



Police d'assurance pour soins d'urgence et accidents en voyage

Conseils sur l'assurance voyage

Veillez lire attentivement la présente Police avant de partir en voyage.

L'assurance voyage est conçue pour vous protéger contre des pertes subies dans des circonstances soudaines et imprévisibles. Il est important de lire et de comprendre votre police avant de partir en voyage, puisque sa protection est assujettie à certaines modalités, conditions, limitations et exclusions. Des exclusions portent sur toute blessure accidentelle, maladie, état pathologique et/ou symptôme qui existait avant et/ou pendant votre voyage. Vérifiez comment les exclusions s'appliqueront dans votre police et comment elles se rattachent aux dates de la demande d'assurance, d'entrée en vigueur, de départ, et d'échéance de la police. En cas d'une urgence, vos antécédents médicaux seront étudiés advenant la présentation d'une réclamation.

Vous devez nous appeler au : 1 888 803-3324 ou 954 308-3905 (à frais virés) dans les 24 heures de toute réclamation ou de tout traitement médicale ou dentaire. À défaut de le faire, vous serez pénalisé en ayant la responsabilité de 50 % de toutes les dépenses brutes admissibles encourues et le montant maximum de la responsabilité en vertu de cette police sera limitée à 25 000 \$CAN. Vous devez téléphoner à moins que votre état de santé vous empêche de le faire et dans un tel cas, vous devez le faire dès que votre santé le permet ou demander à quelqu'un d'autre de le faire pour vous. Aucune garantie ne sera versée si vous ne téléphonez pas, ou si une autre personne ne le fait pas à votre place, préalablement à une demande de prestation d'un Service d'assistance d'urgence, (tel qu'indiqué au Sommaire des garanties).

REMARQUE IMPORTANTE

Dans la présente police, les termes et mots qui apparaissent en italique ont une signification particulière. Vous trouverez la définition de ces termes à la Section 6 – Définitions de cette police. Veuillez vous y référer lorsque vous passez en revue cette police. La protection offerte en vertu de la présente police est assujettie à certaines modalités, conditions, limitations et exclusions. Veuillez lire ce document avec attention.

Le non-respect des méthodes de réclamation établies dans la Section 7 de la présente police entraînera la perte du droit aux indemnités qu'elle confère ou une réduction dans celles-ci.

Garanties pour soins médicaux d'urgence pour le Régime pour un seul voyage et le Régime annuel multi-voyages

SOMMAIRE
DES
GARANTIES

Soins médicaux d'urgence	Montants maximums jusqu'à En dollars canadiens
(a) Services médicaux d'urgence (Résidents du Canada seulement).....	Montant maximum sélectionné
(b) Soins paramédicaux ou professionnels d'urgence.....	250 \$ par praticien
(c) Services ambulanciers d'urgence.....	Dépenses admissibles
(d) Soins dentaires d'urgence – coup accidentel à la bouche.....	2 000 \$
(e) Soins dentaires d'urgence – soulagement de la douleur.....	300 \$
(f) Enlèvement d'un plâtre ou des points de suture suite à une urgence.....	300 \$
Services d'assistance d'urgence	En dollars canadiens
(a) Retour d'un enfant à votre charge.....	Dépenses admissibles
(b) Retour de véhicule.....	2 500 \$
(c) Évacuation et rapatriement d'urgence.....	Dépenses admissibles
(d) Frais de subsistance.....	1 500 \$
(e) Frais reliés à votre décès.....	5 000 \$
(f) Transport d'une personne à votre chevet.....	Dépenses admissibles
(g) Retour suite à un événement majeur.....	3 000 \$
Assistance médicale d'urgence 24 heures sur 24	

REMARQUE : Le montant maximum payable pour l'ensemble des garanties est de 200 000 \$, 1 000 000 \$ ou 2 000 000 \$ par personne par réclamation, tel que vous l'avez indiqué sur la Fiche de calcul d'options et comme il figure sur votre reçu de police. Toute réclamation est assujettie à une franchise de 300 \$ US, à moins que vous n'ayez appliqué un crédit ou le nombre de points appropriés sur la Fiche de calcul d'options pour modifier le montant de la franchise.

SECTION 1 – CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

Vous devez satisfaire aux Critères d'admissibilité ci-dessous toutes les fois que vous quittez le Canada pour un Seul voyage ou que vous quittez votre province de résidence sous un Régime annuel multi-voyages, pour être admissible à la protection en vertu de cette police.

Vous êtes admissible à l'assurance si :

- Dans les 6 derniers mois, vous n'avez pas :
 - été hospitalisé(e) pendant 24 heures consécutives ou plus pour n'importe laquelle des affections suivantes :
 - un accident vasculaire cérébral [AVC] ou un Accident Ischémique Transitoire [AIT];
 - une cardiopathie;
 - caillot(s) sanguin(s); ou
 - une pneumopathie;
 - reçu des traitements pour un cancer métastatique;
 - reçu un diagnostic de, ou reçu des traitements pour, ou pris un médicament pour, une maladie en phase terminale;
 - eu ou fait usage de l'oxygène à domicile; ou
 - eu besoin des traitements de dialyse.
- Vous n'avez pas :
 - subi votre plus récent pontage coronarien, angioplastie coronaire ou pose d'endoprothèse vasculaire (stent) coronaire il y a plus de 20 ans;
 - subi une angioplastie coronaire ou une pose d'endoprothèse vasculaire (stent) coronaire au cours des 6 derniers mois;
 - eu un anévrisme quelconque qui n'a pas encore été soigné chirurgiquement;
 - au cours des 5 dernières années, reçu des traitements ou pris des médicaments pour une insuffisance cardiaque congestive [ICC];
 - au cours des 5 dernières années, reçu des traitements ou pris des médicaments pour la cardiomyopathie avec un ventricule au stade IV ou avec une fraction d'éjection ventriculaire de 20 % ou moins; ou
 - été conseillé par un médecin que d'entreprendre votre voyage serait dangereux pour votre santé ou que vous ne devez pas entreprendre votre voyage.

Déclaration d'acceptation : Vous êtes admissible à la protection en vertu de la police d'Assurance Voyage À La Carte si vous pouvez satisfaire à tous les critères d'admissibilité énumérés ci-dessus, à la date de départ de tout voyage.

Vous devez souscrire cette assurance avant de quitter votre province de résidence.

POUR TOUTES LES CLASSES DE RÉGIMES VOUS DEVEZ ÊTRE ADMISSIBLE À LA COUVERTURE (SELON LA SECTION 1 - CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ) CHAQUE FOIS QUE VOUS PARTEZ EN VOYAGE.

RÉGIME POUR UN SEUL VOYAGE

Le Régime pour un seul voyage : (i) vous couvre pour un seul voyage hors du Canada; (ii) est offert aux personnes admissibles à l'assurance qui n'ont pas encore 95 ans; et (iii) peut servir de complément à une autre couverture. Nous vous rembourserons pour des dépenses admissibles selon les modalités, conditions, limitations et exclusions de la présente police. La protection commence à la date d'entrée en vigueur de la police précisée par vous dans la Proposition d'assurance et telle qu'indiquée sur votre reçu de police et elle prend fin à la première des éventualités suivantes : la date d'échéance de la police telle que précisée par vous dans la Proposition d'assurance et telle qu'indiquée sur votre reçu de police ou la date de votre retour au Canada. Le Régime pour un seul voyage comporte la police pour des maladies préexistantes telle qu'indiquée sur votre reçu de police.

