, membres artificiels ou appareils et toute ordonnance qui s'ensuit.
15. Frais associés à toute prestation ou *soins médicaux* qui nécessitent l'approbation préalable d'Intrepid 24/7 si une telle approbation n'était pas fournie, sauf dans des circonstances extrêmes où de tels *soins médicaux urgents* sont effectués dès l'admission à l'hôpital.
16. Des troubles émotifs, psychologiques ou mentaux ou une maladie, état de santé ou symptôme du même ordre, sauf s'ils entraînent une *hospitalisation*.
17. La perte, le décès ou la blessure si, à ce moment, il existait des preuves indiquant que vous étiez affecté par une consommation d'alcool, de drogues interdites ou de toute autre substance intoxicante ou que l'affection médicale à l'origine de la perte ait contribué de manière significative à cette consommation.
18. Soins prénataux de routine; votre grossesse ou votre accouchement, ou des complications y étant liées lorsqu'elles surviennent 9 semaines avant ou après la date prévue d'accouchement; la naissance de votre enfant au cours de votre voyage.
19. Pour les enfants âgés de moins de 2 ans, toute maladie ou condition médicale découlant d'une infirmité congénitale.
20. Le perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte illégal ou d'un acte criminel par une *personne assurée*.
21. Le suicide, la tentative de suicide ou la blessure auto-infligée d'une *personne assurée*, qu'il s'agisse d'une *personne assurée* saine d'esprit ou non.
22. La pratique de l'*escalade de rochers* et de l'*alpinisme*, du deltaplane, du saut en parachute, du saut à l'élastique ou du parachutisme; la participation à des courses motorisées ou à des courses de vitesse; la participation à une activité sportive en tant qu'athlète professionnelle (pour laquelle la *personne assurée* est rémunérée); la plongée (à moins de détenir une certification d'un programme reconnu et accepté à l'international tel que NAUI ou PADI ou si la profondeur de plongée ne dépasse pas 30 mètres).
23. La mort ou la *blessure* subie aux commandes d'un aéronef ou lors de l'enseignement du pilotage d'un aéronef en tant que pilote ou membre de l'équipage.
24. 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 tous 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.
25. Guerre civile ou étrangère, actes d'ennemis étrangers, hostilités déclarées ou non, rébellion, révolution, insurrection ou pouvoir militaire ou votre visite illégale dans un pays.
26. *Terrorisme* ou toute activité ou décision d'un organisme gouvernemental ou de toute autre entité afin d'empêcher, de réagir à ou de mettre fin au *terrorisme*, excepté la perte ou le dommage qui résulte directement d'un incendie ou d'une explosion. Une telle perte ou dommage est exclue indépendamment de toute autre cause ou événement qui contribue simultanément ou dans n'importe quel ordre aux pertes ou aux dommages.
27. La contamination découlant de l'utilisation de matériel radioactif, de combustible nucléaire, de déchets nucléaires ou l'utilisation d'arme(s) de destruction massive (nucléaire, chimique ou biologique).
28. Servir ou faire une formation dans les forces armées, à la garde nationale ou dans le corps de réserve organisé de n'importe quel pays ou une autorité internationale.

- c. que leur omission nuirait à l'état de santé de l'*assuré* ou à la qualité de ses soins médicaux;
- d. qu'ils ne peuvent être retardés avant que la *personne assurée* retourne dans sa province ou territoire de résidence au Canada.

Affection mineure s'entend de toute *maladie* ou *blessure* qui ne requiert pas :

- a. la consommation de médicaments pendant une période de plus de 15 jours ou
- b. plus d'une visite de suivi chez le *médecin*, une *hospitalisation*, une intervention chirurgicale ou
- c. d'être dirigé vers un spécialiste
- d. et qui prend fin au moins 30 jours consécutifs avant la date de départ de chacun des voyages.

Une maladie chronique ou une autre complication d'une maladie chronique n'est pas considérée comme une affection mineure.

Alpinisme – s'entend de l'ascension ou de la descente d'une montagne au moyen d'un équipement spécialisé, notamment des crampons, piolets, relais, pitons à expansion, mousquetons et dispositifs d'ancrage pour l'ascension en moulinette ou en premier de cordée.

