

Assurance voyage à l'extérieur du Canada

Protection souscrite par : L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie

ASSISTANCE D'URGENCE EN TOUT TEMPS

Pour les urgences médicales, l'assistance et les questions générales concernant votre assurance voyage, veuillez appeler **Assistance mondiale Trident** :

Sans frais : 1 800 267-8777

(au Canada et aux États-Unis)

Appel international à frais virés : 416 814-7615

(à partir de tout autre pays)

Le fait de ne pas contacter **Assistance mondiale Trident** dans les 24 premières heures d'une hospitalisation ou d'une visite en salle d'urgence ou en clinique médicale pour une **urgence** peut entraîner une réduction des prestations au titre du contrat.

Veuillez consulter la section Limites et exclusions de la présente **police**.#

TABLEAU DES GARANTIES

Les prestations offertes par la protection de l'assurance voyage HMC à l'extérieur du Canada sont résumées dans le tableau ci-dessous. Cette protection fournit une assurance voyage à une **personne assurée** voyageant en dehors de sa province ou de son territoire de résidence canadien et en dehors du Canada. **Vous** ne bénéficiez que de la (des) protection(s) indiquée(s) sur le **reçu de police** le plus récent.

Veuillez consulter les dispositions de la présente **police** pour plus de détails sur les garanties ainsi que les conditions, limites et exclusions applicables, ainsi que les limites applicables (\$ CA) aux garanties individuelles, qui déterminent le montant maximal qui peut être réclamé pour une garantie par **personne assurée**.

La protection maximale que **vous** avez souscrite, telle qu'indiquée dans le **reçu de police** le plus récent, est le montant maximal payable par **personne assurée** au titre de la protection, quel que soit le nombre de dépenses couvertes encourues pendant la **période contractuelle**. Si une **personne assurée** n'est pas couverte par un **régime public d'assurance maladie** (RPAM), le plafond de protection auquel elle peut prétendre est de 200 000 \$.

Protection des frais médicaux d'urgence et des services d'assistance d'urgence	Montants de protection offerts : Avec RPAM : 2 000 000 \$, 5 000 000 \$ ou sans RPAM : 200 000 \$
Hospitalisation et médecins	Jusqu'à la protection maximale
Analyses diagnostiques	Jusqu'à la protection maximale
Médicament sur ordonnance	Jusqu'à la protection maximale
Appareils médicaux	Jusqu'à la protection maximale
Services ambulanciers d'urgence	Jusqu'à 4 000 \$
Soins infirmiers privés à l'hôpital	Jusqu'à la protection maximale
Douleur dentaire d'urgence (blessure)	Jusqu'à 2 000 \$
Retour d'un véhicule	Jusqu'à 2 500 \$
Retour d'urgence à la maison	Jusqu'à la protection maximale
Dépenses liées au décès	Jusqu'à 5 000 \$
Rapatriement des personnes à charge	Jusqu'à la protection maximale
Indemnités de subsistance	150 \$ par jour, jusqu'à 1 500 \$
Personne de soutien - Repas et hébergement	Jusqu'à 300 \$
Services paramédicaux d'urgence	Jusqu'à 250 \$ par catégorie de praticien
Retour à la maison pour événement majeur	Jusqu'à 3 000 \$

PRÉSENTATION

Contrat

Les termes « **nous** », « **notre** », « **nos** » et « **société** » désignent L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie. « **Vous** », « **vos** » et « **votre** » désignent la **personne titulaire** de la police, comme défini dans la présente **police**. **Les autres termes en gras et en italique sont définis dans la section Définition de la présente police ou dans d'autres dispositions de la présente police.**

La présente **police**, **votre proposition**, le **reçu de police** le plus récent et tous les avenants dont nous convenons avec vous constituent l'intégralité du contrat entre **vous** et la **société** en ce qui concerne votre assurance voyage. Reportez-vous au plus récent **reçu de police** pour connaître la ou les garanties souscrites, le ou les montants de protection maximaux et toute **franchise** applicable. La présente **police** et les avenants applicables définissent les conditions, les limites et les exclusions de votre assurance voyage.

Votre contrat contient une disposition supprimant ou restreignant votre droit de désigner les personnes auxquelles ou au profit desquelles l'argent de l'assurance doit être versé.

Période d'examen de 10 jours sans obligation

Vous disposez de 10 jours pour examiner **votre** contrat après l'avoir reçu. Si, pour quelque raison que ce soit, **vous** n'êtes pas satisfait(e) de **votre** contrat, renvoyez-le à la société ou à **votre courtière** ou **courtier** à l'intérieur de ces 10 jours (pourvu que, si **vous** avez souscrit une assurance voyage unique, la **personne assurée** n'ait pas déjà commencé le **voyage**) avec **votre** demande écrite d'annulation, et toute prime payée pour le contrat sera remboursée, pourvu que **vous** n'ayez soumis aucune demande de règlement et que le contrat soit en vigueur. Le contrat sera alors annulé et sera réputé n'avoir jamais été en vigueur, et aucune indemnité ne sera versée.

ADMISSIBILITÉ

Pour pouvoir bénéficier d'une protection au titre du contrat, à la date de la proposition, une personne assurée doit être physiquement présente au Canada. Cette exigence ne s'applique pas si **vous** demandez une protection voyage unique en tant que protection **complémentaire** pour un autre contrat d'assurance voyage.

Pour pouvoir bénéficier d'une protection au titre du contrat, à la date d'effet, une personne assurée doit :

- a) avoir la citoyenneté canadienne ou la résidence permanente, ou
b) être une personne visitant le Canada;
- avoir au moins 15 jours, mais moins de 95 ans; et
- être la **personne titulaire** de la police, sauf si la seule **personne assurée** est âgée de moins de 18 ans (au Québec) ou de moins de 16 ans (dans toutes les autres provinces ou tous les autres territoires du Canada), auquel cas la **personne titulaire** de la police doit être le parent ou la tutrice légale ou le tuteur légal de la **personne assurée**; et
- si elle n'est pas la **personne titulaire** de la police, elle doit être la **personne conjointe** ou une **personne à charge** de la **personne titulaire** de la police; et
- être assurable conformément à **nos** règles d'appréciation des risques alors en vigueur.

Une personne assurée n'est admissible à aucune assurance au titre du contrat si, à la date d'effet, l'une des situations suivantes s'applique à une personne assurée, même si la situation est divulguée dans la proposition :

- elle présente des signes ou des symptômes nouveaux ou non diagnostiqués d'une **maladie** pour laquelle elle s'attend raisonnablement à avoir besoin d'un **traitement** pendant la durée du contrat, ou elle aura un besoin raisonnablement prévisible de **traitement** pendant la durée du contrat;

- au cours des 12 mois précédant la **date d'effet**, elle :
 - a) a reçu un diagnostic de cancer de stade 3 ou 4, eu un cancer avec métastases ou reçu un **traitement** pour un cancer du pancréas ou un cancer du foie;
 - b) a reçu un **pronostic terminal** ou un diagnostic de sclérose latérale amyotrophique (SLA, maladie de Lou Gehrig);
 - c) s'est vu prescrire de l'oxygène à domicile (y compris un concentrateur d'oxygène) ou de la prednisone pour une **affection pulmonaire** ou **cardiaque**;
 - d) a souffert de fibrose pulmonaire, de fibrose kystique ou de maladie pulmonaire interstitielle;
 - e) a reçu un diagnostic ou un **traitement** pour une maladie rénale de stade IV ou V, une maladie rénale nécessitant une dialyse ou une cirrhose du foie;
 - f) a utilisé de la nitroglycérine sous quelque forme que ce soit (vaporisateur, timbre cutané ou pilule) dans le cadre d'une **affection cardiaque** pour soulager une angine ou une douleur thoracique ou présentait une cardiomyopathie avec ventricule de grade IV ou une fraction d'éjection ventriculaire inférieure ou égale à 40 %;
 - g) eu une dilatation de l'aorte ou un anévrisme qui n'a pas été réparé chirurgicalement;
 - h) a résidé dans un établissement de soins de longue durée ou un établissement d'aide à la vie autonome où elle a reçu de l'aide dans les activités de la vie quotidienne (se laver, manger, utiliser les toilettes, prendre des **médicaments** ou s'asseoir ou se lever d'une chaise ou d'un lit); ou
 - i) a été avisée par une ou un **médecin** qu'il serait médicalement dangereux d'effectuer le **voyage** ou qu'elle ne devrait pas l'effectuer;
- au cours des 3 années précédant la **date d'effet**, elle a reçu un **traitement** pour une anémie aplastique, une anémie hémolytique, une anémie drépanocytaire ou une anémie nécessitant des transfusions sanguines ou des greffes de moelle osseuse, ou elle a reçu un **traitement** dans un **hôpital** pour une anémie au moyen de suppléments de fer;
- a reçu un **traitement** ou pris des **médicaments** en raison d'une insuffisance cardiaque congestive ou d'autres types d'insuffisance cardiaque; ou
- a subi une greffe de moelle osseuse, une greffe de cellules souches ou une greffe d'organe (à l'exception d'une greffe de cornée).

Si la **société** détermine à tout moment qu'une **personne assurée** n'était pas admissible conformément aux termes de la présente section, le contrat est nul et non avenu et est réputé n'avoir jamais pris effet, aucune prestation ne sera payable et les primes ne peuvent pas être remboursées en cas de fraude.

FONCTIONNEMENT DE LA POLICE

Accord d'assurance

Sous réserve des conditions, limites et exclusions énoncées dans **votre** contrat, la **société** versera les prestations prévues dans le contrat si une demande de règlement est présentée et approuvée. Les prestations sont payables par **personne assurée** dans la limite des maximums individuels, s'il y a lieu, et, globalement, selon la protection maximale indiquée sur le plus récent **reçu de police**, après déduction de toute **franchise**, s'il y a lieu, par **personne assurée**. La **période contractuelle** maximale autorisée par le présent contrat est de 365 jours.