PROTECTION COMPLÉMENTAIRE POUR LES RÉGIMES DE RETRAITÉS

Si vous profitez d'un Régime de retraités ayant une limite maximale d'au moins 500 000 \$ pour, au minimum, les 30 premiers jours de votre voyage, nous rehausserons sa limite maximale jusqu'à concurrence de 2 000 000 \$ sujet aux modalités et conditions de la présente police sans frais supplémentaires si vous avez acheté, auprès de nous, au moins 35 jours de protection pour un Seul Voyage. La Protection Complémentaire pour les Régimes de retraités sera assujettie aux modalités et conditions de la présente police et en outre : (i) cette protection est pour le nombre de jours de votre voyage couvert par votre Régime de retraités; (ii) la date d'échéance de cette Protection Complémentaire pour les Régimes de retraités est le jour avant la date d'entrée en vigueur de la police pour votre Seul Voyage; (iii) cette couverture est disponible jusqu'à l'âge de 94 ans inclusivement; et (iv) toute réclamation implique une franchise du même montant que la limite maximale de votre Régime de retraités ou d'un minimum de 500 000 \$.

RÉGIME ANNUEL MULTI-VOYAGES

Le Régime annuel multi-voyages vous couvre pour un nombre illimité de voyages hors du Canada pendant un nombre spécifique de jours consécutifs pour tout voyage, tel que choisi par vous dans la Proposition d'assurance et tel qu'indiqué sur votre reçu de police. Le Régime

annuel multi-voyages fournit une couverture pour un nombre de jours illimité de protection pendant vos voyages au Canada mais hors de votre province de résidence.

Le Régime annuel multi-voyages n'offre aucune couverture : (i) à quelqu'un qui a : 86 ans ou plus à la date d'entrée en vigueur de la police pour le Régime annuel multi-voyages en ce qui concerne le Régime annuel multi-voyages de 8 jours; 81 ans ou plus à la date d'entrée en vigueur de la police pour le Régime annuel multi-voyages en ce qui concerne les régimes de 16 ou de 32 jours; 77 ans ou plus à la date d'entrée en vigueur de la police pour le Régime annuel multi-voyages en ce qui concerne le régime de 62 jours; ou (ii) si cette couverture est souscrite pour servir de complément à une autre couverture.

La couverture hors du Canada s'applique aux voyages qui ne dépassent pas le nombre de jours consécutifs pour chaque voyage, tel que vous avez déterminé dans la Proposition d'assurance et qui figure sur votre reçu de police. Si vous désirez rester hors du Canada pour une période plus longue que le nombre de jours permis selon le régime que vous avez choisi, vous pouvez souscrire une couverture supplémentaire en communiquant avec **Assurance Voyage Santé-Soleil au 1-888-694-8888 ou 905-830-4003 (à frais virés).**

La couverture au Canada en vertu d'un Régime annuel multi-voyages commence à la date à laquelle vous quittez votre province de résidence pour voyager au Canada. La couverture hors du Canada en vertu d'un Régime annuel multi-voyages commence à la date à laquelle vous quittez le Canada.

La couverture en vertu d'un Régime annuel multi-voyages se termine à la première des éventualités suivantes : (i) la date à laquelle vous retournez à votre province de résidence; (ii) à 23 heures 59 au dernier jour de la couverture permise du Régime annuel multi-voyages que vous avez choisi; (iii) 365 jours après la date d'entrée en vigueur de la police pour votre Régime annuel multi-voyages.

Pour que le nombre de jours de votre protection en vertu de votre Régime annuel multi-voyages soit rétabli, vous devez retourner au Canada pour un séjour d'au moins 24 heures.

Toutes les modalités, conditions, limitations et exclusions de la présente police s'appliquent.

Dans l'éventualité d'une réclamation faite sous un Régime annuel multi-voyages, vous devez fournir la preuve, acceptable à nous, de votre date de départ du Canada.

SECTION 3 – FRAIS RELATIFS À UNE URGENCE

Nous paierons, à concurrence de la limite maximale que vous avez choisie dans votre Fiche de calcul d'options et déduction faite de toute franchise applicable, telle qu'indiquée sur votre reçu de police, le coût réel des frais admissibles pour des soins médicaux d'urgence dont vous pourriez avoir besoin pendant votre période de protection à cause d'une urgence, à la condition que ce coût ne soit pas couvert par votre Régime d'Assurance-Maladie Gouvernemental (RAMG) ou par toute autre couverture dont vous bénéficiez.

S'il y a lieu, vous devrez payer la franchise que vous avez choisie dans votre Fiche de calcul d'options ou qui est indiquée sur votre reçu de police et exigible pour chaque réclamation portant sur les frais couverts. En cas de plusieurs réclamations pour des consultations externes ayant lieu pendant votre période de protection, une franchise de 250 \$US sera appliquée en plus de toute franchise que vous avez sélectionné, à la deuxième réclamation et à toute réclamation supplémentaire. Si vous avez décidé de ne pas déposer une réclamation, ou si le montant de votre réclamation est moins que le montant de votre franchise, les 250 \$US ne s'appliqueront pas. Des reçus ou factures originaux détaillés sont exigés pour toute réclamation.

Vous devez nous appeler au : 1 888 803-3324 ou 954 308-3905 (à frais virés) dans les 24 heures de toute réclamation ou de tout traitement médicale ou dentaire. À défaut de le faire, vous serez pénalisé en ayant la responsabilité de 50 % de toutes les dépenses brutes admissibles encourues et le montant maximum de la responsabilité en vertu de cette police sera limitée à 25 000 \$CAN. Vous devez téléphoner à moins que votre état de santé vous empêche de le faire et dans un tel cas, vous devez le faire dès que votre santé le permet ou demander à quelqu'un d'autre de le faire pour vous. Aucune garantie ne sera versée si vous ne téléphonez pas, ou si une autre personne ne le fait pas à votre place, préalablement à une demande de prestation d'un Service d'assistance d'urgence, (tel qu'indiqué au Sommaire des garanties).

Nous, en consultation avec votre/vos médecin(s), nous réservons le droit de vous transférer à un dispensateur de soins médicaux de notre choix ou de vous ramener au Canada avant tout traitement ou à la suite des traitements d'urgence ou d'une hospitalisation d'urgence si, selon toute vraisemblance d'ordre médical, vous êtes en mesure d'être déplacé sans mettre votre santé en péril. Si vous choisissez de ne pas revenir à votre province de résidence, les frais que vous engagez après cette recommandation ne pourront être couverts par la présente police. Si vous décidez de revenir au Canada pour subir des traitements additionnels et que, après les traitements vous voyagez de nouveau, aucun coût engagé relativement à l'état pathologique traité ne sera couvert.

Si vous revenez temporairement au Canada pendant votre période de protection et que vous y recevez des soins médicaux, aucun soin reçu pendant le reste de la période de protection de la présente police en rapport avec l'état pathologique traité lors de votre retour temporaire au Canada ne sera couvert. Vous devez continuer d'être admissible à la couverture, selon la Section 1 - Critères d'admissibilité, chaque fois que vous quittez le Canada.

Les soins médicaux d'urgence que vous recevez doivent être requis comme soins médicaux d'urgence et prescrits par un médecin (ou un dentiste autorisé à exercer sa profession).

Cette assurance prévoit le paiement des coûts raisonnables et d'ordre courant pour les dépenses admissibles pour :

Soins médicaux d'urgence

(a) Services médicaux d'urgence - les soins reçus d'un médecin à l'hôpital ou à l'extérieur, le coût d'une chambre d'hôpital (tarif pour deux lits au maximum), la location ou l'achat (l'éventualité la moins coûteuse des deux) d'un lit d'hôpital, d'un fauteuil roulant, d'un appareil orthopédique, de béquilles ou de tout autre appareil médical, les tests nécessaires au diagnostic de votre état pathologique, l'enlèvement d'un plâtre ou des points de suture (jusqu'à concurrence de 300 \$ par réclamation à la condition que l'enlèvement se fasse dans les 60 jours de la date de la réclamation) et les médicaments pour traiter votre urgence. Tout ce qui précède doit être prescrit par un médecin ou un dentiste autorisé à exercer sa profession;

(b) Soins paramédicaux ou professionnels d'urgence - les soins dispensés à la demande d'un médecin par des professionnels autorisés à exercer leur profession, chiropraticien, ostéopathe, physiothérapeute ou podiatre, à concurrence de 250 \$ par catégorie de praticien;

(c) Transport d'urgence par ambulance - (i) le transport ambulancier terrestre local vers un établissement de soins médicaux dans le cadre d'une urgence; (ii) services d'hélicoptère jusqu'à concurrence de 4 000 \$ (il faut que les dispositions nécessaires soient prises ou autorisées préalablement par nous).