Médecin s'entend d'un praticien qui est enregistré et autorisé à pratiquer sa profession médicale conformément aux règlements en vigueur dans la juridiction où il pratique. Le médecin ne peut être un membre de la famille de la *personne assurée* ni un *membre de la famille immédiate*.

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

Maladie s'entend d'une affection ou d'un trouble physiologique soudain ou imprévu qui donne lieu à une perte pendant la période de couverture. La maladie doit être suffisamment grave pour obliger une personne raisonnable à chercher à obtenir des *soins médicaux* auprès d'un médecin.

Conjoint s'entend de la personne avec laquelle vous êtes marié légalement ou avec laquelle la *personne assurée* cohabite en union de fait depuis au moins 12 mois.

Stable s'entend de toute affection médicale (qu'un diagnostic ait été posé ou non), autre qu'une *affection mineure*, pour laquelle aucun des éléments ne se vérifie :

- a. aucune hospitalisation et
- b. aucun nouveau diagnostic, traitement ou médicament prescrit et
- c. aucun changement* de traitement ou de médicaments et
- d. aucun nouveau symptôme, plus fréquent ou plus sévère et
- e. aucun nouveau résultat aux examens indiquant une détérioration et
- f. aucun aiguillage vers un spécialiste (effectué ou recommandé) et vous n'êtes pas dans l'attente d'une intervention chirurgicale ou de résultats d'analyses supplémentaires effectuées par un professionnel médical.

*Changement se rapporte à un nouveau traitement ou un nouveau médicament, l'arrêt d'un traitement ou d'un médicament, l'augmentation ou la diminution d'un traitement ou d'un médicament, mais ne comprend pas la transition entre des versions génériques et de marque des médicaments, avec le même ingrédient actif et concentration ni l'ajustement de routine du dosage dans les limites des paramètres fixés lorsque vous prenez de l'insuline ou des médicaments oraux contre le diabète ou des médicaments contre l'asthme.

Une **maladie en phase terminale** signifie qu'en raison de l'état de santé de la *personne assurée*, le médecin estime qu'elle a une espérance de vie de moins de 6 mois.

Terrorisme s'entend de tout acte ou de toute série d'actes illégaux motivés par des considérations idéologiques, notamment le recours à la violence, à la force ou à la menace de violence ou de force, commis par ou pour un groupe, une organisation ou un gouvernement dans le but d'influencer tout gouvernement ou de semer la peur au sein de la population ou d'une partie de la population.

Compagne de voyage s'entend d'une personne qui partage des arrangements de voyage avec vous, jusqu'à un maximum de 3 personnes.

Voyage s'entend d'un déplacement que vous entreprenez et qui commence lorsque vous quittez votre province ou territoire de résidence et qui se termine lorsque vous retournez dans votre province ou territoire de résidence.

Véhicule – voiture de tourisme, camionnette, mini-fourgonnette, caravane motorisée, camionnette de camping ou motocyclette, que vous possédez ou louez auprès d'une agence de location et que vous utilisez pendant votre voyage.

Vous, votre et vos désigne la *personne assurée*.

LIMITES ET RESTRICTIONS

Notification à la société d'assistance

En cas d'*urgence* médicale, vous devez aviser Intrepid 24/7 dans les 24 heures suivant l'admission à l'hôpital et avant que toute intervention chirurgicale ne soit effectuée.

Intrepid 24/7 doit approuver au préalable toute intervention chirurgicale, tout procédé invasif, tout test diagnostique ou tout traitement (y compris, mais non de façon limitative, le cathétérisme cardiaque), et ce, avant que *l'assuré* ne subisse l'intervention, le procédé, le test diagnostique ou le traitement en question. C'est à *vous* qu'il incombe de demander à *votre médecin* de communiquer avec Intrepid 24/7 pour obtenir son approbation, sauf dans les cas extrêmes où la demande d'approbation préalable retarderait une intervention chirurgicale nécessaire pour corriger une situation grave qui mettrait votre vie en péril.