Ces garanties couvrent les dépenses admissibles encourues par une **personne assurée** pour les **urgences** qui surviennent pendant la **période contractuelle** et qui ne sont pas couvertes par une autre protection d'assurance ou d'autres montants, sous réserve des conditions suivantes :

1. Les soins, services ou fournitures faisant l'objet de la demande de règlement ont été fournis ou obtenus sur autorisation ou prescription écrite d'une ou d'un **médecin**;
2. Les prestations sont limitées au montant des frais réels engagés, dans la limite du maximum individuel précisé dans la disposition applicable et, globalement, dans la limite de la protection maximale indiquée sur le **reçu de police** le plus récent;
3. Les frais encourus en raison d'une **maladie préexistante** sont exclus, sauf si le plus récent **reçu de police** indique que la **personne assurée** bénéficie d'une protection pour les **maladies**

préexistantes et que la **personne assurée** (ou **vous** au nom de la **personne assurée**) a répondu entièrement et sincèrement aux questions du questionnaire médical de la **proposition** et a divulgué toutes les **maladies préexistantes** pertinentes pour l'assurance demandée, et que la **maladie préexistante** pour laquelle les frais sont engagés n'est pas expressément exclue dans le **reçu de police** le plus récent;

4. Aucune **franchise** ne s'appliquera aux demandes de règlement, à moins que **vous** choisissiez une **franchise** pour **votre** protection; et
5. Le remboursement des dépenses admissibles n'est pas interdit par la loi.

Les frais non couverts par le contrat sont à **votre** charge.

Protection pour maladies préexistantes

Pour bénéficier de l'assurance pour les **maladies préexistantes**, la **personne assurée** (ou **vous** en son nom) doit répondre de manière complète et véridique aux questions du questionnaire médical figurant dans la **proposition** y compris la divulgation de toutes les **maladies préexistantes** pertinentes pour l'assurance demandée, et l'état de santé de la **personne assurée** ne doit pas changer et doit rester **stable** entre la **date de la proposition** et la **date d'effet**.

Veillez contacter **votre courtière ou courtier** si l'état de santé d'une **personne assurée** change ou ne reste pas **stable** entre la **date de la proposition** et la **date d'effet**, ou si, à la **date d'effet**, les réponses de la **personne assurée** aux questions de la **proposition** ne sont plus exactes ou complètes pour quelque raison que ce soit.

Veillez noter que la **société** peut annuler le contrat conformément à ses conditions, sur la base de fausses déclarations ou d'omissions de renseignements importants pour l'assurance dans **vos** réponses ou celles de la **personne assurée** aux questions de la **proposition**. Si la **société** annule le contrat, celui-ci est réputé n'avoir jamais pris effet, aucune prestation n'est due et les primes ne peuvent pas être remboursées en cas de fraude. Reportez-vous aux détails de la section « Fausses déclarations et/ou non-divulgaration » des Conditions générales de la présente **police**.

TYPES DE PROTECTION

Protection annuelle voyages multiples

La protection annuelle voyages multiples offre une protection à la (**aux**) **personne(s) assurée(s)** uniquement pendant la **période de protection** de chaque **voyage** effectué pendant que le contrat est en vigueur. La protection annuelle voyages multiples doit avoir une **période contractuelle** de 365 jours et ne peut pas être utilisée pour bonifier ou **compléter** la protection d'un autre contrat d'assurance voyage.

Tant que le contrat est en vigueur, la **période de protection** d'un **voyage** commence au début du **voyage** et se termine à la première des éventualités suivantes :

- (i) à la fin du **voyage**;
- (ii) à 23 h 59 le dernier jour de la **période de protection** du **voyage**; ou
- (iii) à la **date d'expiration** ou à toute date antérieure conformément à la section « Fin du contrat » des Conditions générales de la présente **police**.

La **période de protection** pour un **voyage** ultérieur ne peut commencer que si la **personne assurée** est revenue au Canada pour une période de 24 heures ou plus et que le contrat est en vigueur.

Vous pouvez prolonger la **période de protection** du premier **voyage** effectué pendant la **période contractuelle**, jusqu'à concurrence du nombre de jours que **vous** avez choisi pour la protection **complémentaire** dans la **proposition** et tel qu'indiqué sur le **reçu de police**.

Si **vous** avez besoin d'une protection supplémentaire au-delà du nombre de jours que **vous** avez choisi pour la protection **complémentaire**, **vous** pouvez demander une protection voyage unique.

Protection voyage unique

La protection voyage unique couvre la ou les **personnes assurée(s)** pendant la **période de protection** pour un **voyage** à l'extérieur du Canada. La protection voyage unique doit avoir une **période contractuelle** égale à la **période de protection** et peut servir de protection **complémentaire** pour d'autres contrats d'assurance voyage.

La **période contractuelle** commence à la **date d'effet** et se termine à la fin du **voyage** ou à la **date d'expiration**, selon la première de ces éventualités,

ou à une date antérieure conformément à la section « Fin du contrat » des Conditions générales de la présente **police**.

MODIFICATION DE VOTRE CONTRAT

Pour demander une modification du contrat, y compris de la **date d'effet** ou de la **date d'expiration**, pour changer de protection ou pour annuler le contrat, veuillez contacter **votre courtière ou courtier** qui vous aidera à faire la demande de modification. Le numéro de téléphone de **votre courtière ou courtier** figure sur le plus récent **reçu de police**.

Les demandes de modification de la protection ou de la **date d'effet** doivent être faites et approuvées par la **société** avant la **date d'effet**. Sous réserve des conditions du contrat, les demandes de modification de la **date d'expiration** ou d'annulation du contrat doivent être faites et approuvées par la **société** avant la **date d'expiration**.

Les modifications apportées au contrat ne prennent effet que si elles sont confirmées par la **société** par l'émission d'un nouveau **reçu de police**. Consultez la section « Frais de service et frais administratifs » de la présente **police** pour plus de détails sur les frais et les changements qui peuvent s'appliquer si **vous** modifiez le contrat.

Prolongation de la protection

Si **vous** bénéficiez d'une protection voyage unique, **vous** pouvez demander à modifier la **date d'expiration** afin de prolonger la **période contractuelle** jusqu'à une **période contractuelle** maximale de 365 jours, pourvu que la demande de prolongation soit faite au moins 10 jours avant la **date d'expiration** initiale, qu'elle réponde aux exigences minimales en matière de primes et qu'aucune demande de règlement ne soit soumise ou payable au titre du contrat. Une demande de prolongation sera invalidée si, avant l'approbation de la prolongation par la **société**, une **urgence** survient pour laquelle une demande de règlement peut être présentée au titre du contrat. La décision d'accorder une prolongation est laissée à l'entière discrétion de la **société**.

Les modifications apportées au contrat ne prennent effet que si elles sont confirmées par la **société** par l'émission d'un nouveau **reçu de police**.

Prolongation automatique de la protection

Le contrat sera automatiquement prolongé pour les périodes indiquées ci-dessous, sans prime supplémentaire, si, à la **date d'expiration** ou immédiatement avant celle-ci :

1. une **personne assurée** est **hospitalisée**, pendant la durée de l'**hospitalisation** et jusqu'à 72 heures après la fin de la situation d'**urgence**; ou
2. le transporteur commercial régulier d'une **personne assurée** subit des retards dus à des conditions météorologiques extrêmes ou à des pannes mécaniques, pendant une période pouvant aller jusqu'à 72 heures après la résolution de ces retards.

Il est essentiel d'informer immédiatement **Assistance mondiale Trident** de tels événements et de fournir une preuve documentée de ces événements à la satisfaction de **Assistance mondiale Trident**.

SERVICES COUVERTS

Le contrat prévoit une protection pour les dépenses admissibles engagées à la suite d'une **urgence** subie par une **personne assurée** au cours de la **période de protection**, sous réserve des limites et exclusions énoncées dans la présente **police**. Les prestations sont payables par **personne assurée** dans la limite des maximums individuels, s'il y a lieu, et, globalement, selon la protection maximale indiquée sur le **reçu de police** le plus récent, après déduction de toute **franchise**, s'il y a lieu, par **personne assurée**.

Les dépenses admissibles pour les services médicaux d'**urgence** sont couvertes si elles sont engagées dans le cadre du protocole de **traitement d'urgence** et si elles sont **médicalement nécessaires** pour faire face à l'**urgence**. Lorsque la **direction médicale** détermine qu'aucun autre **traitement d'urgence** n'est **médicalement nécessaire**, l'**urgence** est réputée avoir pris fin et les soins médicaux ultérieurs ne font pas partie du protocole de **traitement d'urgence** et ne sont donc pas couverts, sauf mention contraire expresse dans les dispositions relatives aux prestations.

Sous réserve des conditions du contrat, y compris, mais sans s'y limiter, les limites et exclusions énumérées dans le contrat, les dépenses suivantes sont couvertes à l'égard d'une **personne assurée** confrontée à une

situation d'urgence pendant la **période de protection**, alors que le contrat est en vigueur :

FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE

1. **Services médicaux d'urgence** – certains frais médicaux, à l'intérieur et à l'extérieur de l'**hôpital**, qui sont **médicalement nécessaires** dans le cadre d'un **traitement d'urgence**, y compris :

- (i) Soins dispensés par une ou un **médecin**;
- (ii) Frais d'**hospitalisation**, jusqu'à concurrence du tarif pour une chambre à deux lits;
- (iii) Tests diagnostiques nécessaires pour obtenir un diagnostic d'une ou d'un **médecin**;
- (iv) **Médicaments** prescrits par une ou un **médecin** pour le **traitement** de la **maladie** ou de la **blessure** de la **personne assurée**;
- (v) Ablation de points de suture ou d'un plâtre (jusqu'à un maximum de 300 \$ par **urgence**, pourvu que l'ablation soit effectuée dans les 60 jours suivant la date de présentation de la demande de règlement); et
- (vi) Location ou achat d'équipement médical tels que lits d'hôpitaux, fauteuils roulants, appareils orthopédiques, béquilles ou autres appareils médicaux nécessaires, l'option la moins chère étant prise en charge;

pourvu que ces frais médicaux soient recommandés ou prescrits par une ou un **médecin**.

Les procédures suivantes requièrent l'approbation préalable de la **direction médicale**, sauf si elles sont jugées **médicalement nécessaires** dans le cadre du protocole de **traitement d'urgence** déterminé par la ou le médecin traitant :

- (i) Interventions chirurgicales;
- (ii) Tests diagnostiques tels que l'imagerie par résonance magnétique (IRM), la tomодensitométrie, la biopsie et d'autres tests diagnostiques; et
- (iii) Procédures médicales cardiaques ou liées au cœur, telles que le cathétérisme cardiaque, le pontage coronarien, l'angioplastie coronarienne ou toute intervention chirurgicale impliquant le cœur.