(d) Soins dentaires d'urgence - coup accidentel à la bouche - si vous avez besoin de soins pour réparer ou remplacer vos dents naturelles saines ou vos prothèses dentaires fixes, à cause d'un coup accidentel à la bouche pendant votre voyage, vos frais dentaires d'urgence engagés sont couverts à concurrence de 2 000 \$. Les soins doivent être fournis par un dentiste autorisé à exercer sa profession et ils doivent avoir pris fin dans les 30 jours de l'accident.

(e) Soins dentaires d'urgence - soulagement de la douleur - si vous avez besoin de soins dentaires d'urgence pendant votre voyage, nous paierons jusqu'à 300 \$ pour des dépenses d'une consultation, d'une radiographie et/ou d'une ordonnance reliées aux soins antidouleur. Les soins doivent être fournis par un dentiste autorisé à exercer sa profession et des factures devront être fournies.

Services d'assistance d'urgence

(a) Coût du retour d'enfants dont vous avez la garde - si vous êtes hospitalisé plus de 24 heures ou si vous devez revenir dans votre province ou territoire de résidence à cause d'un état pathologique, nous paierons alors le coût supplémentaire du transport de retour des enfants en classe économique selon l'itinéraire le plus économique ainsi que, si la ligne aérienne l'exige, le coût du billet aller et retour en classe économique selon l'itinéraire le plus économique d'une personne qualifiée pour les accompagner; les enfants devront avoir été sous votre garde pendant votre voyage et être protégés en vertu de votre police;

(b) Coût du retour de votre véhicule - Si vous êtes incapable de ramener vous-même votre véhicule à votre point de départ initial due à une urgence médicale hors du Canada, et concernant laquelle on nous a averti dans les 24 heures d'avoir reçu des traitements, nous couvrirons les frais raisonnables demandés pour son retour à concurrence de 2 500 \$. Pour que cette garantie soit versée, vous devez retourner votre véhicule dans les 30 jours suivant la date de l'événement qui a suscité votre réclamation. Pour qu'un conducteur soit payé pour son temps pour le retour du véhicule, il (elle) doit être employé(e) par une agence

professionnelle de transport de véhicule et doit fournir la facture pour des services de la compagnie. Si vous utilisiez une *voiture de location* pendant votre *période de protection*, nous couvrirons son retour à l'agence de location, mais pas le coût de la location. Cette garantie ne peut faire l'objet que d'une seule *réclamation* pendant la *période de protection*. Il faut fournir des reçus valides.

(c) Évacuation et rapatriement d'urgence - à la condition que les dispositions nécessaires aient été prises ou autorisées préalablement par nous, nous paierons le coût d'une ou plusieurs des éventualités suivantes, selon l'itinéraire le plus rentable, si nos conseillers médicaux, en consultation avec votre *médecin* traitant, demandent votre retour au Canada ou votre transfert dans un autre *hôpital* pour continuer vos soins médicaux d'urgence :

- Le coût supplémentaire d'un billet d'avion en classe économique ou sur un vol nolisé;
- Le coût du transport par civière sur un vol commercial;
- Le coût du transport aller et retour en classe économique ou sur un vol nolisé d'un préposé aux soins qualifié ainsi que ses honoraires et frais raisonnables, si la compagnie aérienne l'exige;
- Le coût d'un transport par ambulance aérienne propulsée par turboréacteur ou hélices; ou
- Le coût supplémentaire du transport d'un *compagnon de voyage* pour vous accompagner.

(d) Frais de subsistance - si une *urgence* médicale vous empêche, vous ou votre *compagnon de voyage*, de revenir comme prévu à votre point de départ ou si vos soins médicaux d'urgence ou ceux de votre *compagnon de voyage* exigent votre transfert à un endroit différent de votre destination prévue à l'origine, nous rembourserons le coût des repas, de l'hébergement, des appels téléphoniques et des courses en taxi à concurrence de 150 \$ par jour jusqu'à un maximum de 1 500 \$; nous ne rembourserons ces frais que si vous les avez réellement payés et pouvez présenter les reçus originaux;

(e) Frais reliés à votre décès - si, pendant votre *période de protection*, vous décédez des suites d'un risque couvert dans la présente *police*, nous rembourserons votre succession du coût de la préparation et du transport de retour de votre corps au lieu de *résidence* (selon les méthodes habituelles des compagnies aériennes) à concurrence de 5 000 \$; le coût d'un cercueil, d'une urne ou d'une pierre tombale n'est pas une dépense admissible.

Si quelqu'un doit légalement identifier votre corps et doit voyager pour se rendre à l'endroit de votre décès, nous paierons pour cette personne le coût du transport, selon l'itinéraire le plus économique, ainsi qu'un maximum de 300 \$ pour ses frais d'hébergement et de repas. Nous payerons ces frais seulement si la personne a vraiment versé ces montants et peut nous fournir les reçus originaux. Nous protégerons également cette personne pendant 72 heures en vertu des indemnités prévues dans la présente *police*; (toutes les modalités, conditions, limitations et exclusions s'appliqueront).

(f) Transport d'une personne à votre chevet - si vous voyagez seul et que vous êtes hospitalisé pendant trois jours ou plus, nous paierons le coût du transport en classe économique ou sur un vol nolisé, selon l'itinéraire le plus économique, d'une personne pour

vous tenir compagnie; nous paierons également un maximum de 300 \$ pour ses frais d'hébergement et de repas et la protégerons en vertu de la présente *police* (toutes les modalités, conditions, limitations et exclusions s'appliqueront) jusqu'à ce que votre état de santé vous permette de revenir au Canada. Nous ne rembourserons ces frais que si vous les avez réellement payés et pouvez présenter les reçus originaux. Dans le cas d'un *enfant* assuré, une personne de compagnie sera disponible dès l'hospitalisation.

(g) Retour suite à un événement majeur - Pour recevoir les prestations jusqu'à concurrence de 3 000 \$ que cette garantie fournit, vous devez : i) être conscient que cette garantie n'est offerte que pendant la couverture en vertu d'une *police* d'Assurance Voyage Santé-Soleil (AVSS); (ii) être conscient que cette garantie ne peut faire l'objet que d'une seule *réclamation* par personne pour la période de la *police*. Cette garantie n'est pas offerte si vous êtes couvert par la Protection complémentaire pour les Régimes de retraités en vertu de votre *police* d'AVSS.

1. Si vous ou votre *compagnon de voyage* a été hospitalisé pour au moins 7 jours consécutifs à l'étranger et au moment du congé de l'*hôpital* selon la preuve médicale vous n'êtes pas capable de conduire une voiture jusqu'au Canada, nous vous rembourserons jusqu'au montant maximum offert en vertu de cette garantie pour les frais admissibles pour le vol de retour en classe économique jusqu'à votre province ou territoire de résidence, si nous l'avons approuvé au préalable. Vous devez organiser le retour chez vous dans les 7 jours suivant le congé de l'*hôpital*. Si le coût pour ramener votre véhicule excède le montant alloué par la garantie «Coût du retour de votre véhicule», la présente garantie vous remboursera pour des frais excédents raisonnables et admissibles que vous pourriez encourir, jusqu'au montant maximum offert en vertu de la présente garantie.