Si *vous* omettez de communiquer avec Intrepid 24/7 sans motif raisonnable, l'assureur paiera seulement 80 % de la demande payable à hauteur de 25 000 \$. *Vous* serez responsable de tous les frais qui ne sont pas payables par *l'assureur*.

La franchise est indiquée sur la confirmation de *votre* assurance.

Limite des prestations

Une fois que l'état de santé de la *personne assurée* est jugé suffisamment stable pour lui permettre de revenir dans sa province ou territoire de résidence au Canada, ou après qu'un établissement de santé lui ait accordé son congé, la situation d'*urgence* est réputée avoir pris fin; aucun autre traitement, aucune autre consultation, récidive ou complication liée à cette situation d'*urgence* ne pourra alors ouvrir droit à l'assurance au titre du présent contrat.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES ET LIMITES

SOMME GLOBALE

La somme globale maximum pour toutes les pertes découlant d'un incident en vertu de toutes les polices d'assurance voyage souscrites par *l'assureur* est de 20 000 000 \$CA.

CESSION DES PRESTATIONS

Lorsque *l'assureur* vous a payé les dépenses ou les prestations en *votre* nom en vertu de la présente police, *l'assureur* a le droit de recouvrer, à ses frais, ces paiements de toute source applicable ou toute police d'assurance ou régime qui fournit les mêmes prestations ou recouvrements. Cette police permet également à *l'assureur* de recevoir, d'approuver et de négocier des paiements admissibles de ces parties en votre nom. Lorsque *l'assureur* reçoit le paiement d'un autre assureur, ou de toute autre source de recouvrement à *l'assureur*, le payeur respectif est déchargé de tout paiement.

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 pourrissent intenter devra être soumise aux tribunaux de la province ou du territoire où ce contrat a été émis.

ARBITRAGE

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

DEVISE

Toutes les sommes payables en vertu du présent certificat le sont en monnaie légale du Canada, à moins d'indication contraire. Si une *personne assurée* a réglé des frais couverts dans une devise autre que la devise canadienne, la *personne assurée* sera remboursée en dollar canadien au taux d'échange en vigueur à la date que le paiement des réclamations est effectué. L'assurance ne paiera pas les intérêts.

LIMITE DES ACTIONS

Toute action ou procédure contre un *assureur* visant le recouvrement d'une somme d'argent d'assurance payable en vertu du contrat est absolument écarté, à moins que cette action ou ce recours soit entamé pendant le délai prévu dans la Loi sur les assurance ou dans toute autre législation applicable.

LIMITE DES PRESTATIONS

Une fois que la *personne assurée* est jugée médicalement stable pour retourner dans sa province ou territoire de résidence au Canada ou pour poursuivre son voyage, ou après qu'un établissement de santé lui ait accordé son congé, la situation d'*urgence* est réputée avoir pris fin; aucun autre traitement, aucune autre consultation, récidive ou complication liée à cette situation d'*urgence* ne pourra alors ouvrir droit à l'assurance au titre du présent contrat.

FAUSSE DÉCLARATION ET OMISSION DE DÉVOILER DES FAITS ESSENTIELS

L'assurance en vertu de cette police pourra être annulée si *l'assureur* établit avant ou après l'occurrence d'un sinistre, la *personne assurée* a dissimulé, omis ou faussement déclaré des faits essentiels ou des événements entourant le présent contrat ou son intérêt dans celui-ci, ou si la *personne assurée* refuse de communiquer des renseignements ou de permettre l'utilisation de renseignements concernant toute personne assurée aux termes de ce contrat d'assurance. Par conséquent et suite à sinistre, aucune demande ne doit être payable par *l'assureur* et la *personne assurée* doit être l'unique responsable de toutes les dépenses liées à sa demande, y compris les frais de rapatriement.

ERREUR LIÉE À L'ÂGE

En cas d'erreur sur l'âge de la *personne assurée*, la police ou la prime peut être ajustée en fonction de l'âge réel à partir de la date à laquelle *vous* avez demandé à ce que l'assurance prenne effet. Tout ajustement de prime est payable à la réception d'un avis de perception de prime.