2. **Services ambulanciers d'urgence**

- (i) Coût des services ambulanciers terrestres locaux, et/ou
- (ii) Coût des services ambulanciers aériens,

pour le transport vers un fournisseur de services médicaux en cas d'**urgence**. L'approbation de la **direction médicale** est requise pour le transport par ambulance aérienne. Indemnité maximale : 4 000 \$

3. **Soins infirmiers privés à l'hôpital** – le coût des soins reçus à l'**hôpital** par le personnel infirmier agréé qui n'est pas un **membre de la famille**, pourvu que les soins :

- (i) découlent d'une **urgence**;
- (ii) aient été approuvés par une ou un **médecin**; et
- (iii) aient été approuvés au préalable par la **direction médicale**.

4. **Soins dentaires d'urgence à la suite d'une blessure à la bouche** – frais dentaires dans le cas où une **personne assurée** a besoin de **soins** dentaires pour réparer ou remplacer des dents naturelles intactes ou des dents artificielles fixées de façon permanente à la suite d'une **blessure** à la bouche, pourvu que ce **traitement** soit effectué dans les 30 jours suivant la **blessure**. Indemnité maximale : 2 000 \$

SERVICES D'AIDE D'URGENCE

1. **Retour du véhicule** – Dans le cas où une **personne assurée** est incapable de conduire son véhicule jusqu'à son point de départ initial en raison d'une **urgence**, les coûts raisonnables associés au retour du véhicule de la **personne assurée** jusqu'à son point de départ initial, sous réserve que les conditions suivantes soient remplies :

- (i) une **personne assurée** signale cette **urgence** à **Assistance mondiale Trident** dans les 24 heures suivant la prestation du **traitement**;
- (ii) le véhicule est restitué dans les 30 jours suivant le premier jour de l'**urgence**;
- (iii) le véhicule est ramené au point de départ initial par un chauffeur employé par une société professionnelle de retour de véhicules; et

- (iv) **vous** ou la **personne assurée** obtenez une facture de l'entreprise professionnelle de retour de véhicules pour les services du chauffeur.

S'il s'agit d'une voiture de location, la **société** prend en charge les frais de retour à l'agence de location, mais pas les frais de location eux-mêmes.

Cette prestation ne peut être demandée qu'une seule fois au cours de la **période de protection**, et des reçus valides doivent être fournis dans le cadre de la procédure de demande de règlement. **Indemnité maximale** : 2 500 \$

2. **Retour d'urgence au domicile** – Si la **direction médicale**, en consultation avec la ou le **médecin** traitant, détermine qu'il est nécessaire que le traitement d'**urgence** de la **personne assurée** se poursuive dans un autre **hôpital** ou demande son retour ou son transfert dans sa province ou son territoire de résidence au Canada, une ou plusieurs des dépenses suivantes, telles que coordonnées ou autorisées par la **direction médicale** à l'avance, en utilisant l'itinéraire le plus rentable :

- (i) Le coût d'un billet en classe économique ou d'un billet pour un vol nolisé;
- (ii) Un tarif de civière sur un vol commercial;
- (iii) Le tarif aller-retour en classe économique ou sur un vol nolisé d'un accompagnateur médical qualifié, ainsi que ses honoraires et dépenses raisonnables si la société aérienne le juge nécessaire;
- (iv) Le coût d'une ambulance aérienne à réaction ou à hélice; et/ou
- (v) Le tarif supplémentaire pour une **personne accompagnatrice** qui **vous** accompagne.

- a) **Frais liés au décès d'une personne assurée** – Dans l'éventualité où une **situation d'urgence** entraînerait le décès d'une **personne assurée**, les frais liés à la préparation ou au transport de son corps jusqu'à sa résidence principale. Les dépenses liées à un cercueil, à une urne ou à une pierre tombale ne sont pas couvertes par ce contrat. **Indemnité maximale** : 5 000 \$

- b) **Retour des personnes à charge** – Dans le cas où **une personne assurée** est **hospitalisée** pour une **urgence** d'une durée supérieure à 24 heures :

- (i) les frais de transport d'une **personne à charge** jusqu'à son point de départ initial, et
- (ii) si la société aérienne l'exige, les frais de transport d'un accompagnateur qualifié jusqu'au point de départ initial de la **personne à charge** et à partir de celui-ci, en utilisant l'itinéraire le plus rentable.

- c) **Indemnité de subsistance** – En cas d'**urgence** empêchant la **personne assurée** ou la **personne accompagnatrice** de retourner au point de départ initialement prévu ou nécessitant un transfert vers un lieu différent de la destination initiale, certaines dépenses **raisonnables et habituelles** encourues par la **personne assurée**, y compris les repas, l'hébergement à l'hôtel, les appels téléphoniques et les frais de taxi, mais à l'exclusion des autres formes de transport public et des services Internet ou de téléphonie mobile. **Indemnité maximale** : 150 \$ par jour, pour un maximum de 1 500 \$.

Si le contrat n'est pas prolongé conformément à la section « Modification de votre contrat » de la présente **police**, les frais ne seront pas couverts s'ils sont encourus après la fin du contrat conformément à la section « Fin du contrat » des Conditions générales de la présente **police**.

- d) **Personne de soutien** – Si une **personne assurée** voyage seule et qu'elle est **hospitalisée** pour une **urgence** pour une période de 3 jours ou plus, les frais suivants :

- (i) le tarif en classe économique ou le tarif pour un vol nolisé pour qu'une personne se rende au chevet de la **personne assurée**, par l'itinéraire le plus économique; et
- (ii) les frais de repas et d'hébergement de cette personne. **Indemnité maximale** : 300 \$

Si la **personne assurée** est une **personne à charge**, cette garantie est immédiatement disponible dès son admission à l'**hôpital**.

La personne de soutien sera également couverte par ce contrat en tant que **personne assurée**, à condition qu'elle soit identifiée comme tel auprès d'**Assistance mondiale Trident**, sous réserve de toutes les dispositions, conditions, limites et exclusions et sans aucune protection

pour toute **maladie préexistante**, jusqu'à ce que la **personne assurée** soit jugée médicalement apte à retourner à sa résidence principale.

- e) **Services paramédicaux d'urgence** – le coût des soins reçus de fournisseurs de soins de santé agréés, y compris les acupuncteurs, les chiropraticien(ne)s, les ostéopathes, les physiothérapeutes ou les podiatres, si une ou un **médecin** en fait la recommandation à la suite d'une situation d'**urgence** de la **personne assurée**. **Indemnité maximale** : 250 \$ par catégorie de praticiens.

- f) **Retour au domicile à la suite d'un évènement majeur** – dans l'éventualité de l'un des événements majeurs suivants au cours de la **période de protection**, les frais liés à cet évènement majeur, tels que précisés ci-dessous :

- (i) Si une **personne assurée** ou une **personne accompagnatrice** est hospitalisée pendant un minimum de 7 jours consécutifs et que, à son congé de l'**hôpital**, il est prouvé médicalement que la **personne assurée** est incapable de conduire pour retourner à son lieu de résidence, la **société vous** remboursera ou remboursera à la **personne assurée** les frais suivants :

- le coût d'un billet d'avion aller simple en classe économique pour le retour dans la province ou le territoire canadien de résidence de la **personne assurée**, sous réserve de l'approbation préalable de la **direction médicale**, pourvu que ce retour soit organisé dans les 7 jours suivant la sortie de l'**hôpital**, et
- si les frais de retour du véhicule de la **personne assurée** dépassent le plafond de la garantie Retour du véhicule, les frais excédentaires qui sont par ailleurs admissibles à une protection au titre de la garantie Retour du véhicule.

- (ii) Si l'un des incidents suivants se produit, la **société vous** remboursera ou remboursera à la **personne assurée** le coût du billet d'avion en classe économique pour le retour à la province ou au territoire canadien de résidence de la **personne assurée**, ainsi que le coût du billet d'avion en classe économique pour le retour à la destination du **voyage de la personne assurée**, sous réserve de l'approbation préalable de la **direction médicale** :

- décès d'un **parent** au Canada;
- **hospitalisation** d'un **parent** pendant au moins 7 jours consécutifs au Canada;
- catastrophe rendant inhabitable la résidence principale de la **personne assurée** au Canada; ou
- catastrophe rendant inhabitable la résidence terrestre de la **personne assurée** à la destination de son **voyage** (y compris les remorques et les véhicules récréatifs).

pourvu que, pendant la période de 6 mois précédant le début du **voyage** de la **personne assurée** :

- **vous** ou la **personne assurée** n'étiez pas au courant de circonstances susceptibles d'exiger le retour avant la fin de la **période de protection** dans la province ou le territoire canadien de résidence de la **personne assurée**; et
 - le **parent** n'a pas été **hospitalisé**;
- à l'exception du remboursement du coût du billet d'avion en classe économique jusqu'à la destination du **voyage** de la **personne assurée** :
- n'est pas offert si **vous** avez souscrit la protection voyage unique; et
 - n'est offert que si la **personne assurée** retourne à sa destination de **voyage** pendant la **période contractuelle**.

Cette prestation ne peut être demandée qu'une seule fois par **période contractuelle** et par **personne assurée**. La survenance d'un évènement majeur ne suspend ni ne prolonge la **période contractuelle**. **Indemnité maximale** : 3 000 \$

SERVICES NON COUVERTS

LIMITES ET EXCLUSIONS

Le contrat ne fournira aucune protection et aucun paiement ne sera effectué pour les dépenses qui résultent, entièrement ou en partie, de l'un des risques exclus suivants, qui y contribuent ou qui en découlent naturellement et de manière prévisible :

1. Toute **maladie préexistante**, sauf si le **reçu de police** le plus récent de la **société** confirme que la **personne assurée** bénéficie d'une protection pour les **maladies préexistantes** et que la **personne**