2. Si, pendant votre *période de protection*, un des événements suivants survient, nous vous rembourserons jusqu'au montant maximum offert en vertu de cette garantie pour les frais admissibles pour un vol en classe économique, si vous avez notre approbation au préalable, reliées à votre retour à votre province ou territoire de résidence et par la suite le retour à votre destination originale :

- le décès d'un membre de votre famille immédiate au Canada
- hospitalisation d'un membre de votre famille immédiate pour au moins 7 jours consécutifs au Canada
- une catastrophe qui a rendu votre domicile principale au Canada non-habitable
- une catastrophe qui a rendu votre domicile sur terre ferme à l'étranger non-habitable (autocaravanes et roulottes sont incluses)

Vous n'êtes pas admissible à la garantie 2. ci-dessus si : (i) dans la période des 6 mois précédant votre date de départ vous étiez au courant des circonstances qui pourraient peut être vous obliger de retourner au Canada avant votre date de retour planifiée; (ii) dans la période des 6 mois précédant votre date de départ, le membre de votre famille immédiate était hospitalisé.

SECTION 4 – EXCLUSIONS PORTANT SUR LES FRAIS RELATIFS À UNE URGENCE

Cette *police* ne couvre pas les points suivants et ne versera aucune garantie pour une *réclamation* qui en découle ou qui s'y rapporte :

1. toute *maladie préexistante* qui n'était pas stable à quelque moment que ce soit pendant la période de stabilité pour une *maladie préexistante* précédant toute date de départ du Canada telle qu'indiquée sur votre reçu de police et telle que choisie par vous sur votre Fiche de calcul d'options; (L'option d'une période de stabilité d'un mois pour une *maladie préexistante*, si vous l'avez sélectionnée, ne s'applique qu'à l'état pathologique impliqué par votre modification de médicament. Tout autre état pathologique est assujéti à la période de stabilité de 3 ou 6 mois pour les *maladies préexistantes*, telle qu'indiquée sur votre reçu de police);
2. les soins ou services médicaux reçus pendant un voyage entrepris malgré l'avis contraire d'un *médecin* ou après avoir reçu un diagnostic de *maladie en phase terminale*;
3. les frais engagés à cause : (i) de soins continus ou soins de suivi (sauf disposition contraire spécifiée dans la présente *police*), de soins de réadaptation ou de la *résurgence* d'un état pathologique ou d'un état connexe, une fois que votre état pathologique a été traité et vous avez reçu votre congé de l'établissement médical où vous avez reçu des soins médicaux, à moins que tout soin supplémentaire ait obtenu notre approbation spécifique au préalable, (ii) de soins ou d'une hospitalisation d'urgence subséquents à un état pathologique ou à un état pathologique connexe pour lequel vous avez reçu des soins d'urgence pendant votre voyage, (iii) de la perte ou du remplacement de médicaments, de lunettes, de lentilles cornéennes ou de d'appareils auditifs, (iv) de services dentaires autres que ceux prévus dans la présente *police*, (v) de services qui ne sont pas médicalement nécessaires, (vi) de traitement des veines variqueuses, de la goutte, d'arthrite, de la bursite, d'ulcère de décubitus (escarre) ou de cataracte;
4. tout état pathologique au sujet duquel l'information fournie par vous sur la fiche de calcul d'options se révèle fautive, inexacte, incomplète ou trompeuse; dans ce cas, nous résilierons votre *police* et nous vous rembourserons la prime ;
5. les greffes, y compris, mais sans s'y limiter, une greffe de la comée, les greffes d'organes ou de moelle osseuse, membres artificiels, appareils prothétiques (autre qu'un genou ou une hanche qui a été remplacé plus que 12 mois avant toute date de départ) ou implants, y compris tous les frais associés;
6. les interventions pratiquées sur le cœur, y compris, mais sans s'y limiter, la cathétérisme, le pontage coronarien, l'angioplastie coronarienne ou la chirurgie, sauf si nous avons donné notre approbation préalable;
7. les frais engagés alors que la présente protection a été souscrite dans l'optique d'obtenir

des soins hospitaliers ou médicaux à l'extérieur du Canada, qu'ils aient été ou non recommandés par votre *médecin* traitant;

8. la grossesse, les soins prénataux courants, l'avortement ou l'accouchement, les complications de votre grossesse ou de votre accouchement; les frais engagés par une personne ne figurant pas comme assurée dans votre Proposition d'assurance et pas précisée sur votre reçu de police; une *urgence* découlant d'une malformation congénitale ou qui y a rapport;

9. les frais médicaux engagés à cause (i) d'un cancer autre qu'un diagnostic initial; (ii) de la non-conformité aux thérapies ou traitements recommandés ou prescrits par un *médecin* au cours de la période prévue pour une *maladie préexistante*; (iii) d'un trouble mental ou émotif ou d'une psychose aiguë (y compris le stress et l'anxiété), qui n'exige pas l'hospitalisation; (iv) de votre visite chez un *médecin* spécialiste lorsque vous n'avez pas été référé par un *médecin* généralisé; (v) votre visite chez le dermatologue;

10. acte de guerre, invasion, acte d'ennemis étrangers, hostilités, opérations belliqueuses (que la guerre soit déclarée ou non), guerre civile, terrorisme, rébellion, révolution, insurrection, émeute escaladant jusqu'à l'insurrection militaire ou à l'usurpation du pouvoir;

11. tout acte médical, toute hospitalisation ou tout transport ambulancier non préautorisé ou organisé par nous;

12. tout service d'assistance d'urgence non préautorisé ou organisé par nous ;

13. l'escalade et l'alpinisme, le paravoile, la tyrolienne, le deltaplane, le parachutisme traditionnel ou en chute libre, le saut à l'élastique, le sport automobile et la course automobile, l'engagement professionnel dans un sport, la plongée en scaphandre autonome sauf si vous détenez un certificat de plongeur en eau libre;

14. le suicide ou une tentative de suicide, un acte criminel, une blessure volontaire, l'abus de votre part de médicaments, une affection liée à la consommation d'alcool, les conséquences d'avoir été sous l'influence d'alcool, de médicaments ou d'autres substances intoxicantes;

15. la manœuvre ou l'apprentissage de la manœuvre de quelque aéronef que ce soit, en qualité de pilote ou de membre d'équipage;

16. tout acte illégal commis par vous, un membre de votre famille immédiate ou votre *compagnon de voyage*, que ce membre ou cette personne soit assuré(e) ou pas;

17. vous engagez des frais pour les (i) médicaments en vente libre qu'on se procure sans ordonnance, (ii) vaccins, immunisations, injections ou médicaments administrés dans un but préventif ou le traitement d'entretien d'un état pathologique, (iii) contraceptifs, produits fécondants, préparations vitaminées, examens cliniques ou épreuves d'effort périodiques;

18. vous engagez des frais pour le retour de votre véhicule, dans le cas (a) où vous auriez organisé d'avance ce retour, ou (b) si vous aviez acheté un billet d'avion d'aller et retour;
19. vous engagez des frais : (i) de transport aérien, (ii) de chirurgie, (iii) d'imagerie par résonance magnétique (IRM), de tomomodensitométrie (TACO), de biopsie et d'autres procédés diagnostiques; à moins que vous receviez notre autorisation spécifique au préalable pour le service, la chirurgie, l'épreuve diagnostique ou autre procédé;
20. virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou le syndrome immunodéficitaire acquis (SIDA) et toutes leurs conséquences possibles;
21. les maladies transmissibles sexuellement;
22. vous engagez des frais relativement à tout état pathologique pour lequel vous étiez hospitalisé à la date d'entrée en vigueur de votre police, si cette date est postérieure à celle de votre départ du Canada;
23. les frais engagés lors d'un emploi ou de l'exercice d'autres fonctions contre rémunération ou avantages;
24. les frais engagés au Canada pour ce qui est du Régime pour un seul voyage et les frais

- engagés dans votre province de résidence pour ce qui est du Régime annuel multi-voyages (exception faite de ceux qui sont précisés dans la présente police);
25. tous frais d'intérêt, de financement ou de retard de paiement;
26. les soins médicaux ou dentaires facultatifs ou non urgents;
27. les frais engagés: (i) si vous n'êtes pas admissible à la protection en vertu de cette police selon la Section 1 - Critères d'admissibilité; (ii) si votre Total des points sur la Fiche de calcul d'options est inexact en se basant sur vos dossiers médicaux ou d'autres renseignements fournis par votre médecin; (iii) si vous n'avez pas atteint l'âge de un an ou si vous aviez 95 ans ou plus à la date d'entrée en vigueur de la police; ou (iv) si la prime correcte n'a pas été payée en totalité;
28. les frais engagés si vous n'êtes pas un résident permanent du Canada ou vous n'êtes pas protégé en vertu d'un Régime d'Assurance-Maladie Gouvernemental (RAMG); ou
29. pertes subies en conséquence ou en raison des propriétés radioactives, toxiques, explosives, ou de d'autres propriétés hasardeuses des matériaux nucléaires ou des sous-produits.

