

La présente police est souscrite auprès de : L'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

Section	CONTENU DE LA POLICE	Page
I	Admissibilité à la couverture	1
II	Comment fonctionne la présente police	2
III	Couvertures d'assurance	2
IV	Ce qui est couvert	2
	Bénéfices d'Assurance maladie	2
V	Ce qui n'est pas couvert Assurance maladie	4
	Limites et Exclusions	4
VI	Conditions générales	5
VII	Définitions	6
VIII	Remboursements	7
IX	Procédures d'Urgence	8
X	Procédures pour réclamations	8
XI	Procédures pour faire appel	8

- **Vous** devez remplir un questionnaire médical dans le cadre de **Votre** demande afin de couvrir Vos conditions
- Si cette police est achetée pour couvrir vos conditions pré-existantes, il doit y avoir aucune erreur dans **Votre** déclaration médicale et aucun changement dans **Votre** état de santé entre le moment où **Vous** avez répondu aux questions admissibles sur **Votre** demande et **Votre** date d'entrée en vigueur. Si **Votre** déclaration médicale contient une erreur substantielle, **Vous** courez le risque que **Votre** police soit annulée et que **Votre** demande soit refusée. **Vous** devez contacter le bureau où **Vous** avez acheté la présente police afin de faire les changements nécessaires à **Votre** Proposition d'assurance
- Période d'attente : Si **Vous** étiez au Canada sans assurance avant la **Date d'entrée en vigueur** de cette police, la couverture des pertes commencera après la période d'attente. Il n'y a pas de période d'attente si **Vous** avez souscrit **Votre** police pour une entrée en vigueur au premier jour de **Votre** séjour actuel au Canada ou au premier jour après l'expiration d'une autre police d'assurance canadienne. Toute Maladie qui se manifeste pendant la Période d'Attente n'est pas couverte même si des dépenses sont engagées après la Période d'Attente.

AVIS RELATIF AU DROIT D'EXAMEN DE LA POLICE

- Veuillez lire attentivement **Votre** Police avant **Votre** Voyage. Si **Vous** n'êtes pas entièrement satisfait de la présente police, veuillez la retourner par courrier recommandé à la **Compagnie** dans les 10 jours de la date d'achat et toute prime payée **Vous** sera remboursée. Des frais de service et des frais administratifs seront appliqués et ces frais ne seront pas remboursables.
- L'Assurance Voyage est conçue pour couvrir les pertes découlant de circonstances soudaines et imprévisibles lors d'une **Urgence**. Il est important de lire et de comprendre **Votre** police avant de partir en **Voyage**, puisque sa protection est assujettie à certaines modalités, conditions, limites et exclusions.
- Le présent document de police doit être accompagné d'un **Reçu de police** pour en faire la police au complet.
- **Début de la couverture** : La couverture commence à la **Date d'entrée en vigueur**.
- **Fin de la couverture** : La couverture prend fin à la **Date d'expiration**.
- Bénéfices – Cette police couvre jusqu'à un maximum global de **200 000 \$** à moins que **Vous** n'avez souscrit un montant inférieur tel que précisé sur **Votre Reçu de police**.
- Exclusions pour toute **Condition médicale préexistante** s'appliqueront aux conditions médicales ou signes ou symptômes qui existaient à **Votre Date d'entrée en vigueur** ou avant, à moins que **Vous** n'avez sélectionné de couvrir toute **Condition médicale préexistante** et payé la prime appropriée. (Exclusion # 1).
- Diabète : Si **Vous** avez été diagnostiqué diabétique, les pertes ou dépenses encourues pour ou résultant d'un **Traitement** pour des conditions de cœur ou d'accident vasculaire cérébral ne seront pas couvertes à moins que **Vous** n'avez reçu un avenant de souscription médical et que **Vous** n'avez payé la prime additionnelle requise pour couvrir le diabète et des conditions stables. (Exclusion #2).

- Cliniques médicales : en cas de blessure ou de maladie, aussi minime soit-elle, veuillez **Vous** rendre à l'établissement médical, à la clinique ou à l'hôpital le plus proche. Voir « Ce qui est couvert » à la page 2.
- **Urgence** : En cas d'**urgence** médicale, appelez immédiatement l'assistance d'**urgence** au 1-866-209-4203 ou au 905-830-0387 (à frais virés) dans les 24 heures suivant une visite à l'**urgence** ou une admission à l'**hôpital**, à moins que **vous** état ne **Vous** en empêche. Ce faisant et dans ce cas, **Vous** devez contacter la **Société** dès que cela est médicalement possible ou demander à quelqu'un d'appeler en **Vous** nom.

Se reporter à la page 5, « LIMITES ET EXCLUSIONS #29 ».

I ADMISSIBILITÉ À LA COUVERTURE

Vous êtes admissible à la couverture si, à la **Date d'entrée en vigueur**:

1. **Vous** êtes âgé d'au moins 15 jours et **Vous** êtes âgé de 89 ans ou moins et **Vous** n'êtes pas assuré ou admissible aux prestations d'un régime d'assurance maladie du gouvernement canadien ; et
2. **Vous** êtes actuellement en bonne santé, **Vous** ne présentez aucun signe ou symptôme récent non diagnostiqué, **Vous** n'avez pas été hospitalisé pour une maladie au cours des six derniers mois et **Vous** ne connaissez aucune raison pour laquelle **Vous** auriez besoin d'un **Traitement pendant votre police période**; et
3. **Vous** ne résidez pas dans une maison de retraite, une maison de repos, une maison de convalescence, un centre de rééducation ou une maison de retraite ou **Vous** n'avez pas besoin d'assistance pour les activités de la vie quotidienne (prendre un bain, manger, aller aux toilettes, prendre des médicaments ou entrer dans une maison de retraite). ou hors d'une chaise ou d'un lit) là où **Vous** résidez au Canada ; et

4. *Vous* n'avez pas été traité pour une anémie aplasique, une anémie hémolytique, une drépanocytose ou une anémie nécessitant des transfusions sanguines ou une greffe de moelle osseuse au cours des 3 dernières années. Cela n'inclut pas l'anémie liée aux carences en fer et en vitamine B-12 ; et

5. *Vous* répondez à toutes les questions d'éligibilité énumérées sur le questionnaire médical et la demande.