AUTRE ASSURANCE

Cette assurance est une assurance « second payeur ». Relativement à toute perte ou à tout dommage assuré ou à tout sinistre payable en vertu de tout régime qu'il s'agisse d'une assurance de responsabilité, d'une assurance collective ou individuelle de base ou d'une assurance maladie complémentaire, d'une assurance automobile privée, provinciale ou territoriale offrant une couverture *pour soins hospitaliers*, médicaux ou thérapeutiques, ou encore de toute autre assurance concurrentement, les sommes payables au titre de la présente assurance se limitent aux frais admissibles à l'extérieur de votre pays d'origine excédant les montants pour lesquels une *personne assurée* est admissible au titre de cette autre assurance. Toute coordination avec un régime lié à l'emploi suit les directives du Canadian Life and Health Insurance Association Inc. En aucun cas *l'assureur* ne tentera de recouvrer des sommes au titre d'un régime lié à l'emploi si le maximum viager pour toute couverture à l'intérieur et à l'extérieur du pays équivaut à 50 000 \$ au moins. Si le maximum viager pour toute couverture à l'intérieur et à l'extérieur du pays est supérieur à 50 000 \$, *l'assureur* coordonnera les prestations seulement supérieures à ce montant.

Il est possible que *vous* ne puissiez demander ni recevoir plus de 100 % du sinistre causé par l'événement assuré.

CONDITIONS LÉGALES

Nonobstant toute autre condition stipulée dans la présente, ce contrat est soumis aux conditions statutaires de la Loi sur les assurances qui régit les contrats d'assurance accident.

LE CONTRAT

La proposition, 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* doit fournir une copie de la proposition à *l'assuré* ou à l'auteur d'une demande de règlement au titre du contrat.

FAITS ESSENTIELS

Aucune déclaration faite par *l'assuré* ou 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

Disponibilité et qualité des soins

Ni *l'assureur* ni Intrepid 24/7 ne doit être tenu responsable de la disponibilité ni de la qualité des *soins médicaux* (ni même de leurs résultats) ou du défaut de la *personne assurée* à obtenir des *soins médicaux* au cours de la période couverte.

Transfert médical ou rapatriement

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 dans votre province ou territoire au Canada en raison d'une *urgence*. Si vous refusez d'être transféré ou rapatrié alors que vous êtes jugé apte à voyager par l'équipe médicale d'Intrepid 24/7, tous les coûts permanents encourus suite à *votre* refus ne seront pas couverts et le paiement de ces coûts est de *votre* seule responsabilité. La protection pour une maladie ou une *blessure* vient à échéance au moment de *votre* refus et aucune protection pour cette *maladie* ou cette *blessure* ne vous sera fournie pour le reste de la période de protection.

Limite des services 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. *Vous* pouvez communiquer avec Intrepid 24/7 avant *votre* départ pour confirmer la protection pendant *votre* voyage assuré.

VERSEMENT EXCÉDENTAIRE DES PRESTATIONS

Rien dans cette police n'empêchera *l'assureur* d'obtenir auprès de la personne ou de l'organisation à laquelle le paiement a été effectué tout versement excédentaire de prestation, indépendamment de la cause du versement excédentaire.

PAIEMENT DES PRIMES

La prime requise est due et payable au moment de la demande et sera déterminée selon la grille de tarification en vigueur à ce moment-là. Les taux de prime et les termes et conditions de la police sont basées sur *votre* âge à partir de la date d'effet. Si la prime payée est suffisante pour la protection choisie, *l'assureur* facturera et recueillera tout sous-paiement. La protection sera caduque si la prime n'est pas obtenue, si un chèque n'est pas accepté pour une raison quelconque, si les frais de carte de crédit sont invalides ou si aucune preuve de *votre* paiement existe.

PROTÉGER VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

L'assureur accorde une grande importance à la protection de vos renseignements personnels. Vos renseignements seront recueillis, utilisés et divulgués seulement en vue de *vous* fournir les services d'assurance que *vous* avez demandés. Les renseignements restent confidentiels, tel qu'exigé en vertu des lois fédérales et provinciales applicables. En cas de sinistre, Intrepid 24/7 et *l'assureur* peut recueillir vos renseignements médicaux personnels détenus par un tiers. Ces renseignements peuvent être divulgués aux employés d'Intrepid 24/7 et à *l'assureur* à des fins d'analyse de votre demande ainsi que pour 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 au sujet de la politique sur la protection des renseignements personnels, veuillez consulter :

www.berkleycanada.com/privacy.