SECTION 5 – STIPULATIONS GÉNÉRALES ET LIMITATIONS

CONTRAT D'ASSURANCE

À la condition que vous satisfassiez aux Critères d'Admissibilité précisés dans la Section 1 - Critères d'admissibilité de la présente police et en contrepartie de la prime correcte et en totalité reçue, nous vous assurerons relativement aux frais admissibles engagés à cause d'une urgence ou d'autres sinistres couverts et verserons les garanties prévues conformément aux modalités, conditions, limitations et exclusions de la présente police. La durée maximale de la période de protection en vertu de la présente police ne dépassera pas 12 mois consécutifs. L'acceptation de la Proposition d'assurance et de la protection de la présente police est de notre seul ressort. Si votre Proposition d'assurance n'est pas acceptée, vous recevrez le remboursement complet de la prime versée.

Vous devez nous appeler au : 1 888 803-3324 ou 954 308-3905 (à frais virés) dans les 24 heures de toute réclamation ou de tout traitement médicale ou dentaire. À défaut de le faire, vous serez pénalisé en ayant la responsabilité de 50 % de toutes les dépenses brutes admissibles encourues et le montant maximum de la responsabilité en vertu de cette police sera limitée à 25 000 \$CAN. Vous devez téléphoner à moins que votre état de santé vous empêche de le faire et dans un tel cas, vous devez le faire dès que votre santé le permet ou demander à quelqu'un d'autre de le faire pour vous. Aucune garantie ne sera versée si vous ne téléphonez pas, ou si une autre personne ne le fait pas à votre place, préalablement à une demande de prestation d'un Service d'assistance d'urgence, (tel qu'indiqué au Sommaire des garanties).

Vous devez signer et dater votre Proposition d'assurance avant votre départ du Canada et la présenter, avec la Fiche de calcul d'options et la prime entière prévue avant votre date de départ en voyage. Aucune protection ne sera assurée à quiconque n'est pas nommé dans la Proposition d'assurance et pas précisée sur votre reçu de police. La protection commence à minuit une minute à votre date d'entrée en vigueur de la police et elle prend fin à 23 heures 59 minutes à votre date d'échéance de la police.

Si un changement à votre état de santé survient avant la date de départ de tout voyage et qu'il vous rende inadmissible pour la présente police, qu'il modifie vos réponses aux Questions relatives à votre état de santé sur la Fiche de calcul d'options ou qu'il occasionne une modification à la stabilité d'une maladie préexistante (autre qu'une affection mineure), il est considéré comme une modification importante à votre police. Vous devez immédiatement en aviser Assurance Voyage Santé-Soleil au 1-888-694-8888 ou 905-830-4003 (à frais virés). Si vous ne contactez pas Assurance Voyage Santé-Soleil à propos d'un changement important, toute réclamation sera refusée et la couverture offerte pourrait être annulée.

À toute date de départ, si : a) la prime en totalité n'est pas reçue, b) le chèque n'est pas honoré, ou c) le coût porté à votre carte de crédit est refusé pour quelque raison que ce soit; la couverture de votre police sera annulée et toute réclamation encourue sera refusée.

La couverture de votre police sera annulée et toute réclamation sera refusée si : a) la proposition d'assurance ne porte pas votre signature ou si vous ne l'avez pas datée, b) vous n'êtes pas admissible à l'assurance en conformité avec l'une ou l'autre des sections de la présente police, c) une information fautive nous a été fournie, ou d) vous avez omis de nous révéler certaines informations ou vous nous avez donné une information dénaturée, trompeuse ou fautive au sujet de votre état de santé ou votre mode de vie dans vos réponses aux Questions relatives à votre état de santé de la Section I sur la Fiche de calcul d'options.

Vous devez, au cours des 6 mois précédant votre date de départ et pendant votre période de protection, agir d'une manière prudente en tout temps afin de minimiser nos dépenses. S'il est prouvé que vous avez commis des imprudences, vos réclamations seront refusées.

Dans l'éventualité où le montant total des factures pour soins médicaux dépasse le montant maximum de l'assurance, nous paierons toutes les dépenses admissibles selon l'ordre dans lequel nous les avons reçues et cela jusqu'à concurrence du montant maximum de la présente police.

Dans l'éventualité où le sinistre résulte d'un accident de voiture causant des blessures accidentelles, les frais admissibles de la présente police ne seront versés que lorsque toutes les garanties octroyées par toute police d'assurance automobile auront été versées.

La présente police complète toute autre protection qui s'appliquent à la situation et dont vous pouvez recevoir des garanties pour vos réclamations. Si des garanties pouvant vous être versées en vertu de la présente police s'ajoutent à des garanties similaires pouvant vous être

versées par tout autre assureur, la somme des garanties que vous recevrez de tous les assureurs ne doit pas dépasser le total de vos frais réels. Si vous êtes protégé en vertu de plus d'une de nos polices, le montant total que vous recevrez ne dépassera pas le total de vos frais réels, et le maximum auquel vous avez droit correspond à la plus importante garantie indiquée dans n'importe laquelle de nos polices. Si d'autres assureurs avec lesquels vous bénéficiez d'une protection se déclarent être deuxièmes payeurs, nous coordonnons le paiement de nos garanties, jusqu'à un maximum de 50 % des frais admissibles en vertu de cette police, en collaboration avec tous les assureurs qui offrent des garanties comparables à celles que procure la présente police, à concurrence du plus gros montant versé par chacun d'entre eux. Nous revendiquons tous les droits de subrogation. Dans l'éventualité du paiement d'une réclamation en vertu de la présente police, nous entendons, s'il y a lieu, nous prévaloir de notre droit d'intenter des procédures en votre nom, mais à nos frais, contre des tiers qui pourraient être responsables d'avoir causé la présentation d'une réclamation en vertu de la présente police. Vous devez valider et transmettre des documents au besoin, et collaborer totalement avec nous, afin de nous permettre de faire valoir tous nos droits. Vous ne ferez rien qui puisse être préjudiciable à ces droits. Nous n'exercerons pas de droits de subrogation relativement à quelque garantie que ce soit d'un régime de retraite, si la garantie maximale à vie dans le cadre de déplacements au pays et à l'étranger ne dépasse pas 100 000 \$.

Limites des garanties - Si vous avez une urgence médicale qui survient pendant votre voyage, votre urgence sera réputée avoir pris fin et les prestations pour l'état pathologique cessent dès que : (i) votre condition a été traitée et vous avez reçu votre congé de l'établissement de santé où vous avez reçu des soins médicaux; ou (ii) votre condition est réputée être contrôlée selon des preuves d'ordre médical et vous êtes en mesure de retourner à votre province ou territoire de résidence. Dès que votre urgence est jugée terminée, comme on l'a décrit précédemment, aucun traitement continu, ni traitement ou consultation de suivi, ni soins de réadaptation, ni résurgence ou complication dudit état pathologique ne sera couvert en vertu de la présente police.

Nonobstant quelque disposition que ce soit y contenue, la présente police est assujettie aux stipulations définies dans la Loi sur l'assurance qui s'appliquent aux contrats d'assurance-accident et maladie dans la province ou le territoire où vous habitez. La présente police est régie par les lois et les règlements de la province ou du territoire du Canada où vous habitez. Le droit à toute garantie admissible en vertu de la présente police ne peut être transféré à un tiers sans notre approbation. Les lois et les règlements de tout autre pays, autre que le Canada, ne seront pas pris en compte lorsqu'on fait l'analyse d'une réclamation en vue du paiement.