II COMMENT FONCTIONNE LA PRÉSENTE POLICE – OBJET DE L'ASSURANCE

En contrepartie de *Votre Proposition d'assurance* et du paiement de la prime appropriée et sous réserve des modalités, conditions, limites et exclusions de cette police, la *Compagnie* paiera les bénéfices de cette police, assujettis au maximum global tel que précisé sur *Votre Reçu de police* (moins toute *Franchise* applicable) pour les dépenses admissibles encourues par *Vous* et lesquelles sont excédantes de toute autre assurance ou autres montants ; et

- Les paiements sont limités aux montants spécifiés sous chaque option de couverture.
- Des pertes encourues résultant de toute *Condition médicale préexistante* sont exclues à moins que *Vous* payé la prime requise et reçu un avenant écrit et un *Reçu de police*.
- Aucune *Franchise* s'appliquera aux réclamations à moins que *Vous* n'ayez sélectionné une *Franchise* pour *Votre* couverture et la prime sera ajustée en conséquence.
- Si *Votre* état de santé change ou ne demeure pas *Stable* entre la date à laquelle *Vous* avez rempli *Votre Proposition d'assurance* et la *Date d'entrée en vigueur* de la couverture, *Vous* risquez de ne pas jouir de la protection lors d'une réclamation. *Vous* serez peut-être obligé de faire une nouvelle demande de couverture et, le cas échéant, veuillez communiquer avec *Votre Représentant*.
- La prime est facturée en fonction de l'âge du demandeur à la date d'entrée en vigueur. Des limitations et des exclusions s'appliquent.

III COUVERTURES D'ASSURANCE

COUVERTURE POUR VOYAGE UNIQUE

Vous pouvez remplir la *Proposition d'assurance* avant ou après *Votre* arrivée au Canada. Une *Période d'attente* s'appliquera si *Vous* avez fait la demande d'assurance après *Votre* arrivée au Canada.

COUVERTURE PROLONGÉE

Vous pouvez faire la demande d'une Prolongation de *Votre* couverture d'assurance maladie pourvu que *Vous* n'ayez pas encourue de réclamations durant la période précédant la *Date d'entrée en vigueur* de la Couverture Prolongée que *Vous* désirez acheter. La couverture pourra être prolongée seulement si la *Compagnie* y consent. La Couverture Prolongée sera déclarée nulle et sans effet si *Vous* avez encourue une réclamation durant la période précédant *Votre* demande d'une Couverture Prolongée. Il y a des taux minimaux pour les primes qui s'appliquent. La Couverture Prolongée entre en vigueur immédiatement après la *Date d'expiration* de *Votre* couverture existante à condition que *Vous* ayez payé la prime appropriée avant la *Date d'expiration* de *Votre* couverture existante.

AVIS :

Les détails spécifiques de *Votre* régime sont stipulés sur *Votre Reçu de police*, déclaration médicale et si applicable, *Votre Proposition d'assurance*, et le courrier électronique contenant vos documents d'assurance, le tout faisant partie intégrante de la présente police. *Vous*

serez responsable des dépenses qui ne sont pas payables par la *Compagnie* et aucune couverture n'est fournie en vertu de la présente police pour des pertes résultant d'une *Maladie* ou *Blessure* si *Votre Période de stabilité* pour ladite *Maladie* ou *Blessure* est moins de 3 mois.

IV CE QUI EST COUVERT

Advenant une *Urgence médicale*, le remboursement sera fait pour les bénéficiaires nommés lorsqu'ils ne sont pas exclus sous la rubrique « *Ce qui n'est pas couvert* », seulement dans la mesure où :

- Le remboursement n'est ni prohibé par la loi, ni disponible ou couvert en vertu d'un Régime d'assurance-maladie gouvernemental canadien, la Loi sur les accidents du travail ou loi ou législation similaire ou toute autre Police ou régime d'assurance; et
- Les soins, services ou approvisionnements étaient fournis ou obtenus sur l'approbation écrite ou prescription d'un *Médecin* ou Dentiste.
- Les *Conditions médicales préexistantes* pourraient être couvertes si *Vous* avez payé la prime requise et avez reçu une confirmation écrite de la *Compagnie* à l'égard de cette couverture. Les prestations individuelles maximales s'appliquent comme il est stipulé.

BÉNÉFICES D'ASSURANCE MALADIE

Ce régime fournit une couverture pour les soins médicaux et l'hospitalisation d'*Urgence*, assujetti au maximum global que *Vous* avez choisi lors de *Votre* souscription d'assurance, par *Maladie* ou *Blessure* et assujettie à toute *Franchise* par *Personne assurée*. Des montants maximums s'appliquent pour des bénéficiaires individuels. Les visites temporaires hors-Canada ne sont pas couvertes à moins que la *Compagnie* ait accepté le risque et ait émis un Avenant.

1. COUVERTURE EN TRANSIT

Les avantages suivants sont couverts à l'extérieur du Canada s'ils surviennent lors d'un vol direct vers le Canada, y compris toutes les escales.

2. HOSPITALISATION & SOINS MÉDICAUX D'URGENCE – Assujetti au maximum global acheté et tel qu'indiqué sur *Votre Reçu de police*.

(a) *Hôpital*

Les frais Hospitaliers et médicaux résultant d'une *Urgence* médicale sont couverts.

Les dépenses liées aux médicaments sur ordonnance à l'hôpital sont couvertes jusqu'à concurrence de la limite globale de la police.

Nous paierons les frais d'hospitalisation directement à l'hôpital.

(b) *Visite chez le Médecin*

Les frais de visite chez le *Médecin* et les autres frais médicaux résultant d'une urgence médicale sont couverts. Les *Urgences* médicales comprennent les consultations virtuelles et les visites chez le *Médecin* pour de nouveaux symptômes survenant après la date d'entrée en vigueur, y compris la toux, le rhume, la fièvre, les courbatures, la diarrhée et d'autres problèmes réguliers qui pourraient conduire à des situations plus graves.

Tout *Traitement* de suivi raisonnable est couvert s'il est appuyé par une ordonnance écrite du *Médecin* traitant et s'il est toujours considéré comme médicalement nécessaire pour traiter l'urgence. Une urgence n'existe plus lorsque la preuve indique qu'aucun autre *Traitement* n'est requis à destination. Nous ne paierons pas les

dépenses engagées pour les soins de réadaptation ou la récurrence d'une condition médicale ou d'une condition connexe une fois que **Votre** condition a été traitée et que l'urgence a pris fin.

Nous ne paierons pas les dépenses engagées pour les soins de réadaptation ou la récurrence d'une condition médicale ou d'une condition connexe une fois que votre condition a été traitée et que l'urgence a pris fin.

Vous serez responsable de payer pour le **Traitement** d'investigation et toute intervention chirurgicale programmée si elle n'est pas nécessaire pour **Traitement** médical immédiat non discrétionnaire pour le soulagement immédiat des symptômes aigus au cours de la première Urgence.

3. ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Les services ou **Traitements** suivants doivent être approuvés par une autorisation écrite du **Médecin** traitant.

a) Les médicaments sur ordonnance nécessaires pour traiter une urgence dans un cabinet médical sont couverts jusqu'à la somme assurée et limités à un approvisionnement de 30 jours.