- assurée** (ou **vous** en son nom) a divulgué de manière précise et complète toutes les **maladies préexistantes** de la **personne assurée** importantes pour l'assurance demandée dans la **proposition** et que cette **maladie préexistante** n'est pas expressément exclue dans le **reçu de police** le plus récent.
2. Toute **maladie préexistante** qui n'est pas exclue par l'exclusion à l'article 1 ci-dessus et qui n'était pas **stable** à tout moment au cours des 180 jours précédant immédiatement la **date d'effet**, à moins que cette **maladie préexistante** ait été **stable** pendant plus de 90 jours avant la **date d'effet** et qu'elle ait été divulguée dans la **proposition** par la **personne assurée** (ou par **vous** en son nom), et le **reçu de police** le plus récent de la **société** confirme que la **personne assurée** bénéficie d'une protection pour les **maladies préexistantes**, que la **personne assurée** (ou **vous** en son nom) a divulgué de manière précise et complète toute **maladie préexistante** importante pour l'assurance de la **personne assurée** demandée dans la **proposition** et qu'une telle **maladie préexistante** ne soit pas expressément exclue dans le **reçu de police** le plus récent.
 3. Toute perte résultant de :
 - a) Toute **maladie préexistante** qui n'est pas exclue par les exclusions à l'article 1 ou 2 ci-dessus et qui n'était pas **stable** à tout moment au cours des 90 jours précédant immédiatement la **date d'effet**.
 - b) Toute maladie énumérée sous la rubrique « Exclusions » du plus récent **reçu de police**.
 - c) Toute maladie mentionnée sous « Notes » sur le plus récent **reçu de police** en tant que maladie exclue.
 - d) Toute perte, **maladie** ou **blessure** liées à une **maladie préexistante** qui n'est pas exclue par les exclusions à l'article 1 ou 2 ci-dessus, si la **personne assurée** n'a pas informé la **société** d'une modification de cette **maladie préexistante** avant la **date d'effet** et que la **société** n'a pas accepté par écrit de couvrir cette modification de la **maladie préexistante**.
 4. La **personne assurée** présente des signes ou symptômes nouveaux ou non diagnostiqués d'une **maladie** pour laquelle elle s'attend raisonnablement à avoir besoin d'un **traitement** pendant le **voyage**, ou a un besoin raisonnablement prévisible d'un **traitement** pendant le **voyage**;
 5. Toute perte résultant de :
 - a) services médicaux d'urgence qui ne sont pas jugés **médicalement nécessaires** par la **direction médicale** dans le cadre d'un protocole de **traitement d'urgence**;
 - b) soins continus ou de suivi ou soins de réadaptation (sauf s'ils sont expressément prévus dans le contrat), à moins que tout soin supplémentaire ne soit explicitement approuvé par la **direction médicale** à l'avance ou soit **médicalement nécessaire** dans le cadre d'un protocole de **traitement d'urgence**; ou
 - c) **traitement**, analyse ou **hospitalisation** pour une **récidive**.
 6. Toute perte, **maladie** ou **blessure** pour une **urgence** survenant en dehors de la **période de protection** ou pendant que la **personne assurée** se trouve dans sa province ou son territoire de résidence au Canada, à moins que la **personne assurée** ne subisse une **urgence** alors qu'elle est en transit direct vers ou depuis le Canada (y compris les escales) et que le contrat est en vigueur.
 7. Toute perte résultant de :
 - a) perte ou remplacement de **médicaments**, de lunettes, de lentilles de contact ou d'appareils auditifs;
 - b) services dentaires, sauf s'ils sont expressément couverts par le présent contrat; ou
 - c) **traitement** des varices, de la goutte, de l'arthrite, de la bursite, des escarres de décubitus (plaies de lit) ou de la cataracte, sauf disposition expresse du présent contrat.
 8. Toute perte, **maladie** ou **blessure** si le voyage a été entrepris contre avis médical ou après avoir été informé d'un **pronostic terminal**.
 9. Toute perte liée à une greffe, y compris une greffe de cornée, une greffe d'organe, une greffe de moelle osseuse, des membres artificiels, des prothèses (autres qu'un genou ou une hanche remplacés depuis plus de 12 mois à compter du début d'un **voyage**), des implants et tous les frais y afférents.
 10. Toute dépense pour laquelle l'approbation préalable de la **direction médicale** était requise et n'a pas été obtenue, y compris, mais sans s'y limiter, les dépenses suivantes :
 - a) Procédures médicales cardiaques ou liées au cœur, telles que le cathétérisme cardiaque, le pontage coronarien, l'angioplastie coronarienne ou toute intervention chirurgicale impliquant le cœur.
 - b) Interventions chirurgicales, tests diagnostiques tels que l'imagerie par résonance magnétique (IRM), la tomодensitométrie, la biopsie et d'autres tests diagnostiques;
 - c) Services d'ambulance aérienne;
 - d) Tout autre acte médical, hospitalisation ou service d'ambulance pour lequel l'approbation préalable de la **direction médicale** est requise dans les dispositions relatives aux prestations; et
 - e) Tout service d'assistance d'**urgence** qui doit être autorisé ou organisé par la **direction médicale** conformément aux dispositions de la garantie.

Cette exclusion ne s'applique pas si l'état de la **personne assurée** **vous** empêche ou empêche la **personne assurée** de demander l'approbation préalable de la **direction médicale** ou si ces procédures sont **médicalement nécessaires** dans le cadre d'un protocole de **traitement d'urgence** déterminé par la ou le **médecin** traitant, et si **vous** ou la **personne assurée** contactez la **société** dès qu'il est médicalement possible de le faire.
 11. Frais engagés lorsqu'un **voyage** est effectué dans le but d'obtenir un **traitement** en dehors de la province ou du territoire canadien de résidence de la **personne assurée**, que ce traitement ait été recommandé ou non par sa ou son **médecin** traitant.
 12. Frais liés à la grossesse, y compris les soins prénataux de routine, à un avortement, à une fausse couche ou à un accouchement; complications résultant de la grossesse ou de l'accouchement.
 13. Pour les **personnes assurées** âgées de moins d'un an à la **date d'effet**, toutes les **urgences** liées ou découlant d'une anomalie congénitale de la **personne assurée**.
 14. Tous les frais médicaux résultant de :
 - a) cancer, à l'exclusion de ceux résultant d'un premier diagnostic;
 - b) non-respect du **traitement** recommandé ou prescrit par une ou un **médecin**;
 - c) troubles mentaux ou émotionnels ou psychose aiguë (y compris le stress et l'anxiété) ne nécessitant pas d'**hospitalisation**;
 - d) consultations auprès d'une ou d'un spécialiste médical qui n'ont pas été recommandées par une ou un **médecin**;
 - e) visites chez un dermatologue.
 15. Toute perte, **maladie** ou **blessure** résultant d'actes de guerre, d'invasions, d'actions d'adversaires étrangers, d'hostilités, d'opérations de guerre (qu'une déclaration de guerre officielle ait été faite ou non), d'une guerre civile, de terrorisme, d'une rébellion, d'une révolution, d'une insurrection, de troubles civils atteignant le niveau d'un soulèvement, ou de l'exercice d'une autorité militaire ou d'une usurpation d'autorité.
 16. Toute perte, **maladie** ou **blessure** résultant de la pratique par la **personne assurée** de l'escalade ou de l'alpinisme, d'activités telles que le deltaplane, le parachutisme, le saut à l'élastique ou le parachutisme, de la participation à des sports motorisés ou à des courses automobiles, de la participation à des sports organisés à titre professionnel, de la plongée sous-marine, sauf si la **personne assurée** possède un certificat de plongée en eau libre, ou de l'utilisation ou de la formation à l'utilisation d'un aéronef, que ce soit en tant que pilote ou en tant que membre de l'équipage.
 17. Toute perte liée à des **médicaments** en vente libre disponibles sans ordonnance; des vaccins, des immunisations, des injections ou des **médicaments** administrés à des fins préventives ou pour gérer une **maladie préexistante**; des contraceptifs, des médicaments contre la stérilité, des suppléments vitaminiques, des examens physiques de routine ou des tests médicaux standard, à moins qu'ils ne soient expressément prévus dans une garantie du présent document.
 18. Toute **blessure** auto-infligée, y compris les tentatives de suicide, quel que soit l'état d'esprit de la **personne assurée**.
 19. Toute perte, **maladie** ou **blessure** résultant du fait que la **personne assurée** a commis ou tenté de commettre une activité illégale en vertu de toute loi applicable, qu'elle ait été ou non inculpée ou condamnée pour cette infraction.
 20. Toute perte, **maladie** ou **blessure** résultant de l'abus de **médicaments**, de la consommation d'alcool ou de l'altération des facultés par des **médicaments**, de l'alcool ou des substances intoxicantes par la **personne assurée**.

21. Tout acte illégal commis par **vous** ou par une **personne assurée**, un **membre de la famille** ou une **personne accompagnatrice**, qu'il s'agisse ou non de **personnes assurées**.
22. Les frais de retour du véhicule de la **personne assurée** si **vous** ou la **personne assurée** avez réservé à l'avance le retour du véhicule avant de vivre une **situation d'urgence**.
23. Les frais d'un billet d'avion en classe économique si **vous** ou la **personne assurée** avez réservé à l'avance un billet d'avion aller-retour vers **votre** province ou territoire de résidence au Canada ou celui de la **personne assurée** avant de vivre une **urgence**.
24. Toute perte, **maladie** ou **blessure** résultant du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou du syndrome d'immunodéficience acquise (sida) ou de toute conséquence potentielle associée à ces conditions.
25. Toute perte, **maladie** ou **blessure** résultant de maladies sexuellement transmissibles.
26. Les frais liés à l'**hospitalisation** d'une **personne assurée** à la **date d'effet** ou découlant de cette hospitalisation, si la **date d'effet** survient après le début du **voyage**.
27. Les frais engagés dans le cadre d'un emploi ou d'autres fonctions pour lesquels la **personne assurée** a reçu une rémunération ou des avantages.
28. Les frais engagés dans la province ou le territoire canadien de résidence de la **personne assurée**, sauf mention expresse dans le contrat.
29. Tout intérêt, tous frais de financement ou frais de retard de paiement.
30. Toute dépense liée à un **traitement** médical ou dentaire facultatif ou non **urgent**.
31. Toute perte, **maladie** ou **blessure** résultant d'un accident automobile ou en rapport avec celui-ci, si **vous** ou la **personne assurée** a droit à des indemnités en vertu d'une police d'assurance automobile, y compris, mais sans s'y limiter, des indemnités sans égard à la responsabilité, ou en vertu d'une loi sur l'assurance applicable, conformément à la section « Coordination des indemnités » des Conditions générales de la présente **police**.
32. Toute perte, **maladie** ou **blessure** résultant de l'exposition de la **personne assurée** aux propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses des matières nucléaires ou de leurs sous-produits.
33. Un **traitement** pour toute **urgence** subie par la **personne assurée** au cours de son **voyage**, si, avant la **période de protection** :
 - a) le gouvernement canadien a émis un avis de voyage officiel indiquant explicitement « Évitez tout voyage non essentiel » ou « Évitez tout voyage » visant le pays, la région ou la ville de destination de la **personne assurée**; et
 - b) l'**urgence** est liée à cet avis de voyage.
34. Les dépenses pour lesquelles aucuns frais ne seraient normalement engagés en l'absence d'assurance, les dépenses qui dépassent les frais **raisonnables et habituels** pour la région où les services ont été fournis, ou toute perte, **maladie** ou **blessure** si les frais sont engagés dans la province ou le territoire canadien de résidence de la **personne assurée**.
35. Toute perte ou dépense faisant l'objet d'une demande de règlement impliquant une fraude, ou une déclaration erronée ou une dissimulation volontaires.