La Proposition d'assurance, la Fiche de calcul d'options, le reçu de police, la présente police ainsi que tout avenant ou toute annexe s'y ajoutant constituent le contrat entier. Nous seuls avons le pouvoir de modifier le contrat ou de renoncer à toute stipulation ou disposition qu'il contient. Dans le cas où l'information indiquée sur le reçu de police n'est pas la même que celle apparaissant sur la Proposition d'assurance, la copie originale de cette Proposition d'assurance, telle que remplie et renvoyée par vous, sera réputée être véridique.

Toute disposition de la présente police qui entre en conflit avec quelque loi fédérale, provinciale ou territoriale que ce soit, dans la province ou le territoire où vous habitez, est par la présente amendée de manière à ce qu'elle soit conforme aux exigences minimales de cette loi, toutes ses autres dispositions demeurant en vigueur.

Toutes les primes, garanties et limitations sont exprimées et payables en monnaie canadienne à moins qu'elles soient précisées autrement. Pour faciliter le paiement direct aux fournisseurs, nous pouvons choisir de payer une réclamation dans la devise du pays où les frais ont été engagés, selon le taux de change établi par l'une ou l'autre des banques à charte du Canada (i) à la date du dernier service rendu ou (ii), si des chèques sont émis directement aux médecins, hôpitaux ou autres fournisseurs de soins médicaux, à la date de leur émission.

Si vous avez commis une erreur sur votre âge ou transmis une information inexacte à propos de votre état de santé ou de votre mode de vie se traduisant par le paiement d'une prime insuffisante de votre part, alors votre couverture en vertu de la présente police sera annulée, votre prime vous sera remboursée et aucune garantie ne sera versée, quelle que puisse être la réclamation.

Aucune déclaration de votre part ou de celle d'un agent, faite préalablement ou à la date et au moment où vous avez rempli votre Proposition d'assurance, ne sera considérée valable si elle ne nous a pas été présentée par écrit à ce moment-là.

Afin de déterminer votre admissibilité ou lorsque on passe en revue une *réclamation* en vertu de l'une ou l'autre des sections de la présente *police*, la présence d'un *état pathologique* sera établie à l'aide des dossiers et tout autre renseignement fourni par votre (vos) *médecin(s)*, que vous ayez pris connaissance de leur contenu avant ou après avoir présenté une *réclamation* en vertu de la présente *police*. Vous devez nous accorder accès à tous et chacun de vos dossiers médicaux en cas de *réclamation*. Si vous avez transmis une information inexacte ou trompeuse ou vous avez omis de nous révéler certaines informations dans la *Fiche de calcul d'options* sur votre état de santé et que, après étude de vos dossiers médicaux, il est établi que vous n'étiez pas admissible à la présente *police*, votre couverture en vertu de la présente *police* sera annulée, votre prime vous sera remboursée et aucune garantie ne sera versée, quelle que puisse être la *réclamation*.

Dans le cas où vous seriez déclaré inadmissible à la protection, qu'une *réclamation* s'avérerait invalide ou que des garanties seraient réduites conformément à l'une ou l'autre des dispositions de la *police*, nous revendiquerions le droit de vous réclamer et de recouvrer toute somme que nous aurions payée en votre nom à des fournisseurs de soins médicaux ou à d'autres parties.

Notre responsabilité relativement à la présente *police* porte uniquement sur le paiement des garanties admissibles, à concurrence du montant maximum que vous avez choisi dans votre *Fiche de calcul d'options* et qui est indiqué sur votre *reçu de police*, déduction faite de toute franchise applicable au montant que vous avez choisi, pour tout sinistre ou frais. Nous n'assumons aucune responsabilité quant à la disponibilité, à la qualité, aux résultats ou à l'issue de quelque *traitement* ou service que ce soit, ou quant à votre incapacité à obtenir n'importe quel *traitement* ou service couvert par les dispositions de la présente *police*.

Le paiement à un fournisseur de soins médicaux par nous pour toute dépense admissible est à notre discrétion. Dans le cas où nous choisissons de ne pas payer l'établissement médical directement ou l'établissement refuse d'accepter un paiement directement de notre part, nous vous rembourserons pour toute dépense admissible que vous avez acquittée à la condition que vous fournissiez un reçu original valide pour de tels services, y compris des factures et reçus détaillés originaux.

Toute procédure judiciaire concernant votre *réclamation* doit être entamée dans votre province de résidence au Canada dans l'année qui suit la date de l'événement correspondant à la demande. Si les lois en vigueur prévoient une période plus longue, vous devez entreprendre les démarches judiciaires avant la fin de cette période.

Prolongation automatique de la couverture : Si vous ou votre *compagnon de voyage* êtes hospitalisé à la date d'échéance de votre *police* ou au dernier jour de votre Régime annuel multi-voyages, votre couverture sera prolongée automatiquement sans aucune surprime pour la durée de l'hospitalisation et jusqu'à 72 heures après que l'urgence a été déclarée terminée ou après que vous cessez de recevoir des *traitements* médicaux d'urgence. En plus, votre couverture sera prolongée de 72 heures lorsque votre transporteur commercial avec lequel vous aviez déjà votre billet comme passager est retardé en raison des conditions météorologiques très mauvaises ou en raison d'une défaillance mécanique. Vous devez nous en informer immédiatement et fournir des documents nécessaires pour prouver à notre satisfaction quelle a été la cause du retard.

Prolongation de la protection : Toute prolongation demandée sera assujettie à notre accord sur la prolongation. Si, pour une raison non couverte dans la présente *police*, vous

désirez prolonger votre *période de protection* au-delà de la date d'échéance de la *police* précisée sur votre *reçu de police*, vous devez communiquer avec **Assurance Voyage Santé-Soleil au 1-888-694-8888 ou 905-830-4003 (à frais virés)** au moins dix (10) jours avant la date d'échéance de la *police* indiquée sur votre *reçu de police*.

Les conditions requises pour les prolongations sont les suivantes : (i) vous payez la prime supplémentaire exigible, (ii) vous êtes conscient du fait que la couverture pendant votre période de prolongation est assujettie à toutes les modalités, conditions, limitations et exclusions de la *police*, (iii) vous demeurez admissible à la protection en vertu de toutes les sections de la présente *police*, (iv) une *réclamation* n'a pas été déclarée, déposée ou payée, (v) vous n'avez pas connaissance de problèmes ou symptômes médicaux quelconques qui pourraient nécessiter un *traitement* pendant la période de prolongation; et (vi) la *résurgence* d'un *état pathologique* ou d'un état qui s'y rapporte, présent pendant la durée initiale prévue par la présente *police*, ne sera pas couverte pour la période de la prolongation.

Avis relatif au droit d'examen de la police : Vous disposez de dix jours pour étudier votre *police* à compter de la date de sa réception. Si, pour quelque raison que ce soit pendant ces 10 jours, vous n'êtes pas satisfait de la présente *police*, retournez-la accompagnée de votre demande écrite de résiliation à :

Assurance Voyage Santé-Soleil

Box 93060, 1111 Davis Dr., Newmarket, Ontario, L3Y 8K3

Votre prime sera entièrement remboursée à la condition que vous n'ayez pas déjà entrepris votre voyage. La *police* sera alors annulée à compter de sa date d'entrée en vigueur et elle sera réputée de n'avoir jamais été en vigueur.

Remboursement : Exception faite des dispositions apparaissant dans l'Avis relatif au droit d'examen de la *police*, nous ne prendrons en compte une demande de remboursement pour votre Régime pour un seul voyage que si : (i) vous n'avez pas encore entrepris votre voyage ou que vous en revenez avant la date prévue et à la condition qu'aucune *réclamation*, d'un montant qui excède votre franchise en entier, n'ait été déclarée, payée ou ne soit en suspens; et (ii) votre *période de protection* n'est pas terminée. Aucune *réclamation* ne sera payée si vous avez reçu un remboursement de prime partiel ou en totalité. Il n'y a aucun remboursement des primes pour les Régimes annuels multi-voyages.