Le coût d'une visite chez le **Médecin** pour renouveler une ordonnance (et non le médicament) au Canada au cours des six (6) premiers mois de votre voyage. Les renouvellements de médicaments que **Vous** aviez avant la **Date d'entrée en vigueur** de cette police ne sont pas couverts.

b) Radiographies diagnostiques et Services de laboratoire, jusqu'à la somme assurée.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM), les scanographies de tomodensitométrie (TDM), les sonogrammes, les échographies et les biopsies doivent être préalablement approuvés par le **Directeur médical**, à moins qu'elles ne fassent partie du protocole d'urgence ;

c) Services locaux d'ambulance autorisés jusqu'à concurrence du montant assuré.

d) Les soins infirmiers privés dispensés par un infirmier autorisé (IA) ou un préposé médical autorisé, autre qu'un membre de la famille, assujetti à un maximum de 10 000 \$

e) Location de fauteuil roulant, béquilles, attelles et autres appareils médicaux nécessaires, assujetti à un maximum de 5 000 \$

f) 50 % des frais des services d'un chiropraticien, d'un podiatre, d'un ostéopathe, d'un podiatre et d'un physiothérapeute référés par un **Médecin** suite à une **blesure** couverts jusqu'à 2 000 \$.

4. SOINS DENTAIRES PAR SUITE D'UN ACCIDENT – maximum de 5 000 \$ par Voyage

La Compagnie paiera jusqu'à un maximum de 5 000 \$ pour les frais dentaires pendant la période d'assurance lorsque **Vous** avez une infection dentaire soudaine ou que vos dents naturelles saines sont endommagées à la suite d'un coup accidentel direct à la bouche.

Les examens dentaires, les obturations et les extractions dentaires ne sont pas couverts à moins que le **Traitement** ne soit causé par un coup direct accidentel à la bouche.

5. FRAIS ACCESSOIRES – Maximum de 2 000 \$ par Voyage

Les frais accessoires (c.-à-d., de téléphone ou de location d'un téléviseur) sont remboursables, jusqu'à concurrence de 2 000 \$, lorsque **Vous** êtes hospitalisé en raison d'une **Urgence médicale** couverte, sous réserve de la présentation de pièces justificatives originales.

6. RAPATRIEMENT D'URGENCE PAR VOL RÉGULIER OU PAR AMBULANCE AÉRIENNE – Maximum de 25 000 \$

En cas d'**Urgence médicale**, la **Compagnie** assumera les frais de **Votre** transport à l'établissement médical adéquat le plus proche. Si **Vous**

devez être transporté à **Votre** Pays de résidence pour une attention médicale immédiate, suite à une **Urgence** couverte, la **Compagnie** assumera les frais de **Votre** transport à **Votre** Pays de résidence par Ambulance Aérienne, si **Vous** êtes incapable de prendre un vol régulier et **Vous** avez obtenu l'approbation écrite au préalable du **Directeur médical**. Si **Vous** devez être transporté à **Votre** Pays de résidence pour une attention médicale immédiate suite à une **Urgence**, la **Compagnie** payera jusqu'à un maximum de 25 000 \$ pour les frais additionnels (c.-à-d., un billet aller simple économique, accommodation pour une civière et un préposé médical autorisé) pour **Vous** retourner par vol régulier lorsqu'il est approuvé par le **Directeur médical**.

7. RETOUR DE PERSONNE(S) À CHARGE – Maximum de 3 500 \$ par Voyage

Si **Vous** êtes rapatrié selon les modalités prévues aux articles 5 ou 9, la **Compagnie** payera jusqu'à concurrence de 3 500 \$ par **Voyage** pour le retour de **Vos Personne(s) à charge** voyageant avec **Vous** au moment où survient l'**Urgence médicale** si leurs noms figurent sur la même **Proposition d'assurance**.

8. ESCORTE POUR PERSONNE(S) À CHARGE – Maximum de 3 000 \$ par Voyage

La **Compagnie** **Vous** remboursera jusqu'à concurrence de 3 000 \$ par **Voyage** les coûts d'un service d'un gardien (autre qu'un membre de **Votre** famille) contracté par **Vous** pour accompagner **Vos Personne(s) à charge** (de moins de 16 ans) jusqu'à leur Pays de résidence si **Vous** êtes Hospitalisé ou si **Vous** devez être rapatrié (Voir Bénéfice # 9), lorsque ces services sont organisés par la **Compagnie** et approuvés au préalable.

9. TRANSPORT D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE - Maximum de 2 000 \$ par Voyage

Si **Vous** êtes hospitalisé pour plus de 3 jours en raison d'une **Blessure** ou d'une **Maladie** couverte, la **Compagnie** payera les frais de transport (jusqu'à un maximum de 2 000 \$) d'un membre de **Votre** famille ou d'une autre personne qui ne voyage pas avec **Vous** à **Votre** chevet. (Cette personne devrait songer à souscrire sa propre assurance.) La **Compagnie** payera aussi pour les repas et l'accommodation pour cette personne jusqu'à un maximum de 100 \$ par jour.

10. RAPATRIEMENT – Jusqu'à 10 000 \$

En cas d'invalidité: la **Société** paiera jusqu'à un maximum de 10 000 \$ pour les frais nécessaires à **vos** retour dans **vos** pays de résidence par vol régulier si **Vous** êtes totalement invalide à la suite d'une **urgence** nécessitant une hospitalisation de trois jours ou plus.

En cas de **vos** décès: la **Compagnie** versera un maximum de 10 000 \$ en cas de **vos** décès.

a) pour les frais de retour de **Votre** dépouille dans **Votre** Pays de résidence ; &

b) Les frais de transport (classe économique) d'un proche pour accompagner le corps jusqu'à **Votre** pays de résidence.

11. FUNÉRATURE ET CRÉMATION – Jusqu'à 2,000 \$

En cas de décès :

La Compagnie paiera jusqu'à 500 \$ pour le coût d'une urne, d'un cercueil ou d'une caisse pour transporter le corps.

La Compagnie paiera jusqu'à 1 500 \$ pour les frais d'inhumation ou de crémation sur le lieu du décès.

La **Compagnie** ne paiera pas les frais de services funéraires, de pierres tombales, de monuments ou de consultations concernant l'enterrement ou la crémation.

12. MORT ACCIDENTEL – Maximum 25 000,00 \$

Si **Vous** avez demandé la prestation de décès accidentel ; payé la prime supplémentaire pour être couvert par la prestation de décès accidentel et reçu l'avenant de police pour décès accidentel dans **votre** reçu de police, la **Compagnie** versera jusqu'à vingt-cinq mille dollars (25 000,00 \$) à **votre** succession ou à **votre** bénéficiaire désigné dans le cas de **votre** décès si **votre** décès survient pendant la période d'assurance à la suite d'un accident ou d'une blessure subie pendant la période d'assurance. Aucune prestation ne sera versée en cas de décès dû à des causes naturelles, à une maladie, à un suicide, à une tentative de suicide ou à un homicide. La somme globale maximale versée pour tous les décès survenus à la suite du même accident sera de vingt-cinq mille dollars.