Le contrat ne prévoit aucune protection, et aucun paiement ne sera effectué, pour toute perte ou dépense assurée par d'autres protections d'assurance existantes, y compris, mais sans s'y limiter, un **régime gouvernemental d'assurance maladie** ou un régime privé, comme décrit plus en détail dans la section « Coordination des indemnités » des Conditions générales de la présente **police**.

Si une **personne assurée** est couverte par plus d'un contrat d'assurance voyage souscrit par la **société** et que le montant total de l'assurance visant la **personne assurée** dépasse la protection maximale la plus élevée de l'un de ces contrats d'assurance voyage, la responsabilité globale de la **société** ne dépassera pas cette protection maximale, et toute assurance excédentaire sera annulée. Les primes payées pour cette assurance excédentaire seront remboursées.

Nonobstant ce qui précède, si une **personne assurée** n'est pas couverte par un **régime public d'assurance maladie**, la responsabilité globale de la **société** pour tous les contrats avec la **société** en vertu desquels la **personne assurée** est couverte ne dépassera pas 200 000 \$. Toute assurance excédentaire sera annulée, et les primes payées pour cette assurance excédentaire seront remboursées.

Les indemnités ne sont pas payables et prennent fin au début de toute période pendant laquelle **vous** ou la **personne assurée** purgez une peine pour une infraction pénale et êtes détenus dans une prison ou un autre lieu de détention, y compris, mais sans s'y limiter, un établissement psychiatrique, un centre de réadaptation ou une résidence privée (assignation à résidence).

Le présent contrat ne prévoit aucune protection et la **société** n'est pas tenue de payer une demande de règlement ou de fournir une prestation en vertu du présent contrat dans la mesure où fournir une telle protection ou garantie ou verser une telle prestation ou demande de règlement exposerait la **société** à des sanctions commerciales ou économiques, ou l'amènerait à violer les lois ou règlements applicables au Canada.

Assistance mondiale Trident a le pouvoir de transférer la **personne assurée** dans un autre **hôpital**, à condition que celle-ci soit médicalement apte à un tel transfert, ou d'organiser son transport pour la ramener dans sa province ou son territoire de résidence au Canada à la suite d'une **urgence**. Si la **personne assurée** choisit de ne pas être transférée dans un autre **hôpital** ou de ne pas retourner dans sa province ou son territoire de résidence au Canada alors que la **direction médicale** l'a jugée médicalement apte à voyager, les dépenses courantes liées à la **maladie** ou à la **blessure** ne seront pas couvertes.

RÉDUCTION DE LA PROTECTION

Si **vous** ou la **personne assurée** omettez de contacter **Assistance mondiale Trident** dans les 24 premières heures d'une **urgence** ou d'une **hospitalisation** pour une **urgence**, les maximums individuels des garanties du contrat seront réduits de 50 % et la protection maximale du contrat sera restreinte à 25 000 \$ si **vous** avez choisi une protection maximale de 50 000 \$ ou plus.

Cette réduction de l'assurance ne s'appliquera pas si l'état de la **personne assurée vous** empêche, vous et la **personne assurée**, de contacter **Assistance mondiale Trident** comme prévu dans cette section, et si **vous** ou la **personne assurée** contactez **Assistance mondiale Trident** dès qu'il est médicalement possible de le faire.

PROCÉDURE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Avis concernant une demande de règlement

Vous ou la **personne assurée** êtes tenus d'aviser **Assistance mondiale Trident** de toute demande de règlement dans les 24 heures suivant une situation d'**urgence**. Le non-respect de cette obligation entraînera une réduction de la protection telle que décrite ci-dessus.

Formulaire de demande de règlement et questions

Pour obtenir un formulaire de demande de règlement ou si **vous** avez toute question relative à une demande de règlement existante, veuillez contacter **Assistance mondiale Trident** au 1 833 370-8777 au Canada ou aux États-Unis, ou à partir de tout autre pays au 416 814-7615 (appel international à frais virés).

Envoyez les formulaires de demande de règlement par la poste ou par courriel à :

Courriel : claims@tridentassistance.com

Assistance mondiale Trident
21 Four Seasons Place
Etobicoke ON M9B 0A6

Documentation de la demande de règlement

Il est essentiel de soumettre toute demande de règlement à **Assistance mondiale Trident** dans les 90 jours suivant la date de la perte. Si **vous** ou la **personne assurée** présentez une demande de règlement, mais ne fournissez pas la preuve de la demande dans ce délai de 90 jours, la demande ne sera pas invalidée si **vous** ou la **personne assurée** fournissez la preuve dès que cela est raisonnablement possible et, en tout état de cause, dans un délai d'un an à compter de la date de la perte. Si la

législation applicable prévoit une période de soumission plus longue, le délai prolongé spécifié par la législation applicable s'appliquera.

Pour qu'**Assistance mondiale Trident** puisse gérer une demande de règlement, **vous** ou la **personne assurée** devez fournir tous les documents dont **Assistance mondiale Trident** a besoin pour étayer la demande de règlement. Les antécédents médicaux de la **personne assurée** seront examinés lors de la déclaration d'une perte. Veuillez noter que tout formulaire de demande de règlement ou d'autorisation incomplet entraînera des retards dans l'évaluation de la demande.

Présentation d'une demande de règlement

Lors de la présentation d'une demande de règlement, il est important de fournir une explication concise de la situation médicale, y compris des détails tels que comment, où et quand la perte, **maladie** ou **blessure** est survenue. Des reçus originaux sont exigés comme preuve pour toute dépense remboursable payée de **vo**tre poche ou de celle de la **personne assurée**.

Vous, chaque **personne assurée** et **vos** représentants autorisés respectifs, s'il y a lieu, devez coopérer pleinement avec **Assistance mondiale Trident** pour fournir la documentation et l'autorisation requises par **Assistance mondiale Trident** pour l'évaluation d'une demande de règlement. Une demande de règlement ne peut être traitée ou payée que si les formulaires de demande de règlement sont entièrement remplis et signés par la personne présentant la demande ou son représentant autorisé et si **Assistance mondiale Trident** reçoit des preuves suffisantes du droit de la personne présentant la demande ou de son représentant autorisé à recevoir une prestation en vertu du contrat et tout autre renseignement que **Assistance mondiale Trident** peut raisonnablement exiger pour établir la validité de la demande de règlement.

Veuillez noter que tous les frais liés à l'obtention des dossiers médicaux canadiens requis comme preuve d'une demande de règlement en vertu de ce contrat seront couverts par **Assistance mondiale Trident**. Cependant, tout autre document requis doit être fourni à **Assistance mondiale Trident** à **vos** frais ou à ceux de la **personne assurée**.

Si **vous** ou une **personne assurée** êtes couverts par un autre régime d'assurance, **vous** ou la **personne assurée** êtes tenus de demander, et d'obtenir dans la mesure du possible, un remboursement auprès de ce régime ou de cette police d'assurance en premier lieu. Une demande de règlement au titre du présent contrat ne peut être présentée qu'après que l'autre assureur ait évalué la demande. Lorsque **vous** soumettez une demande de règlement au titre du présent contrat, **vous** ou la **personne assurée** devez fournir à **Assistance mondiale Trident** l'évaluation écrite de la demande de règlement émanant de l'autre assureur. Les prestations seront versées conformément à la section « Coordination des indemnités » des Conditions générales de la présente **police**.

Veuillez noter que si la **société** paie, en **vo**tre nom ou au nom de la **personne assurée**, des dépenses pour lesquelles il existe une protection dans le cadre d'un autre régime d'assurance, la **société** se réserve le droit de recouvrer tout montant dû pour ces dépenses conformément à la section « Droit de recouvrement et de subrogation » des Conditions générales de la présente **police**.

Paiement au fournisseur de soins médicaux

Pour faciliter la procédure de demande de règlement, contactez **Assistance mondiale Trident** avant de payer directement l'**hôpital**. **Nous** payons généralement les frais d'**hospitalisation** directement à l'**hôpital** dans la mesure du possible; toutefois, la **société** a le pouvoir discrétionnaire de choisir de payer directement un fournisseur de soins médicaux pour toute dépense admissible, et se réserve le droit de négocier les montants payables en **vo**tre nom ou au nom d'une **personne assurée** avec tout fournisseur de soins médicaux qui rend des services dont les coûts sont des dépenses admissibles en vertu du contrat. Si l'établissement médical refuse le paiement directement par la **société** ou ne l'accepte pas, la **société** **vous** remboursera, à **vous** ou à la **personne assurée**, les frais admissibles que **vous** ou la **personne assurée** avez payés.

Le paiement de toute somme par la **société** en **vo**tre nom ou au nom d'une **personne assurée** ne constitue pas une garantie que la **société** couvrira **vos** dépenses ou celles de la **personne assurée** si la **société** détermine que la somme n'était pas payable en vertu du contrat.

Paiement des indemnités

Pour obtenir le remboursement des dépenses admissibles payées, **vous** ou la **personne assurée** devez présenter un reçu original valide de ces dépenses admissibles payées, y compris les factures originales détaillées,

les factures et les reçus. En outre, **vous** ou la **personne assurée** devrez payer **vo**tre **franchise** (s'il y a lieu) directement au fournisseur au moment de la perte.

La **société** s'efforcera raisonnablement de traiter et de payer tous les montants dus au titre du contrat dans les 60 jours suivant la réception de la preuve nécessaire d'une demande de règlement et de tous les documents requis.

Tout paiement que la **société** effectue de bonne foi en vertu de la présente disposition la libère entièrement dans la mesure de ce paiement.

Une quittance valable de toutes les obligations en vertu du contrat sera également exigée de **vous** ou de la **personne assurée** ou de **vos** représentants autorisés respectifs lors du paiement de tout produit qui devient payable en vertu du contrat.

REMBOURSEMENTS

Aucun remboursement n'est possible pour les protections annuelles voyages multiples.