Vous devez faire parvenir une demande écrite accompagnée d'un document prouvant que vous n'êtes pas parti en voyage ou que vous êtes revenu avant la date prévue à :

Assurance Voyage Santé-Soleil,

Box 93060, 1111 Davis Dr., Newmarket, Ontario, L3Y 8K3

Des remboursements en cas de retour anticipé seront calculés proportionnellement, en fonction de la date de votre rentrée au Canada. Vous devez fournir la preuve de la date de votre rentrée au Canada au moyen d'un timbre daté des douanes, votre billet de retour en avion, ou votre signature sur un reçu de carte de crédit d'un commerce au Canada. Si de telles preuves ne sont pas disponibles, le cachet de poste de votre demande écrite ou la date à laquelle votre demande est reçue par télécopier ou par appel téléphonique chez Assurance Voyage Santé-Soleil servira à calculer un remboursement quelconque. Toute demande de remboursement doit être soumise dans les 30 jours de votre retour au Canada. En aucun cas un remboursement ne sera effectué après la date d'entrée en vigueur de la *police* pour un retour hâtif pendant une période de prolongation.

SECTION 6 – DÉFINITIONS

acte(s) de guerre : désigne tout dommage ou perte direct ou indirect, occasionné ou survenant en raison d'une guerre, d'une invasion, d'actes d'ennemis étrangers, d'hostilités ou d'opérations belliqueuses (que la guerre soit déclarée ou non), par quelque gouvernement ou souverain, par du personnel militaire ou d'autres agents, d'une guerre civile, d'une rébellion, d'une révolution, d'une insurrection, d'une émeute escaladant jusqu'à l'insurrection militaire ou à l'usurpation du pouvoir.

acte(s) de terrorisme : désigne un acte, y compris, sans s'y limiter, l'usage de la force ou de la violence ou d'une menace en ce sens pour commettre ou menacer de commettre un geste dangereux à l'endroit de quelque personne ou de quelque groupe ou gouvernement, acte ou geste commis à des fins politiques, religieuses, idéologiques, sociales, économiques ou autres, y compris l'intention d'intimider, de forcer ou de renverser un gouvernement (de fait ou de droit) ou d'influencer, ou de protester contre quelque gouvernement ou d'y porter atteinte, ou de terroriser la population civile ou quelque partie de cette dernière.

affection intestinale (y compris) : colite ulcéreuse, maladie de Crohn, diverticulite, constipation chronique, ou syndrome du côlon irritable.

affection mineure : une infection virale ou bactérienne non chronique (à l'exception de toute affection nécessitant l'usage de Prednisone ou un médicament stéroïde équivalent sous forme de comprimé) qui ne nécessite pas de visite de suivi auprès d'un fournisseur de soins médicaux hormis l'évaluation initiale et comprend l'usage d'un seul médicament pour un maximum de 14 jours.

âge : votre âge à la date d'entrée en vigueur de la *police*.

alpinisme : ascension ou descente d'une montagne, qui nécessite l'emploi d'un équipement spécialisés tels, sans s'y limiter, pioches, grappins, chevilles, crampons, pitons et systèmes de cordage et d'ancrage.

blessure accidentelle : blessure subie dont la cause est externe et violente et purement accidentelle, de manière directe et indépendante de toute autre cause.

cardiopathie (y compris) : (i) une anomalie du rythme cardiaque (y compris une arythmie, une fibrillation auriculaire ou des battements irréguliers); (ii) implantation d'un stimulateur ou défibrillateur cardiaque (ou remplacement); (iii) une crise cardiaque (infarctus du myocarde); (iv) transplantation cardiaque; (v) une maladie coronarienne (y compris l'angine de poitrine); (vi) angioplastie coronaire, ou pose d'endoprothèse vasculaire (stent) coronaire; (vii) pontage

coronarien; (viii) la valvulopathie (y compris toute régurgitation ou sténose (légère, modérée ou sévère)); (ix) souffle au coeur anormale; (x) la péricardite; ou (xi) la cardiomyopathie.

chronique : se dit d'un *état pathologique* qui continue, persiste, est épisodique ou récurrent sur une période prolongée. Un tel *état pathologique* dure généralement longtemps et ne disparaît ni facilement, ni rapidement.

compagnon de voyage : un proposant à cette assurance dont le nom est indiqué sur la *Proposition d'assurance* et indiqué sur votre *reçu de police*.

complément à une autre couverture : mode de souscription d'une *police* prolongeant votre période de couverture et entrant en vigueur à l'expiration d'une autre *police*.

conjoint(e) : personne avec laquelle une autre personne est mariée ou avec laquelle il (elle) vit dans un lien conjugal depuis au moins un an avant la date d'entrée en vigueur de la *police*.

date d'entrée en vigueur de la police : jour où commence votre protection, telle qu'elle est précisée dans votre *Proposition d'assurance* et telle indiquée sur votre *reçu de police*.

date d'échéance de la police : a) jour où prend fin votre protection, telle qu'elle est précisée dans votre *Proposition d'assurance* et telle indiquée sur votre *reçu de police*; b) le jour où nous vous renvoyons au Canada pour une raison médicale quelconque.

date de départ : (i) jour où vous quittez le Canada, pour un Régime pour un seul voyage; (ii) jour où vous quittez votre province de résidence, pour un Régime annuel multi-voyages.

date de retour : date de votre retour au Canada.

enfant(s) : personne à charge, fils ou fille, non marié(e) et ayant moins de 21 ans, ou personne à charge, fils ou fille, non marié(e), qui souffre d'un handicap mental ou physique.

état pathologique : blessure accidentelle ou maladie. Toutes les affections mineures sont considérées comme étant stables lorsqu'il s'agit de déterminer si votre état est stable avant votre date de départ

examen médical complet : vous avez visité un *médecin* en exercice où votre bilan de santé a été mis à jour, tout symptôme a été diagnostiqué et chaque examen prescrit ou proposé a été exécuté et vous êtes au courant des résultats de tels examens.

famille immédiate : votre conjoint(e), vos enfants propres, d'un autre lit ou adoptés, les personnes dont vous avez la garde légale, vos parents, beaux-parents, parents par remariage ou union de fait, sœurs, frères, belles-sœurs, beaux-frères, demi-sœurs, demi-frères, grands-parents, petits-enfants, tantes, oncles, nièces, neveux.

Fiche de calcul d'options : la partie de la *Proposition d'assurance* que vous avez remplie en indiquant vos choix d'options pour ce qui est de la protection ainsi que vos réponses aux questions relatives à votre état de santé et à votre style de vie.

franchise : partie des frais admissibles que vous devez payer avant que nous versions une indemnité en vertu de la présente *police*, au montant que vous avez choisi dans votre *Fiche de calcul d'options* et qui est indiqué sur votre *reçu de police*.

hôpital : établissement officiellement reconnu comme *hôpital*, où les malades sont admis pour y recevoir des soins médicaux, qui dispose en permanence des services d'une infirmière diplômée et qui possède un laboratoire ainsi qu'une salle d'opération. Les établissements suivants ne sont pas considérés comme des *hôpitaux* : clinique, centre de soins prolongés ou palliatifs, centre de réadaptation, centre de désintoxication, maison de convalescence ou de repos, centre d'hébergement, maison de retraite ou station thermique.

maladie : pathologie, douleur et souffrance ou état nécessitant un *traitement* médical ou une hospitalisation.

maladie en phase terminale : un *état pathologique* pour lequel, avant la *date d'entrée en vigueur de la police*, un *médecin* a donné un pronostic de mort certaine dans 12 mois ou encore que des soins palliatifs ont été reçus.

maladie préexistante : pathologie (n'englobe pas une *affection mineure*) pour laquelle on a reçu des *traitements* ou pour laquelle des symptômes s'étaient manifestés avant l'une ou l'autre de vos *dates de départ*. Ce terme englobe une complication médicalement reconnue ou la *résurgence* d'un *état pathologique*.