13. FRAIS D'HÉBERGEMENT COMMERCIAL ET DE REPAS – Maximum de 2 000 \$ par Voyage

La **Compagnie** remboursera jusqu'à concurrence de 100 \$ par jour, lorsque le segment de retour d'un **Voyage assuré** est retardé au-delà de la date prévue en raison d'une **Urgence médicale** ou du décès d'un membre de **Votre** famille.

14. PAUSE PENDANT LE VOYAGE

Vous pouvez retourner à **Votre** Pays de résidence habituelle ou prendre des petits voyages à l'extérieur du Canada sans résilier **Votre** police.

V LIMITES ET EXCLUSIONS – CE QUI N'EST PAS COUVERT : ASSURANCE MALADIE

La présente police ne couvre aucune perte découlant totalement ou partiellement d'un des risques exclus ci-dessous, ou occasionnée par l'un d'eux ou qui en est une conséquence naturelle et probable, ni ne prévoit aucun paiement en cas de perte de cette nature et conséquences probables des risques exclus suivants :

1. Toute **Condition médicale préexistante**, sauf si **Vous** avez été approuvé pour la couverture des **Conditions médicales préexistantes** et avez reçu un **Reçu de police** de la **Compagnie**, que **Vous** ayez divulgué avec précision vos conditions médicales dans la déclaration médicale de **Votre** demande et que **Vous** ayez payé la prime supplémentaire correspondante ; ou,

Tout état pathologique qui n'était pas **Stable** à un moment quelconque pendant les 365 jours immédiatement précédant la **Date d'entrée en vigueur** à moins que **Vous** n'avez payé la prime additionnelle requise pour réduire la **Période de stabilité** ; ou,

Toute perte ou dépense résultant d'une condition médicale pour laquelle des signes ou symptômes ont existé dans les quatre-vingt-dix (90) jours avant **Votre Date d'entrée en vigueur**; ou,

Toute intervention chirurgicale programmée ou tout **Traitement** continu après la fin de **l'urgence** initiale ; ou

Tout état pathologique énuméré sous la rubrique « Exclusions » sur **Votre Reçu de police**; ou,

Tout état pathologique énuméré sous la rubrique « Notes » sur **Votre Reçu de police** en tant que condition exclue.

Consultez **Votre** police pour déterminer comment cette exclusion s'applique et son lien avec **Votre Date d'entrée en vigueur**, la date d'achat et la **Date d'expiration**. Advenant un accident, **Blessure** ou **Maladie**, on passera en revue **Vos** antécédants médicaux lorsqu'une réclamation est déclarée. **Vous** devez aviser la **Compagnie** avant tout

Traitement. Les limites des bénéficiaires dans le cadre de **Votre** police risquent d'être réduites si **Vous** ne contactez pas la **Compagnie** dans un délai spécifique.

2. Diabète : si **Vous** êtes diabétique selon un diagnostic posé, le **Traitement** relatif à une condition cardiaque ou un accident vasculaire cérébral est exclus et n'est pas couvert, sauf si **Vous** avez obtenu un avenant de la **Compagnie** couvrant **Vos Conditions médicales préexistantes**.

3. Les dépenses engagées à la suite d'une enquête ou d'un **Traitement** contre le cancer ; y compris, mais sans s'y limiter, la biopsie, chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie.

4. Toute perte, **Maladie** ou **Blessure** qui se produit à l'extérieur du Canada ne sont pas couverts à moins que la **Compagnie** ait accepté le risque et ait émis un Avenant.

5. Toute perte, maladie ou blessure survenue pendant la période d'attente ou toute perte, maladie ou blessure survenant pendant que cette police n'est pas en vigueur ;

6. Les frais engagés en raison d'une infection asymptomatique ou symptomatique au VIH, au syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), au syndrome apparenté au sida (ARC) ou à la présence du VIH, y compris tous les tests diagnostiques ou les frais connexes ou autres maladies transmises sexuellement.

7. Une **Maladie**, une **Blessure** ou une affection connexe pendant un **Voyage** entrepris sachant que **Vous** devrez obtenir un **Traitement** ou subir une intervention chirurgicale pour ladite **Maladie**, **Blessure** ou affection connexe, ou dans le but d'obtenir un **Traitement** ou de subir une intervention chirurgicale.

8. **Traitement** ou examen exploratoire non **Urgent**, examen médical, les services connexes aux examens médicaux généraux, les soins réguliers pour un problème de santé chronique chirurgie esthétique, soins chroniques, réadaptation ou toute complication découlant directement ou indirectement de ces soins, ou tout **Traitement** qui peut raisonnablement être reporté jusqu'à **Votre** retour à **Votre** Pays de résidence par le prochain moyen de transport disponible. Tout délai à recevoir un **Traitement** dans **Votre** Pays de résidence n'a aucune incidence sur l'application de la présente exclusion.

9. **Maladie** ou **Blessure** lorsque le **Voyage** a été réservé ou entrepris contrairement à l'avis du **Médecin**, avec connaissance au préalable d'un **État instable** ou après un **Pronostic de phase terminale**.

10. Le remplacement d'une ordonnance existante, à moins qu'elle ne soit fournie dans le cadre des présentes, que ce soit en raison d'une perte, d'un renouvellement ou d'un approvisionnement insuffisant, ou de l'achat de médicaments et de médicaments (y compris des vitamines) qui sont couramment disponibles sans ordonnance ou qui ne sont pas légalement enregistrés et approuvés au Canada. En l'absence de maladie ou de blessure, l'achat de recharges de médicaments déjà utilisés n'est pas couvert.

11. Dépenses découlant d'une **Maladie** ou d'une **Blessure** reliée à un changement d'une **Condition médicale préexistante** préapprouvée, si **Vous** avez omis d'aviser la **Compagnie** de ce changement avant **Votre Date d'entrée en vigueur**.

12. Tout **Traitement**, enquête ou hospitalisation pour une condition médicale si **Vous** avez déjà reçu un **Traitement** pour cette condition au cours de cette période de police et que l'urgence médicale initiale a été déclarée terminée, sauf si le **Directeur médical** **Vous** déclare incapable de retourner à **Votre** Pays de résidence. cela comprend les soins de longue durée et le **Traitement** d'une maladie ou d'une blessure aiguë L'urgence a été résolue (comme conseillé par notre

directeur médical) ou une consultation médicale dans laquelle le **Médecin** n'a pas observé de changement lié à la condition médicale, au symptôme ou au problème déjà traité.

13. Accouchement, les soins prénataux de routine, fausse couche, interruption volontaire de grossesse ou toute complication occasionnée par une grossesse.