Si **vous** avez souscrit une assurance voyage unique, **vous** pouvez demander par écrit à **vo**tre **court**ière ou **court**ier d'annuler le contrat et de recevoir le remboursement des primes payées d'avance si toutes les conditions suivantes sont remplies :

- Vous** avez signé le présent contrat et l'avez retourné à la **société**;
- Vous** fournissez une preuve suffisante que les conditions pour bénéficier d'un remboursement ont été remplies;
- La **personne assurée** n'a pas commencé son **voyage** ou est rentrée avant la **date d'expiration**;
- Aucune demande de règlement dépassant le montant de toute **franchise** n'a été soumise, payée ou n'est en cours de traitement; et
- La demande de remboursement est faite avant la **date d'expiration** et le contrat n'a pas été résilié pour une autre raison.

Les remboursements de primes, quel que soit le mode de paiement, doivent être demandés et obtenus par l'intermédiaire de la **court**ière ou du **court**ier auprès duquel la protection a été initialement souscrite.

Si **vo**tre demande de fin du contrat est approuvée par la société et que la prime totale payable pour le contrat a été payée à la **date de la proposition**, le montant du remboursement sera calculé à la date de réception de l'avis écrit à votre **court**ière ou **court**ier.

Aucune demande de règlement ne sera effectuée et aucune prestation ne sera payable au titre du contrat après que **vous** avez reçu un remboursement total ou partiel de la prime.

Les frais de service et frais administratifs applicables ne sont pas remboursables.

Nonobstant ce qui précède, un remboursement intégral de la prime initiale et des frais payés est possible si **vous** retournez le contrat pour annulation dans les 10 jours suivant sa réception, conformément à la section « Période d'examen de 10 jours sans obligation » de la présente **police**.

FRAIS DE SERVICE ET FRAIS ADMINISTRATIFS

Voici une liste non exhaustive des frais de service et frais administratifs :

- modifier la **date d'effet** ou la **date d'expiration** : 25 \$;
- résilier **vo**tre contrat (si ce n'est pas dans les 10 jours suivant la réception de **vo**tre contrat) : 25 \$; et
- retirer une demande de résiliation de **vo**tre contrat et de remboursement : 200 \$

Veuillez contacter votre **court**ière ou **court**ier pour plus d'information sur les frais de service et frais administratifs en vigueur.

FIN DU CONTRAT

Le contrat prend fin à la première des éventualités suivantes :

- à la date d'expiration;
- à la fin de la période de prolongation décrite à la section « Prolongation automatique de la protection » de la présente **police**;
- à la date à laquelle le contrat prend fin conformément à la section « Remboursement des primes » de la présente **police**; ou
- à l'expiration du délai de préavis applicable, si la **société** notifie la résiliation pour non-paiement d'une prime initiale.

Si la **société** ne reçoit pas la prime initiale, celle-ci peut résilier le contrat en **vo**us adressant un avis écrit de résiliation en mains propres, par la poste

(sauf en Alberta, en Ontario et en Colombie-Britannique) ou par courrier recommandé. Si l'avis est livré :

- en mains propres, le délai de préavis est de 5 jours et commence à la date de la remise en mains propres;
- par courrier ordinaire, le délai de préavis est de 10 jours et commence le jour suivant la date d'envoi de l'avis; ou
- par courrier recommandé, le délai de préavis est de 15 jours et commence le jour suivant la remise de la lettre recommandée.

PROCÉDURE DE RECOURS

Si **vous** avez des préoccupations concernant une décision relative à une demande de règlement, **vous** pouvez demander un nouvel examen de la décision. Tout nouveau renseignement que **vous** fournirez sera pris en considération et une décision écrite vous sera communiquée. Cette décision exposera nos conclusions sur la base des dispositions, conditions, limites et exclusions du contrat.

Pour demander la révision d'une décision relative à une demande de règlement, **vous** devez :

- faire la demande par écrit (y compris par courrier électronique); et
- soumettre la demande à la **société** au plus tard 30 jours après la date à laquelle **vous** avez reçu notre décision initiale.

Veillez envoyer **votre** demande d'examen, y compris la raison de **votre** préoccupation et tout nouveau renseignement la justifiant, à l'adresse indiquée :

Courriel : groupecompliance@empire.ca

Télécopieur : 1 866 589-0070, ou par la poste :

Attention : Règlements santé/Relations avec la clientèle
L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie
259, rue King Est
Kingston ON K7L 3A8

DÉFINITIONS

Proposition désigne le document qui est rempli par chaque **personne assurée** et/ou **vous**, ou par une personne autorisée à remplir la **proposition** en **votre** nom et/ou celui de la **personne assurée**, ou pour lequel chaque **personne assurée** et/ou **vous** avez été consulté(e) lorsque votre **courtier** ou **courtière** l'a rempli en **votre** nom, afin de demander l'adhésion au contrat. La **proposition** fait partie du contrat.

Date de la proposition désigne la date à laquelle la proposition a été soumise à la **société** par **votre courtier** ou **courtier** en **votre** nom.

Courtier ou courtière désigne l'agent d'assurance qui vous a aidé à remplir et à soumettre la **proposition** et qui a organisé les modalités de paiement du contrat.

Période de protection désigne, en ce qui concerne la protection annuelle voyages multiples, le nombre de jours consécutifs par **voyage** pour lequel une **personne assurée** bénéficie d'une protection au titre du contrat, tel que **vous** l'avez sélectionné dans la **proposition** et indiqué sur le **reçu de la police**. En ce qui concerne la protection voyage unique, la **période de protection** est la durée du **voyage** d'une **personne assurée**.

Franchise désigne le montant en dollars des États-Unis indiqué sur le plus récent **reçu de police** que **vous** ou la **personne assurée** devez payer avant que les frais couverts restants ne soient remboursés au titre du contrat si **vous** avez choisi une **franchise** pour le contrat. La **franchise** s'applique une seule fois par **personne assurée** et par **période contractuelle** et est indiquée sur le plus récent **reçu de police**.

Personne(s) à charge désigne tout enfant non marié (enfant biologique, enfant adopté, belle-fille ou beau-fils) résidant avec **vous**, qui dépend de **vous** comme seul moyen de subsistance et d'entretien, qui est âgé d'au moins 15 jours et qui, selon le cas a) a moins de 19 ans, b) a moins de 26 ans et fréquente l'école à plein temps, ou c) a une incapacité mentale ou physique de gagner sa vie, et visé par une **proposition** que **vous** avez remplie, et qui est désigné sur le plus récent **reçu de police**, afin d'être couvert par le contrat.

Date d'effet désigne la date d'effet de **votre** contrat d'assurance telle qu'indiquée sur le plus récent **reçu de police**.

Urgence ou urgences désigne une **maladie** ou une **blessure** inattendue ou imprévisible qui nécessite une attention médicale immédiate

et non discrétionnaire, un **traitement** ou des soins pour le soulagement immédiat de symptômes aigus. Il s'agit d'une situation qui, sur la base de l'avis d'une ou d'un **médecin**, ne peut être reportée jusqu'au retour de la **personne assurée** dans sa province ou son territoire de résidence au Canada. L'**urgence** prend fin lorsque la **direction médicale** détermine qu'aucun autre **traitement d'urgence** n'est **médicalement nécessaire**.

Régime public d'assurance maladie désigne la protection d'assurance maladie que le gouvernement de la province ou du territoire du Canada où **vous** ou une **personne assurée** résidez fournit aux personnes admissibles résidant dans cette province ou ce territoire.

Affection cardiaque comprend un rythme cardiaque anormal, une arythmie, une fibrillation auriculaire ou un rythme cardiaque irrégulier; l'insertion ou le remplacement d'un stimulateur cardiaque ou d'un défibrillateur; une crise cardiaque (infarctus du myocarde); une transplantation cardiaque; une maladie aortocoronarienne ou une angine de poitrine; une angioplastie coronaire ou l'insertion d'une endoprothèse vasculaire; un pontage coronarien; une valvulopathie, une régurgitation ou une sténose (légère, modérée ou sévère); un souffle cardiaque; une péricardite ou une myocardiopathie.

Hôpital désigne un établissement équipé pour fournir des services chirurgicaux à la patientèle hospitalisée et en consultation externe dans le cadre d'une **urgence** médicale, et « **hospitalisation** » ou « **hospitalisé(e)** » désigne le fait d'être admis(e) en tant que patient(e) dans un **hôpital**. Cette définition exclut les maisons de soins, les maisons de repos, les maisons de convalescence, les centres de réadaptation, les maisons pour personnes âgées ou tout lieu principalement destiné au **traitement** de l'alcoolisme ou de la toxicomanie.

Blessure désigne les dommages physiques subis à la suite d'un événement imprévisible, externe, soudain, violent et involontaire survenant pendant la **période de protection** et nécessitant un **traitement** immédiat.

Affection pulmonaire comprend la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), la bronchite chronique, l'emphysème, la fibrose pulmonaire, la fibrose kystique, la maladie pulmonaire interstitielle, l'asbestose, la chirurgie pulmonaire ou l'asthme chronique, mais pas les allergies saisonnières ou les affections mineures.

Direction médicale désigne la ou le **médecin** qui agit au nom d'**Assistance mondiale Trident**.

Médicalement nécessaire concernant un **traitement** spécifique ou un autre service ou fourniture signifie que ce **traitement**, ce service ou cette fourniture :

- est approprié et répond au diagnostic selon les normes acceptées de la pratique médicale;
- n'est pas de nature expérimentale ou à des fins diagnostiques;
- ne peut être omis sans avoir des répercussions négatives sur l'état de la **personne assurée** ou sur la qualité des soins médicaux qu'elle reçoit;
- ne peut être reporté jusqu'au retour de la **personne assurée** dans sa province ou son territoire de résidence au Canada; et
- est administré de la manière la plus rentable, au niveau de soins le plus approprié, et non pas principalement pour des raisons de commodité.

Médicament(s) désigne tout médicament ou remède prescrit par une ou un **médecin** pour le **traitement** d'une maladie et le maintien de la santé. Il s'agit des nouvelles ordonnances, des renouvellements d'ordonnance, ainsi que de l'insuline et de la nitroglycérine (qu'elles requièrent ou non une prescription). Toutefois, ce terme n'englobe pas les autres médicaments et remèdes qui peuvent être obtenus sans ordonnance, tels que l'aspirine (ou ses équivalents), les vitamines, les minéraux et les hormones de substitution (ou traitements hormonaux).

Période de stabilité désigne le délai spécifié dans la **proposition** pour qu'une **maladie préexistante** soit considérée comme **stable**.