REMBOURSEMENTS

Vous avez le droit de résilier le présent contrat dans un délai de 10 jours à la réception du contrat et de recevoir un remboursement complet à condition que *vous* ne soyez pas déjà parti en voyage et qu'aucune demande n'ait été faite ni ne sera faite. *Vous* devez aviser *votre* courtier ou représentant en assurance immédiatement si *vous* souhaitez annuler *votre* protection et une confirmation écrite doit être envoyée dans un délai de 10 jours suivant la réception.

- Un remboursement complet du paiement des primes versées sera effectué à condition qu'une demande écrite soit obtenue de votre courtier ou représentant avant la date de prise d'effet de la protection.
- La prime payée (moins les frais d'administration de 25 \$) peut être partiellement remboursés au cas où vous devez retourner dans *votre* province ou territoire de résidence au Canada avant *votre* date de retour prévue, à condition qu'aucune demande n'ait été engagée à aucun moment durant votre période de couverture ou lors de *votre* retour nécessitant une réiliation de *votre* police. Tous les voyageurs assurés en vertu de cette police doivent retourner ensemble pour qu'un remboursement soit possible.

Remarque : Les demandes de remboursement doivent être effectuées par écrit dans les 60 jours suivant la date d'expiration de *votre* police à votre courtier ou à votre représentant. Si votre courtier ou votre représentant reçoit une preuve satisfaisante (p. ex. un billet d'avion ou une estampille des douanes/de l'immigration) de la date réelle de *votre* retour dans *votre* province ou territoire de résidence au Canada, *votre* remboursement sera calculé à partir de cette date. Autrement, le calcul de ces remboursements sera effectué selon la date du cachet de *votre* demande écrite.

Aucun remboursement ne vous sera accordé si le montant de la prime à être remboursé est de moins de 20 \$ par contrat.

SUBROGATION

Dans le cas où une *personne assurée* subit une perte couverte au titre du présent contrat, la *personne assurée* accorde à *l'assureur*, le droit d'intenter une action en justice contre toute personne, personne morale ou entité juridique ayant causé le sinistre, et ce, afin de faire respecter tous les droits, pouvoirs, privilèges et recours relativement aux sommes payables au titre du présent contrat.

En outre, si la *personne assurée* a droit à une assurance ou à d'autres garanties sans égard à la responsabilité, *l'assureur* a le droit d'exiger et d'obtenir les sommes payables au titre de ces garanties.

Si *l'assureur* décide d'intenter une action en justice, il le fera à ses frais, au nom de la *personne assurée*, et la *personne assurée* doit se présenter sur les lieux du sinistre afin de faciliter le déroulement des procédures, en plus de fournir à *l'assureur* tous les renseignements, la collaboration et l'aide dont il peut avoir besoin. Si la *personne assurée* présente une requête ou si elle intente une action en justice relativement à un sinistre couvert, elle doit en aviser immédiatement *l'assureur* afin que celui-ci puisse protéger ses droits.

Après la survenance d'un sinistre, la *personne assurée* ne peut intenter une action en justice qui porterait atteinte aux droits de *l'assureur*, tels qu'énoncés dans le présent paragraphe et doit prendre toute mesure nécessaire pour protéger ces droits.

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, une personne assurée ou un bénéficiaire ayant le droit de faire une demande, ou l'agent de l'un d'eux, doit,

- fournir un avis écrit d'une demande à *l'assureur*,
 - en le remettant ou en l'envoyant par courrier recommandé au siège social ou à l'agence principale de *l'assureur* dans la province ou
 - 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;

- 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 :
 - la survenue d'un *accident* ou le début d'une *maladie*,

- ii. le sinistre causé par l'accident ou la 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
- c. 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

1. 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, à une maladie ou à une invalidité, et qu'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
2. 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.