14. Dans le cas des enfants âgés de moins de deux (2) ans : toute **Maladie** ou tout état pathologique lié à une anomalie congénitale.

15. Trouble d'ordre mental, nerveux ou émotionnel, mauvais usage de médicament, abus de drogues ou de substances toxiques, toute **Maladie** reliée ou attribuable à l'alcool, aux médicaments ou à l'abus de drogues ou de substances toxiques, tout accident reliée ou attribuable à la consommation excessive d'alcool (déterminée par un taux d'alcoolémie excédent quatre-vingts (80) milligrammes par cent (100) millilitres de sang) ou les **Traitements** s'y rattachant.

16. Suicide ou tentative de suicide ou automutilation que la **Personne assurée** soit saine d'esprit ou non.

17. **Maladie** ou **Blessure** découlant d'un affrontement public, d'une guerre ou fait de guerre (déclarée ou non) ou d'une exposition volontaire à un péril, sauf dans le but de sauver une vie humaine.

18. Délit criminel ou une tentative de délit criminel ou toute activité illégale.

19. **Voyage** en avion autrement que comme passager dans un avion commercial avec capacité de six personnes ou plus, autorisé pour le transport de passagers payants.

20. Un accident d'automobile où **Vous** avez droit à une couverture sous une Loi d'assurance d'automobile (comprenant mais non limité à l'assurance sans faute), ou sous une Loi applicable d'assurance.

21. Participation à des sports compétitifs sanctionnés, des sports professionnels ou à la participation au vol acrobatique aérien ou cascade, Delta plane, alpinisme, parachutisme, saut à l'élastique (bungee), plongée sous-marine sans être correctement certifiée, combat extrême et à toute course ou concours de vitesse à moins que la **Compagnie** ait accepté le risque et ait émis un Avenant.

22. Un **Traitement** ou une intervention chirurgicale pour un problème de santé spécifique ou une affection connexe qui avait motivé **Votre Médecin** à **Vous** conseiller de ne pas voyager, ou que **Vous** avez contracté dans un pays pendant **Votre Voyage** si le Ministère des Affaires étrangères, du Commerce et du Développement du gouvernement du Canada avait émis un avis officiel par écrit déconseillant aux voyageurs canadiens de voyager dans le pays, la région ou la ville en question avant **Votre Date d'entrée en vigueur**.

23. Le non-respect de toute thérapie ou de tout **Traitement** prescrit.

24. Interventions médicales ou chirurgicales majeures qui ne sont pas approuvées au préalable par le **Directeur médical** :

a) cathétérisme cardiaque, angioplastie et/ou chirurgie cardiovasculaire, y compris tout test de diagnostic associé ou frais, sauf approbation préalable par la **Société** avant d'être effectuée, sauf lorsqu'une telle chirurgie est effectuée en tant qu'**Urgence médicale** immédiatement après l'admission à l'**Hôpital** ;

b) imagerie par résonance magnétique (IRM), informatisée les tomographies axiales (CAT), les échographies, les échographies ou les biopsies, sauf approbation préalable de la **Société**, sauf lorsque ces tests sont effectués dans le cadre d'un protocole de **Traitement d'Urgence médicale** ;

25. Chirurgie pour corriger la vision ou l'audition, sauf si elle est causée par un coup accidentel ou à des services fournis par un naturopathe ou à des services fournis dans une maison de convalescence, une maison de retraite, un centre de réadaptation ou une station thermale;

26. Dommages ou perte d'appareils auditifs, d'un service d'optométriste, d'examen de la vue, de lunettes, de lunettes de soleil, de lentilles cornéennes ou de prothèses dentaires ou de membres, et la prescription qui en résulte ;

27. Le transport par ambulance aérienne, sauf si la **Compagnie** l'a approuvé et organisé au préalable.

28. Les frais qui ne seraient pas normalement exigés en l'absence d'une protection d'assurance ou les dépenses qui excèdent les frais **Raisonnables et habituels** pour la région où les services ont été fournis ou toute perte, **Maladie** ou **Blessure** si les frais sont encourus dans **Votre** Pays de résidence.

29. La **Compagnie** se réserve le droit de **Vous** transférer à un **Hôpital** adéquat de notre réseau de santé, à condition que **Votre** état de santé permette ce transfert ou de prendre les dispositions pour **Votre** rapatriement à **Votre** Pays de résidence par suite d'une **Urgence médicale**. Si **Vous** refusez de retourner à **Votre** Pays de résidence après avoir été déclaré apte à voyager par le **Directeur médical**, les dépenses additionnelles consécutives relativement à la **Maladie** ou à la **Blessure** ne seront pas couvertes.

30. défaut de contacter la **Compagnie** dans les 24 premières heures suivant une visite aux urgences ou une admission à l'hôpital pour une **Urgence médicale** aura pour effet de limiter les prestations payables par la présente police à 50 % des dépenses brutes admissibles ou le montant maximum des prestations sera limité à 25 000 \$ si **Vous** avez sélectionné un maximum global de 50 000 \$ ou plus, à moins que votre état ne **Vous** empêche de le faire et que **Vous** contactez la **Société** dès que cela est médicalement possible.

VI CONDITIONS GÉNÉRALES

1. La demande d'assurance, le reçu de police, cette police, le courrier électronique livrant la police et tout avenant ou avenant à la police constitueront l'ensemble du contrat. Seule la **Compagnie** a le pouvoir de modifier le contrat ou de renoncer à l'une de ses modalités, conditions, restrictions et exclusions ou dispositions.

2. La présente police d'assurance est nulle si la **Personne assurée** fournit des renseignements faux ou frauduleux dans la **Proposition d'assurance**, la déclaration médicale, une réclamation au titre des garanties d'assurance ou si la **Personne assurée** est couverte par un autre assureur relativement à la **Blessure** ou à la **Maladie** faisant l'objet d'une réclamation en vertu de la présente police.

3. La garantie est nulle et sans effet, si la prime n'est pas reçue, si un chèque n'est pas couvert pour n'importe quelle raison, si le débit porté à une carte de crédit est refusé, si aucune preuve de **Votre** paiement existe. La **Compagnie** se réserve le droit de refuser une proposition ou toute demande de prolongation de la couverture.

4. Les limites de garantie et les paiements de prime effectués en vertu de la présente police sont en devises canadiennes et aucune somme payable ne peut porter intérêt.

5. Tous les aspects juridiques de la présente police, y compris les questions de structure, de validité et d'exécution, sont régis par les lois canadiennes. Toutes actions ou poursuites en justice doivent être intentées dans la province canadienne dans laquelle **Vos** services médicaux ont été fournis.