Personne assurée désigne toute personne pour laquelle la protection d'assurance est actuellement en vigueur en vertu du contrat et qui est spécifiquement désignée dans la **proposition** et le **reçu de police** le plus récent, ainsi que toute personne de soutien admissible à l'assurance en vertu du contrat et identifiée comme telle auprès d'**Assistance mondiale Trident** par **vous** ou par la **personne assurée**.

Médecin désigne une personne qui n'est ni **vous** ni un **membre de votre famille**, qui possède les qualifications légales et l'autorisation nécessaire pour exercer la médecine ou pratiquer des interventions chirurgicales dans

l'administration où elle a fourni des services médicaux ou pratiqué des interventions chirurgicales pour une **personne assurée**, y compris les personnes docteurs en médecine (MD), en ostéopathie (DO), en chiropratique (DC) ou en dentisterie (DDS).

Police désigne le présent document, qui énonce les dispositions, conditions, limites et exclusions de toute protection indiquée sur le **reçu de police** le plus récent.

Période contractuelle désigne la période pendant laquelle la protection aux termes du contrat est en vigueur. Cette période commence à la **date d'effet** et se termine à la date à laquelle le contrat prend fin conformément à la section « Fin du contrat » des Conditions générales de la présente **police**.

Reçu de police désigne le document qui **vous** est envoyé pour confirmer toute protection que **vous** avez souscrite (à l'exclusion du courriel ou de la lettre d'accompagnement auxquels le **reçu de police** peut être joint) et tout **reçu de police** modifié qui **vous** est envoyé si **votre** protection change. Le reçu de police fait partie du contrat.

Personne titulaire de la police désigne la personne qui possède le contrat et peut exercer tous les droits, options et privilèges qui y sont associés.

Maladie préexistante désigne tout état de santé, symptôme, problème ou trouble physique ou médical, diagnostiqué ou non, pour lequel un **traitement** a été reçu ou suivi, ou pour lequel une **personne assurée** a présenté des signes ou des symptômes, à tout moment avant la **date d'effet**.

Raisonnables et habituels désigne les coûts généralement facturés pour les dépenses couvertes, à condition qu'ils ne dépassent pas les honoraires standards dans la région géographique où les dépenses sont engagées, pour un **traitement**, des services ou des fournitures similaires dans le cadre d'une **maladie** ou d'une **blessure** comparable.

Récidive désigne la réapparition de signes ou de symptômes associés à une **maladie** ou à une **blessure** pour laquelle la **personne assurée** a déjà reçu un **traitement** en raison d'une **urgence** antérieure au cours de la présente **période contractuelle**, alors que l'**urgence** antérieure a été déclarée terminée par la **direction médicale**.

Membre de la famille signifie **votre personne conjointe** et **vos personnes à charge**; parents biologiques ou beaux-parents; parents de votre personne conjointe; frères et sœurs biologiques et demi-frères et demi-sœurs, beaux-frères et belles-sœurs, beaux-fils et belles-filles; grands-parents; petits-enfants; tantes, oncles et neveux et nièces.

Maladie désigne l'apparition d'une affection, d'un trouble ou d'un problème de santé au cours de la **période de protection** qui nécessite un **traitement** immédiat.

Personne conjointe désigne une personne qui est légalement mariée avec **vous** et réside continuellement avec vous, ou qui n'est pas légalement mariée avec **vous**, mais qui vit dans une relation conjugale avec **vous** et réside continuellement avec **vous** depuis au moins un an, visée par une **proposition** que **vous** avez remplie et qui est spécifiquement nommée sur le plus récent **reçu de police**, afin qu'elle soit couverte par le contrat.

Stable signifie que **votre** état ou celui d'une **personne assurée** reste inchangé ou ne se détériore pas. Cela comprend :

- (i) aucune modification des signes ou symptômes ni apparition de nouveaux signes ou symptômes;
- (ii) aucune réduction, augmentation ou arrêt de la dose ou de la fréquence du **médicament**;
- (iii) aucun nouveau **médicament** prescrit;
- (iv) aucune **hospitalisation** ou consultation médicale (à l'exception des examens de routine); et/ou
- (v) aucune prescription, prestation ou recommandation d'une procédure médicale, thérapeutique ou diagnostique par une ou un **médecin**, y compris des tests d'analyses ou une intervention chirurgicale.

Pronostic terminal désigne une évaluation clinique effectuée par une ou un **médecin**, dans l'objectif de déterminer qu'un état de santé, une **maladie** ou une **blessure** est susceptible d'entraîner le décès prématuré de la **personne assurée** dans les 12 mois suivant l'évaluation.

Date d'expiration désigne la date à laquelle **vous** avez prévu de mettre fin au contrat, telle qu'indiquée sur le plus récent **reçu de police**. Consultez la section « Fin du contrat » des Conditions générales de la présente **police**
12/2024 ELOOC-01 FR

pour obtenir de l'information sur la fin du contrat à une date autre que la **date d'expiration**.

Protection **complémentaire** désigne une protection d'assurance voyage que **vous** achetez afin de compléter ou de maintenir la protection d'assurance au cours d'un **voyage**. Une protection **complémentaire** est soit souscrite dans le cadre d'un contrat pour une protection voyage unique et prend effet à la suite de la résiliation d'une protection d'assurance en vertu d'un contrat d'assurance voyage souscrit par la **société** ou un autre assureur, soit souscrite dans le cadre d'un contrat de protection annuelle voyages multiples afin de fournir une protection complémentaire pour le premier **voyage** effectué au cours de la **période contractuelle**.

Personne accompagnatrice désigne une personne nommée et identifiée comme telle dans la **proposition** et figurant également sur le plus récent **reçu de police**.

Traitement désigne toute procédure médicale, thérapeutique ou diagnostique conseillée, prescrite, exécutée ou recommandée par une ou un **médecin**. Il peut s'agir d'actions telles que la prise de médicaments prescrits, la réalisation de tests d'analyse, l'**hospitalisation**, une intervention chirurgicale ou toute autre action médicale recommandée en rapport avec la **maladie** ou la **blessure**.

Assistance mondiale Trident désigne le fournisseur d'assistance d'urgence agissant pour le compte de la **société** aux fins de la gestion des demandes de règlement au titre du contrat.

Voyage désigne la période pendant laquelle une **personne assurée** est en transit direct à destination et en provenance de sa province ou de son territoire de résidence ou voyage en dehors de cette province ou de ce territoire, alors que le contrat est en vigueur.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Dispositions générales

Malgré toute autre disposition prévue dans le contrat, celui-ci est assujéti aux dispositions générales applicables prescrites en vertu de la loi qui régit le contrat, telle que décrite ci-dessous, concernant les contrats d'assurance accident et maladie.

Lois applicables

Le contrat est régi par les lois et règlements de la province ou du territoire canadien de **votre** résidence principale au Canada, comme indiqué dans la **proposition**.

Toute action en justice ou autre procédure liée au présent contrat qui est intentée par **vous** ou une **personne assurée** ou toute personne l'intendant en **votre** nom ou en celui d'une **personne assurée** doit se dérouler devant les tribunaux de la province ou du territoire du Canada dont les lois régissent le contrat, et aucun autre tribunal n'a compétence pour entendre ou trancher une telle action ou procédure.

Fausses déclarations et/ou non-divulgestion

Vous et chaque **personne assurée** ou une personne autorisée à remplir la **proposition** en **votre** nom et/ou au nom d'une **personne assurée** devez fournir des renseignements exacts et complets dans la **proposition**.

Si la **date de la proposition** n'est pas la **date d'effet**, les réponses fournies dans la **proposition** doivent être complètes et exactes à la **date d'effet**.

La société se fonde sur les renseignements fournis dans la **proposition** pour approuver celle-ci et toute demande de règlement au titre du contrat.

Si **vous** ou la **personne assurée** ou une personne autorisée à remplir la **proposition** en **votre** nom et/ou au nom de la **personne assurée** omet de fournir des renseignements ou présente de manière inexacte des renseignements dans la **proposition** qui sont importants pour toute protection demandée, la **société** peut annuler le contrat, ce qui signifie qu'aucune demande de règlement au titre du contrat ne sera payée et que les primes payées ne pourront pas être remboursées en cas de fraude. Cette détermination peut être faite à tout moment, y compris, mais sans s'y limiter, lorsqu'une demande de règlement est soumise.

Si la **société** détermine que **vous** ou la **personne assurée** ne remplissent pas les conditions d'admissibilité à la **date d'effet**, le contrat est nul et non avvenu et est réputé n'avoir jamais pris effet, et aucune prestation ne sera payable et les primes ne pourront pas être remboursées en cas de fraude.

En outre, **nous** ne payerons pas le montant d'une demande de règlement si **vous** (ou toute **personne assurée** ou toute personne agissant en **votre** nom ou au nom d'une **personne assurée**) faites une déclaration frauduleuse, fautive ou trompeuse concernant une demande de règlement

ou fournissez un document faux, frauduleux ou trompeur à l'appui d'une demande de règlement.

Une fausse déclaration concernant l'âge dans la **proposition** ne sera pas considérée comme une fausse déclaration aux fins du contrat, mais sera traitée comme indiqué ci-dessous.

Fausse déclaration concernant l'âge

Si l'âge ou le sexe d'une **personne assurée** est erroné dans la **proposition**, le produit payable pour cette protection sera rajusté au montant qui aurait été payé pour l'âge correct en fonction de la prime qui est actuellement payée pour cette protection. Si, en fonction de l'âge correct, la **personne assurée** n'aurait pas eu droit à la protection, celle-ci sera annulée et la société **vous** remboursera toutes les primes versées pour cette protection.

Contrat

Le contrat est sans participation. Aucune **courtiera** ou aucun **courtier** ou autre agent d'assurance n'a le pouvoir de modifier le contrat ou de renoncer à l'une de ses dispositions. Toute modification ou renonciation à une disposition du contrat doit être faite par écrit et signée par un agent autorisé de la **société** pour être valide.

Conformité avec les lois existantes

Si les conditions du contrat sont contraaires aux lois régissant le contrat, elles sont, par les présentes, modifiées afin d'être conformes aux exigences minimales d'une telle loi. Si ces conditions du contrat sont jugées invalides ou inapplicables, en tout ou en partie, cette invalidité ou inapplicabilité ne s'applique qu'à ces conditions, et les autres conditions du contrat restent pleinement en vigueur et applicables.