SERVICES D'ASSISTANCE INTERNATIONALE

Si vous présentez des symptômes ou que vous avez besoin de soins médicaux pendant votre voyage, vous devez communiquer immédiatement avec Intrepid 24/7 :

+1 (800) 203 8508 | sans frais depuis les États-Unis et le Canada

+1 (416) 646 3107 | à frais viré si ce service est offert dans le pays où vous vous trouvez

email: intrepid@intrepid247.com

Centre d'appels d'urgence — Peu importe votre destination, le personnel de soutien professionnel est prêt à vous répondre. Intrepid 24/7 peut aussi vous fournir les instructions et les codes de Canada Direct pour que vous traitiez seulement avec des opérateurs téléphoniques canadiens.

Renvoi à des spécialistes — Intrepid 24/7 peut vous diriger vers des fournisseurs de services médicaux préférés (hôpitaux, cliniques et médecins) situés à proximité de l'endroit où vous séjournez. Dans ce genre de situations, il est moins probable que vous deviez régler vous-même les frais pour ces services.

Renseignements sur les prestations — L'explication de cette police est à votre disposition et à la disposition des fournisseurs médicaux qui soignent la personne assurée.

Médecins consultants — L'équipe de professionnels de la santé d'Intrepid 24/7, disponible 24 heures par jour, surveillera les services offerts en cas d'urgence grave. Si nécessaire, Intrepid 24/7 vous aidera à retourner dans votre province ou territoire de résidence ou au Canada pour les soins requis.

Transmission de messages urgents — En cas d'urgence médicale, Intrepid 24/7 communiquera avec votre compagnon de voyage afin de l'aviser de votre situation médicale et vous aidera à échanger des messages importants avec votre famille.

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, de la maladie 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 argent payable en vertu de ce contrat doit être payé par l'assureur dans un délai de 60 jours après réception de la preuve de sinistre.

RÉCLAMATIONS

PROCÉDURES DE RÉCLAMATION

Les réclamations doivent être envoyées dans un délai de 30 jours qui suivent les premiers frais médicaux. Il est de votre responsabilité de fournir tous les documents énumérés ci-après et de régler les frais y afférents. Pour présenter une demande, la personne assurée doit :

- a. compléter et envoyer un formulaire de réclamation pour chaque nouvelle maladie ou blessure;
- b. envoyer toutes les factures détaillées originales du/des fournisseurs de soins, où sont indiqués le nom du patient, le diagnostic, toutes les dates et le type de soins, ainsi que le nom de l'établissement de soins de santé ou le médecin;
- c. fournir des reçus de médicament sur ordonnance (pas le reçu de caisse) du pharmacien, du médecin ou de l'hôpital indiquant le nom du médecin prescripteur, le numéro de la prescription, le nom de la préparation, la date, la quantité et le coût total;
- d. fournir une preuve de la date (des dates) de départ et de la date (des dates) de retour;

- e. fournir une preuve écrite de la réclamation dans un délai de 90 jours suivant la date de réception des services couverts en vertu de la police;
- f. fournir des renseignements supplémentaires relatifs à la réclamation de la personne assurée, tel que requis par Intrepid 24/7 à la réception de la demande;
- g. signer et retourner le formulaire d'autorisation fourni par Intrepid 24/7, autorisant l'assureur à récupérer le paiement du régime d'assurance santé du gouvernement provincial ou territorial canadien. L'assureur coordonnera et paiera la demande de règlement de la personne assurée aux fournisseurs de soins participants et s'ils y sont autorisés, coordonnera les demandes directement auprès du régime d'assurance santé du gouvernement provincial ou territorial canadien au nom de la personne assurée et
- h. retourner la partie non utilisée du billet d'avion de la personne assurée à Intrepid 24/7, si la prestation pour transport d'urgence est utilisée.

Tous les documents pertinents doivent être envoyés à Intrepid 24/7.

IDENTIFICATION DE L'ASSUREUR

Souscrit par :

Berkley Canada (a Berkley Company)
145 King Street West
Suite 1000
Toronto, Ontario M5H 1J8

Réclamations administrées par :

Intrepid 24/7
460 Richmond Street West
Suite 100
Toronto, Ontario M5V 1Y1