6. La coordination des bénéfiques et subrogation avec autres régimes d'assurance : cette police est conçue pour payer l'excédent de tous ou de n'importe quelle assurance existante tenues par **Vous** et ne remplacera pas n'importe quelle autre assurance qui aurait été en vigueur et aurait remboursée pour des dépenses encourues si cette assurance n'était pas en vigueur, incluant mais non limité : assurance de propriétaires d'une maison, assurance locataires, assurance de multi risques, assurance prolongée de soins de santé, assurance d'automobile, polices par carte de crédit ou police de tout autre assureur.

7. Le montant payable des bénéfiques de toutes les polices ou régimes se limite au maximum global acheté lors de la souscription et ne dépassera pas 100% des dépenses éligibles encourues. Si **Vous** obtenez n'importe quel droit de poursuite, après le paiement de **Votre** réclamation, contre n'importe quel individu, firme, ou **Société** pour une perte couverte pour laquelle un paiement a été effectué dans le cadre de cette police, **Vous** devrez transférer une telle réclamation ou droit de poursuite à la **Compagnie** si la **Compagnie** en fait la demande. La **Compagnie** se réserve le droit de subroger tous **Vos** droits de recouvrement contre n'importe quel tiers qui est tenu responsable.

8. Nonobstant toute autre disposition de la police, les présentes sont assujetties aux conditions statutaires de la Loi sur les assurances.

VII DÉFINITIONS

« **Blessure** » signifie souffrance ou dommage physique dont la cause est accidentelle subi après la **Date d'entrée en vigueur** de la police et nécessitant un **Traitement** medical immédiat.

« **Compagnie** » signifie la **Compagnie** d'assurances L'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., et toute autre partie engagée à fournir des services se rapportant à la présente police.

« **Condition médicale préexistante** » signifie un problème pathologique ou physique, un symptôme, une affection ou une **Maladie**, diagnostiqués ou non, pour lequel un **Traitement** a été reçu ou suivi ou qui a occasionné des signes ou symptômes en tout temps avant **Votre Date d'entrée en vigueur**. Ce terme englobe une complication médicale reconnue ou une **Récurrence** d'un état pathologique.

« **Date d'entrée en vigueur** » signifie la date, indiquée sur sur **Votre Reçu de police**, à condition que la prime appropriée ait été reçue par la **Compagnie** ou son **Représentant**. Si l'assurance est souscrite après **Votre** arrivée au Canada, un délai d'attente peut s'appliquer. Il n'y a pas de période d'attente si **Vous** avez souscrit **Votre** police pour qu'elle entre en vigueur le premier jour de **Votre** séjour actuel au Canada ou le premier jour après l'expiration d'une police d'assurance canadienne existante.

« **Date d'expiration** » signifie la date à laquelle toute assurance prend fin, selon la plus rapprochée des dates suivantes : (i) la date stipulée sur **Votre Réçu de police**; ou (ii) la date à laquelle la **Compagnie** **Vous** conseille de rentrer dans **Votre** Pays de résidence selon la garantie « **Rapatriement d'Urgence** ».

« **Directeur médical** » désigne le médecin agissant pour le compte de la **Société**.

« **État instable** » signifie une **Maladie** ou une **Blessure** qui inciterait une personne normalement prudente à s'attendre à nécessiter un **Traitement** ou un examen après son départ.

« **Franchise** » signifie le montant en dollars canadiens que la **Personne assurée** doit défrayer avant que le restant des dépenses couvertes soient remboursées en vertu de la présente police. La **Franchise** s'applique une fois par **Personne assurée**, par **Voyage**.

« **Hôpital** » signifie un établissement possédant les installations

nécessaires aux interventions chirurgicales **d'urgence** sur des patients hospitalisés ou ambulatoires. Cette définition n'inclut en aucun cas une maison de soins infirmiers, une maison de repos, un centre de convalescence, un centre de réadaptation, une maison pour personnes âgées, ou un établissement de **Traitement** de la toxicomanie ou de l'alcoolisme.

« **Maladie** » signifie le début d'une affliction, pathologie ou affection, nécessitant un **Traitement**, des soins ou une consultation.

« **Médecin** » désigne une personne, autre qu'un parent, qui est légalement qualifiée et autorisée à exercer la **Médecin** ou à effectuer des opérations chirurgicales ; un physicien.

« **Médicalement nécessaire** » signifie que le service ou la fourniture dont il s'agit :

a. est approprié et compatible avec le diagnostic conformément aux normes reconnues de la **Société** pour l'exercice de la médecine **Médecin** ne;

b. n'est pas de nature expérimentale ou à des fins d'investigation;

c. ne peut être omis sans entraîner une détérioration de **Votre**

problème médical ou affecter la qualité de **Vos** soins médicaux;

d. ne peut être reporté jusqu'à **Votre** retour dans **Votre** Pays de résidence; et

e. est fourni de la façon la plus économique possible, selon le niveau de soins le plus approprié et non pas principalement pour des raisons de commodité.

« **Période d'attente** » signifie vingt et un jours pour les pertes liées à Covid-19 et cinq jours pour toute autre blessure ou une maladie. Il n'y a pas de période d'attente si **Vous** avez souscrit **Votre** police pour qu'elle entre en vigueur le premier jour de **Votre** séjour actuel au Canada ou le premier jour après l'expiration d'une police d'assurance canadienne existante.

« **Période de stabilité** » signifie que, durant la période sélectionnée sur **Votre Proposition d'assurance**, il n'y a eu: (i) aucune augmentation de signes ou symptômes ou développement de nouveaux signes ou symptômes; (ii) aucune réduction, augmentation ou fin dans le dosage de la médication ou sa fréquence; (iii) aucun nouveau médicament prescrit; (iv) **Vous** n'avez pas été hospitalisé et n'avez pas eu besoin d'une consultation médicale (à l'exception d'un examen routinier); et (v) aucune procédure médicale, thérapeutique ou diagnostique n'a été prescrite, reçue, faite ou recommandée par un **Médecin**, incluant mais pas limité, aux tests et chirurgies à des fins d'investigation durant la période sélectionnée sur **Votre Proposition d'assurance**.

« **Personne(s) à charge** » signifie tout enfant célibataire résidant au domicile parental, qui est âgé d'au moins 15 jours mais de moins de 19 ans et demeure avec **Vous** et dont le soutien dépend entièrement de **Vous**.

« **Personne assurée** » signifie la ou les personnes désignées sur la **Proposition d'assurance** pour qui la garantie de l'assurance est en vigueur en vertu de la présente police.

« **Pronostic de phase terminale** » signifie évaluation clinique effectuée par un **Médecin** autorisé qui estime qu'un état pathologique, une **Maladie** ou une **Blessure** causera la mort prématurée de la **Personne assurée** dans la période des douze (12) mois suivant la **Date d'entrée en vigueur**.