Devise

Toutes les primes et prestations prévues par le contrat sont payables en monnaie canadienne. La **franchise**, s'il y a lieu, est payable en dollars des États-Unis. Afin de faciliter les paiements aux fournisseurs, la **société** paiera les demandes de règlement dans la devise du pays où les frais ont été encourus, selon (i) le taux de change fixé par toute banque à charte au Canada à la date du dernier **traitement d'urgence**, ou (ii) la date à laquelle le paiement est effectué au fournisseur de soins médicaux.

Paiement de la prime

Le **reçu de police** le plus récent indique la prime totale pour le contrat. Si la prime totale n'est pas payée intégralement à la **date de la proposition**, la **société** se réserve le droit de **vous** facturer et de collecter tout manque à gagner de la prime totale. Si un paiement suffisant de la prime ne peut être perçu, la **société** se réserve le droit de résilier le contrat conformément à la disposition « Fin du contrat » de la présente **police**, d'écourter la **période contractuelle** ou de déduire le montant impayé de la prime de tout montant dont la **société** est responsable en vertu du contrat.

Aucune prime ne sera due ou payable pour toute période après la fin du contrat. Toute prime payée et acceptée au titre du contrat après la fin du contrat conformément à ses dispositions n'entraînera aucune responsabilité de la part de la **société** et **vous** serez remboursés. Sauf mention expresse dans le présent contrat, les primes ne sont pas remboursables, en tout ou en partie.

Aucune renonciation

Le fait que **nous** n'insistons pas sur le respect d'une disposition du contrat n'aura pas pour effet de créer une renonciation de notre part à cette disposition ou à toute autre disposition du contrat par la suite, ou encore une modification ou une non-application de cette disposition ou de toute autre disposition du contrat par la suite.

Incessibilité

Vous ne pouvez pas céder, vendre, donner ou transférer de toute autre manière, en tout ou en partie, la propriété du contrat ou tout droit, toute option et tout privilège associé au contrat. Pour plus de clarté, **vous** ne pouvez pas détenir le contrat conjointement avec une autre personne ou entité.

Aucune désignation de bénéficiaire n'est autorisée

Vous ne pouvez pas désigner une autre personne que **vous** pour recevoir les prestations prévues au contrat. **Nous** nous réservons le droit de verser les prestations conformément à la section « Paiement au fournisseur de soins médicaux » de la présente **police**.

Limitation de responsabilité

Notre responsabilité au titre du contrat se limite uniquement au paiement des demandes de règlement admissibles, dans la limite de la protection maximale souscrite et des montants de protection maximaux applicables, pour les dépenses admissibles liées aux situations d'**urgence** pendant la **période contractuelle**, comme indiqué dans le contrat. Dans le cadre d'un paiement au titre du contrat, la société, ses agents et ses administrateurs n'assument aucune responsabilité quant à la disponibilité, à la qualité, aux résultats ou à l'issue de tout **traitement** ou service ou quant à **votre** incapacité à obtenir un **traitement** ou un service couvert par les dispositions du contrat.

Coordination des indemnités

Le contrat est un régime de dernier payeur et vise à couvrir les frais excédentaires non couverts par d'autres régimes et toute autre source de recouvrement (y compris tout paiement d'indemnité) que **vous** pourriez avoir à l'égard de **votre** demande de règlement. Il ne vise pas à remplacer ou à se substituer à d'autres régimes qui auraient été actifs et auraient permis le remboursement des frais encourus si le présent contrat n'était pas en vigueur. Ces régimes comprennent toute autre police, tout autre contrat ou tout arrangement public ou privé autre que le présent contrat, qui prévoit des prestations ou des services à l'égard de soins ou de traitements médicaux ou dentaires, y compris, mais sans s'y limiter, l'assurance maladie gouvernementale, l'assurance hypothécaire, l'assurance habitation, l'assurance multirisque, l'assurance maladie de base ou complémentaire individuelle ou collective, l'assurance automobile, l'assurance offerte par les cartes de crédit ou tout autre régime d'assurance fourni par un autre assureur.

Si une **personne assurée** engage une dépense admissible dont au moins une partie est assurée simultanément pour des dépenses ou des frais substantiellement identiques en vertu de plus d'un contrat souscrit par la **société** ou de tout autre régime ou toute autre source de recouvrement, le paiement des prestations (à l'exception de la prestation de décès accidentel) sera coordonné et/ou réduit dans la mesure où les prestations disponibles en vertu de tous vos régimes ou autres sources de recouvrement n'excéderont pas 100 % des dépenses réellement encourues. Les prestations payables en vertu d'un autre régime sont réputées comprendre les prestations qui auraient été versées si une demande en bonne et due forme avait été présentée. La coordination des indemnités se fera conformément à la ligne directrice G17 de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. intitulée « Coordination des prestations pour les frais médicaux engagés à l'étranger/à l'extérieur de la province ou du territoire ».

Si une **personne assurée** est couverte par plus d'un contrat d'assurance voyage souscrit par la **société** et que le montant total de l'assurance visant la **personne assurée** dépasse la protection maximale la plus élevée de l'un de ces contrats d'assurance voyage, la responsabilité globale de la **société** ne dépassera pas cette protection maximale, et toute assurance excédentaire sera annulée. Les primes payées pour cette assurance excédentaire seront remboursées.

Nonobstant ce qui précède, si une **personne assurée** n'est pas couverte par un **régime public d'assurance maladie**, la responsabilité globale de la **société** pour tous les contrats avec la **société** en vertu desquels la **personne assurée** est couverte ne dépassera pas 200 000 \$. Toute assurance excédentaire sera annulée, et les primes payées pour cette assurance excédentaire seront remboursées.

Droits de recouvrement et subrogation

Si la **société** détermine qu'aucun paiement n'est dû pour une demande de règlement en vertu de ce contrat, **vous** devez rembourser à la **société** tous les montants que **vous** ont été avancés, ou qui ont été avancés à une **personne assurée** ou en **votre** nom ou en leur nom, sur demande. Dans ce cas, tout paiement effectué par la **société** ne constituera pas une acceptation de protection pour cette demande de règlement.

Si la **société** a payé des prestations qui excèdent le montant à verser en vertu des dispositions du contrat, elle a le droit de recouvrer tout excédent auprès de toute personne à laquelle, au nom de laquelle ou à l'égard de laquelle ces paiements ont été faits, ou auprès de toute autre société d'assurance ou de toute source de recouvrement. Si l'excédent demeure irrécouvrable, la **société** se réserve le droit de recouvrer un tel excédent en le retranchant de toute autre prestation à verser à l'égard de la même **personne assurée** aux termes du contrat.

Lorsqu'elle fournit des prestations au titre du contrat, **Assistance mondiale Trident**, au nom de la **société**, dispose de tous les droits de subrogation et

peut poursuivre, en **votre** nom ou celui de la **personne assurée** et à ses frais, les tiers qui pourraient être directement ou indirectement responsables de toute perte ayant fait l'objet d'une demande de règlement au titre du contrat. **Vous** signerez et remettrez les documents nécessaires et coopérez pleinement avec la **société** et **Assistance mondiale Trident** pour permettre la pleine affirmation de ces droits, **vous** ne ferez rien qui puisse porter atteinte à ces droits et **vous** veillerez à ce que toutes les **personnes assurées** au titre du contrat s'y conforment.

Prescription des actions

Toute action ou poursuite contre la **société** pour recouvrer des sommes payables en vertu d'un contrat d'assurance est absolument non avenue, à moins qu'elle n'ait été intentée pendant le délai prévu par la *Loi sur les assurances* (pour la Colombie-Britannique, l'Alberta et le Manitoba), la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (Ontario) ou toute autre législation applicable (pour les autres provinces et territoires).

POLICE SOUSCRITE PAR :

L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie
259, rue King Est
Kingston ON K7L 3A8

POLICE ADMINISTRÉE PAR :

TruStone Santé, une division de Financière TruStone Inc.
259, rue King Est
Kingston ON K7L 3A8

ASSISTANCE EN CAS D'URGENCE ET DEMANDES DE RÈGLEMENT ADMINISTRÉES PAR :

Assistance mondiale Trident
21 Four Seasons Place
Etobicoke ON M9B 0A6

Avis important – à lire attentivement avant de voyager

Vous avez souscrit un contrat d'assurance voyage – que faire ensuite?

Nous tenons à ce que **vous** compreniez (et il est dans votre intérêt de savoir) quelles sont les garanties et les prestations incluses dans le contrat, celles qui sont exclues et celles qui sont limitées (payables selon des limites prédéterminées). Prenez le temps de lire **votre** contrat avant **votre** départ.

- **Votre** assurance voyage couvre les demandes de règlement pour les dépenses admissibles découlant d'**urgences** survenant alors qu'une **personne assurée** voyage en dehors de sa province ou de son territoire de résidence au Canada et ne comprend pas les dépenses liées à des soins de suivi ou à des soins récurrents.
- Pour bénéficier de cette assurance, chaque **personne assurée** doit remplir toutes les conditions d'admissibilité à la **date d'effet** et **votre proposition** doit être approuvée par la **société**. Si une **personne assurée** n'est pas admissible à la **date d'effet**, le contrat est réputé nul et non avenue, aucune indemnité ne sera versée et les primes ne peuvent pas être remboursées en cas de fraude.
- **Votre** assurance voyage est soumise aux limites et/ou exclusions décrites dans le contrat (p. ex., conditions médicales non **stables**, grossesse, enfant né pendant le voyage, consommation excessive d'alcool, activités à haut risque).
- **Votre** assurance voyage peut ne pas couvrir les pertes liées à des **maladies préexistantes**, même si elles ont été divulguées au moment de l'achat.
- Contactez **Assistance mondiale Trident**, le fournisseur d'assistance d'urgence, aux numéros indiqués dans la section Assistance d'urgence en tout temps avant de recevoir un **traitement**, faute de quoi **vos** prestations pourraient être limitées ou refusées.
- En cas de perte, les antécédents médicaux de la **personne assurée** pourraient être examinés.
- Si une **personne assurée** a été invitée à remplir un questionnaire médical dans le cadre de la **proposition** et que l'une de ses réponses n'est pas exacte ou complète à la **date d'effet**, **nous** pourrions annuler **votre** contrat. Si nous annulons **votre** contrat, aucune prestation ne sera versée et les primes pourraient ne pas être remboursées en cas de fraude.

Il est de votre responsabilité de comprendre votre protection. Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec Assistance mondiale Trident, votre courtière ou courtier ou TruStone Santé. #