« **Proposition d'assurance** » signifie le formulaire que **Vous** avez rempli ou lorsque le formulaire a été rempli **Vous** avez été consulté, qui confirme **Vos** renseignements personnels ainsi que la protection sélectionnée par **Vous** et pour laquelle **Vous** avez payé la prime correcte et en totalité. Ledit document fait partie intégrante de la police.

« **Raisonnable et habituel** » signifie les coûts habituellement facturés à l'égard des garanties couvertes qui n'excèdent pas les tarifs habituels dans la région géographique où les frais ont été engagés pour un **Traitement**, des services ou des fournitures comparables pour une **Maladie** ou une **Blessure** similaire.

« **Récurrence** » signifie l'apparition de signes ou symptômes attribuables ou liés à un état pathologique pour lequel un diagnostic avait déjà été posé par un **Médecin** ou pour lequel un **Traitement** avait été administré.

« **Réçu de police** » signifie le document que l'on **Vous** a fait parvenir en guise de confirmation de la couverture que **Vous** avez sélectionnée dans **Votre Proposition d'assurance**. Il fait partie de la police.

« **Représentant** » signifie **Votre** agent, courtier ou conseiller d'assurance qui a accepté **Votre Proposition d'assurance** et les modalités de paiement pour cette assurance.

« **Société** » désigne l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. ou son administrateur spécialiste en assurance voyage (TIS).

« **Stable** » ou « **Stabilité** » signifie que **Votre** état pathologique ne s'est pas aggravé au cours période sélectionnée sur **Votre Proposition d'assurance**, immédiatement précédant **Votre Date d'entrée en vigueur** et il n'y a eu: Aucune aggravation des signes ou symptômes et aucune apparition de nouveaux signes ou symptômes;

- Aucune aggravation des signes ou symptômes et aucune apparition de nouveaux signes ou symptômes;
- Aucune réduction, augmentation ou interruption de la dose ou de la fréquence de prise des médicaments;
- Aucune prescription de nouveaux médicaments;
- Vous** n'avez pas été hospitalisé et n'avez pas eu besoin d'une consultation médicale (autre qu'un examen de routine);
- Aucune intervention médicale, thérapeutique ou diagnostique n'a été prescrite, obtenue, pratiquée ou recommandée par un **Médecin**, y compris mais sans s'y limiter, des tests diagnostiques ou une chirurgie exploratoire.

« **Traitement, Traiter ou Traité(e)** » signifie des conseils, acte médical, thérapeutique ou diagnostique prescrit, effectué ou recommandé par un **Médecin**, y compris, mais sans s'y limiter, les médicaments prescrits, les tests à des fins d'investigation, ou hospitalisation, interventions chirurgicales ou action recommandée en rapport avec la **Maladie** ou **Blessure**.

« **Urgence** » signifie une **Maladie** ou une **Blessure** inattendue ou imprévisible nécessitant des soins médicaux immédiats et non discrétionnaires, un **Traitement** ou des soins pour le prompt soulagement d'un symptôme aigu, ne pouvant, de l'avis d'un **Médecin**, attendre **Votre** retour dans **Votre** Pays de résidence.

« **Urgence médicale** » signifie une **Maladie** ou une **Blessure** inattendue ou imprévisible non reliée à une **Condition médicale préexistante** (à moins qu'un avenant ait été ajouté pour couvrir des **Conditions médicales préexistantes** spécifiées) qui requiert l'aide, des soins ou **Traitements** médicaux immédiats pendant **Votre Voyage assuré**.

« **Vous** » ou « **Votre** » signifie chaque **Personne assurée**.

« **Voyage** » signifie un **Voyage** à l'extérieur de **Votre** Pays de résidence commençant à **Votre Date d'entrée en vigueur** ou après et se terminant à **Votre Date d'expiration**.

« **Voyage assuré** » signifie un **Voyage** effectué à l'extérieur de **Votre** Pays de résidence et pour lequel l'assurance est en vigueur. La couverture commence à **Votre Date d'entrée en vigueur** et se termine à la plus rapprochée des dates suivantes : (i) la date où **Vous** rentrez dans **Votre** Pays de résidence, ou (ii) la date à laquelle

le nombre de jours d'assurance que **Vous** avez souscrite prend fin.

VIII REMBOURSEMENTS

Vous pouvez faire une demande de remboursement si **Vous** devenez admissible à la couverture d'un Régime d'assurance maladie provincial ou territorial canadien à condition que **Vous** n'êtes pas obligé de maintenir la couverture pour un permis de travail ou pour d'autres fins d'immigration. Les demandes de remboursement de prime seront prises en considération dans le cas d'un non-départ de **Votre** Pays de résidence résultant d'une **Urgence Médicale**, du défaut de satisfaire aux conditions nécessaires pour l'obtention d'un Super Visa, ou d'un départ du Canada à condition que la présente police est signée et retournée à la **Compagnie** et aucune réclamation n'a fait l'objet de paiement ni n'est en instance en **Votre** nom. Les remboursements sont calculés à partir de la date de retour de la police, sous réserve de frais de service.

Si **Vous** demandez que la résiliation soit antidatée, il y aura une pénalité de prime à taux réduit d'un mois de prime. La date de retour ne sera pas antidatée de plus de deux mois.

Un remboursement complet de toute prime payée **Vous** sera remboursé pour les polices retournées dans les 10 jours suivant leur achat si la police n'a pas été utilisée pour obtenir un visa et si elle est retournée avant la date de prise d'effet de la police. Des frais de service et des frais administratifs seront appliqués. Ces frais ne sont pas remboursables. Un remboursement complet n'est pas disponible après la date d'effet de **Votre** police.

Il y a des frais minimums de 250 \$ pour une police Super Visa, en plus de tous les frais de service, si **Vous** demandez de mettre fin à la couverture sans une lettre d'IRCC indiquant directement « Je refuse votre demande ».

Les frais de service ne sont pas remboursables. Des frais de service et des frais d'administration s'appliquent dans les conditions suivantes :

- établir le plan de paiement mensuel (50 \$);
- si les paiements par carte de crédit sont refusés (25 \$) pour le premier refus et (50 \$) s'ils sont refusés à nouveau ;
- pour modifier la **Date d'entrée en vigueur** après le début du contrat, moins de deux mois (50 \$);
- pour modifier la **Date d'entrée en vigueur** plus de deux mois après le début du contrat (100 \$);
- pour résilier **vous** police parce que **Vous** avez quitté le Canada(50 \$);
- pour annuler **vous** police avant **vous** arrivée au Canada sans lettre de refus de visa (250 \$);
- pour rétablir une police après la résiliation (250 \$);
- retirer une réclamation pour obtenir un remboursement (200 \$);
- d'autres frais de service peuvent s'appliquer.

Remarques importantes :

Le remboursement minimum est de 20\$, un remboursement de moins de 20\$ ne sera pas effectué traité.

Il n'y a aucun remboursement si **Vous** avez une réclamation payée, en attente ou refusée.

Vous pouvez retirer **Votre** réclamation pour **Vous** permettre d'obtenir un remboursement moyennant le paiement de frais d'administration de 200,00 \$.

Vous devez effectuer le paiement pour l'année entière si **Vous** avez une

demande en vertu du plan de paiement mensuel.

Les frais de service ne sont pas remboursables.

IX PROCÉDURES D'URGENCE

Appelez immédiatement l'assistance **d'urgence** au 1-866-209-4203 ou au 905-830-0387 (à frais virés).

Si **Vous** avez besoin de services médicaux ou dentaires, **Vous** devez appeler l'assistance **d'urgence** à moins que **votre** état ne **Vous** en empêche et dans ce cas, **Vous** devez contacter la **Société** dès que cela est médicalement possible ou demander à quelqu'un d'appeler en **votre** nom. Le fait de ne pas informer l'assistance **d'urgence** dans les 24 heures suivant une visite aux **urgences** ou une hospitalisation retardera le paiement de **votre** réclamation et pourra limiter la responsabilité de l'entreprise.

Référez-**Vous** à la page 5, Limitations et Exclusions, #29.

X PROCÉDURES POUR RÉCLAMATIONS

Notification de réclamation : **Vous** devez informer la **Société** par courrier électronique à claims@ccmp.ca, ou appeler au 1-866-209-4203 ou au 905-830-0387 (à frais virés) dans les 24 heures suivant toute réclamation pour un **Traitement** médical ou dentaire.

Pour des informations générales concernant **votre** police, appelez **votre** agent. Pour obtenir des renseignements concernant une réclamation faite sur **votre** police, envoyez un courriel à claims@ccmp.ca ou appelez au 1-866-209-0112 ou au 905-830-9629 (à frais virés).

Le paiement à un prestataire médical par L'entreprise de toute dépense éligible est à sa discrétion. Dans le cas où ils choisissent de ne pas payer directement l'établissement médical, ou si l'établissement n'acceptera pas de paiement directement de L'entreprise, ils **Vous** rembourseront toutes les dépenses éligibles que **Vous** avez payées, à condition que **Vous** fournissiez un reçu original valide pour ces services, y compris les factures originales détaillées, les factures et les reçus. **Vous** devrez payer **votre** franchise (le cas échéant) directement au fournisseur au moment où la réclamation est encourue.

Documentation de réclamation : Une fois **votre urgence** terminée, **Vous** devez soumettre toutes les réclamations à L'entreprise dans les 90 jours suivant la date de la perte. **Vous** devez :

- Obtenir un formulaire de réclamation ; et
- Remplir, signer et remettre le formulaire de réclamation au service des réclamations ; et
- Remplissez, signez et envoyez un formulaire pour divulguer vos informations médicales ; et
- Envoyer les dossiers médicaux pertinents ; et
- Livrer les factures et les reçus de paiement au service des réclamations.

Lorsque **Vous** soumettez une réclamation, veuillez inclure une brève explication de la situation médicale, de la maladie ou de la blessure. Les réclamations ne peuvent être prises en compte que si le formulaire de réclamation est entièrement rempli et signé par le demandeur ou une personne autorisée et soumis avec tous les documents requis, y compris les reçus originaux. Tous les coûts associés aux dossiers médicaux canadiens seront couverts par L'entreprise. Tous les autres documents doivent être fournis gratuitement à L'entreprise.

Si **Vous** bénéficiez d'une autre couverture, **Vous** devez d'abord demander le remboursement des services assurés auprès de ce régime d'assurance ou de cette police et **Vous** ne pouvez soumettre une demande de remboursement des services assurés en vertu de cette police qu'après que l'autre assureur a évalué **votre** réclamation. En

soumettant une demande de remboursement de services assurés, **Vous** devez fournir à la Compagnie l'évaluation écrite de l'autre assureur concernant **votre** demande de règlement. Si la Compagnie paie en **votre** nom des frais médicaux pour lesquels il existe une couverture par tout autre régime d'assurance, elle a pleinement le droit de récupérer tout montant dû concernant ces frais.

Le fait de ne pas fournir une preuve de réclamation dans un délai de 90 jours n'invalide pas **votre** réclamation si la preuve est fournie dès que raisonnablement possible et en aucun cas plus d'un an à compter de la date de la perte. Si la loi applicable prévoit un délai plus long, **Vous** devez soumettre **votre** réclamation dans le délai plus long prévu par la loi. Pour que **votre** réclamation soit valide, **Vous** devez fournir tous les documents requis par la **Société** pour étayer **votre** réclamation. Le fait de ne pas remplir intégralement les formulaires de réclamation et d'autorisation requis retardera l'évaluation de **votre** réclamation.

Formulaire de réclamation : Appelez le 1-866-209-0112 ou le 905-830-9629 (à frais virés) ou envoyez un courriel à claims@ccmp.ca pour obtenir un formulaire de réclamation.

Demandes de réclamation : appelez le 1-866-209-0112 ou le 905-830-9629 (à frais virés) dans les 24 heures suivant tout **Traitement** médical ou dentaire.

Postez ou livrez les réclamations à :
CCMP
4-160, promenade Pony,
Newmarket, ON L3Y 7B6.

XI PROCÉDURES POUR FAIRE APPEL

En cas d'un désagrément concernant le processus de souscription ou d'un désaccord à propos d'une réclamation, **Vous** pouvez demander que l'on révise les circonstances. On prendra en considération tout nouveau renseignement fourni et une décision sera rendue par écrit expliquant nos conclusions basées sur les modalités, conditions, limites et exclusions de la police. Les demandes de révision de **Vos** circonstances particulières doivent être faites par écrit dans les 30 jours suivants la date où **Vous** avez reçu notre décision. Faites parvenir **Votre** demande de révision y compris la raison de **Votre** désagrément et tout nouveau renseignement l'appuyant à :

Courriel : appeals@ccmp.ca

Fax : 289-622-8348, ou envoyez-le à :

Appels
C/O Box 93149
1111, promenade Davis,
Newmarket (Ontario) L3Y 8K3

Adresse à écrire sur le processus de vente :

Médiateur
Spécialistes en assurance voyage
4-160 Pony Drive
Newmarket, On L3Y 7B6

LA PRÉSENTE POLICE EST SOUSCRITE AUPRÈS DE :

L'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
400-988 Broadway West, PO Box 5900,
Vancouver BC. V5Z 1K7

LA PRÉSENTE POLICE EST ADMINISTRÉE PAR :

Assurance Voyage Santé-Soleil (AVSS)

4-160 Pony Drive,

Newmarket, ON L3Y 7B6

Pour obtenir des renseignements d'ordre général, veuillez contacter
Votre Représentant.

Le numéro de téléphone de *Votre* représentant se trouve sur *Votre Réçu de police* au bas de chaque page.