médecin : *médecin* autorisé à exercer sa profession à l'endroit où les services médicaux sont dispensés et qui donne des soins médicaux selon sa compétence, sauf vous-même ou un membre de votre *famille immédiate*.

médicament(s) : tout *médicament* prescrit par un *médecin* (que l'ordonnance soit remplie ou non) ou remède prescrit par un *médecin*, servant au *traitement des maladies* et au maintien d'un bon état de santé. Ce terme comprend les nouvelles ordonnances, des renouvellements ou des recharges, l'insuline et la nitroglycérine (sous toute forme, avec ou sans ordonnance). Ce terme ne comprend pas les produits et remèdes disponibles sans ordonnance, y compris l'aspirine (ou équivalent), les vitamines, les minéraux et l'hormonothérapie substitutive.

nous, nos et notre : se rapportent à L'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

pathologie hépatique : y compris l'hépatite C ou la cirrhose.

période de protection : durée de la protection offerte, entre la *date d'entrée en vigueur de la police* et la *date d'échéance de la police*, telles que précisées dans votre *Proposition d'assurance* et telles qu'indiquées sur votre *reçu de police*.

pneumopathie (y compris) : la Maladie Pulmonaire Obstructive Chronique (MPOC), la bronchite chronique, l'emphysème, la fibrose pulmonaire, l'amiantose, chirurgie pulmonaire ou l'asthme à dyspnée continue (l'asthme chronique). (Ce terme n'englobe ni des allergies saisonnières ni une *affection mineure*).

police ou polices : contrat global régissant la présente *police*, la *proposition d'assurance*, la *Fiche de calcul d'options*, le *reçu de police*, ainsi que tout avenant ou toute annexe s'ajoutant à la *police*. Nous seuls pouvons modifier le contrat ou renoncer à l'une ou l'autre de ses stipulations ou dispositions.

professionnel : personne engagée dans une activité spécifique qui lui procure ses principaux revenus.

Proposition d'assurance : un formulaire que vous avez rempli et qui confirme vos renseignements personnels ainsi que la protection du régime sélectionné par vous et pour lequel vous avez payé la prime correcte et en totalité. La *Proposition d'assurance* fait partie intégrante de la présente *police*.

reçu de police : document qu'on vous a envoyé comme confirmation de la couverture que vous avez sélectionnée dans votre *Fiche de calcul d'options*. Le *reçu de police* fait partie intégrante de la présente *police*.

réclamation ou réclamations : tout incident connu ou non de nous dans le cours duquel vous avez subi un sinistre couvert par la présente *police* et pour lequel vous avez engagés des frais.

Régime d'Assurance-Maladie Gouvernemental (RAMG) : protection offerte par les gouvernements provinciaux ou territoriaux aux résidents du Canada.

résidence : votre province ou territoire de *résidence* ou le lieu que vous quittez le premier jour de la protection et où il est prévu que vous retourniez le dernier jour de la protection.

résurgence : apparition de symptômes causés par, ou reliés à, un *état pathologique* préalablement diagnostiqué par un *médecin* ou pour lequel des *traitements* ont antérieurement été reçus.

stable ou stabilité : un *état pathologique* ne s'aggrave pas et il n'y a pas eu de changement aux *médicaments* (ni de *médicament* différent) pour celui-ci. En outre, l'utilisation et la posologie de ces *médicaments* n'ont pas changé et un *médecin* n'a reçu aucun résultat de test indiquant une détérioration de votre *état pathologique*. Ce terme signifie également que des *traitements* prescrits ou recommandés par un *médecin* ou *traitements* reçus n'ont pas changé au cours de la période pour les *maladies préexistantes* pour laquelle vous êtes admissible ou que vous avez sélectionnée. Aucun des points suivants ne constitue un changement ou une modification de *médicament* : substitution d'un *médicament* de marque particulière pour un produit générique équivalent, pourvu qu'il n'y a pas eu de changement ni dans son utilisation ni dans sa posologie; changement dans la posologie du *médicament* insuline ou Coumadin, Warfarin, Pradaxa, Pradaxa ou Dabigatran.

traitement, traiter, traité : acte médical, thérapeutique ou diagnostique prescrit, effectué ou recommandé par un *médecin*, y compris, mais sans s'y limiter, les *médicaments*, les tests à des fins d'investigation ou interventions chirurgicales.

urgence ou urgences : trouble mental ou émotif—pour lequel l'hospitalisation est nécessaire—ainsi que toute *maladie* ou *blessure accidentelle*, qui survient de façon imprévue durant votre *voyage* et pour lequel des *traitements* médicaux immédiats sont nécessaires afin d'éviter ou de diminuer un risque pour la vie ou pour la santé. Une *urgence* prend fin quand, selon des preuves médicales, vous ne recevez plus des soins médicaux d'*urgence* et vous pouvez obtenir votre congé de l'établissement médical.

voiture de location/véhicule de location : véhicule (automobile particulière, utilitaire sport, minifourgonnette, caravane ou autocaravane) utilisé pendant votre *voyage* et ne transportant que des personnes non payantes.

vous, vos, votre et vous-même : se rapportent à la personne définie comme assurée dans la *Proposition d'assurance* et indiquée sur votre *reçu de police*.

voyage : intervalle entre la *date de départ* du Canada et la première des dates suivantes : la *date de retour* au Canada ou votre *date d'échéance de la police*.

SECTION 7 – PRÉSENTATION D'UNE RÉCLAMATION

Avis de sinistre : Vous devez nous appeler au : 1 888 803-3324 ou 954 308-3905 (à frais virés) dans les 24 heures de toute *réclamation* ou de tout *traitement* médicale ou dentaire. À défaut de le faire, vous serez pénalisé en ayant la responsabilité de 50 % de toutes les dépenses brutes admissibles encourues et le montant maximum de la responsabilité en vertu de cette *police* sera limitée à 25 000 \$CAN. Vous devez téléphoner à moins que votre état de santé vous empêche de le faire et dans un tel cas, vous devez le faire dès que votre santé le permet ou demander à quelqu'un d'autre de le faire pour vous. Aucune garantie ne sera versée si vous ne téléphonez pas, ou si une autre personne ne le fait pas à votre place, préalablement à une demande de prestation d'un Service d'assistance d'urgence, (tel qu'indiqué au Sommaire des garanties).

Pour obtenir des renseignements d'ordre général à propos de votre *police*, communiquez avec Assurance Voyage Santé-Soleil au 1-888-694-8888.

Pour obtenir un formulaire de *réclamation*, composez le 1 866 772-5577 ou le 905 830-2919 (à frais virés). Dans le cas où nous payons des frais médicaux en votre nom, dépenses pour lesquelles vous avez une couverture en vertu de votre Régime d'Assurance-Maladie Gouvernemental (RAMG), nous avons tout droit de recouvrer de la part du RAMG, toute somme afférente à ces dépenses qui vous est dûe.

Documentation de la réclamation : Une fois que votre *urgence* médicale cesse, vous devez nous soumettre votre *réclamation* dans les 90 jours suivant la date du sinistre. Le fait de ne

pas fournir la documentation à l'appui de la *réclamation* dans le délai de 90 jours prescrit n'invalide pas la *réclamation*, si la documentation est fournie dans les meilleurs délais raisonnablement possible, et au plus tard un an après la date du sinistre. Si la loi prévoit un délai plus long, vous devez soumettre votre *réclamation* à l'intérieur de ce délai. Pour que votre *réclamation* soit valable, vous devez fournir tous les documents que nous estimons nécessaires pour la justifier. Si vous omettez de remplir dûment les formulaires de *réclamation* et d'autorisation requis, l'examen de votre *réclamation* sera retardé.

Présentation d'une réclamation : Le paiement à un fournisseur de soins médicaux par nous pour toute dépense admissible est à notre discrétion. Dans le cas où nous choisissons de ne pas payer l'établissement médical directement ou l'établissement refuse d'accepter un paiement directement de notre part, nous vous rembourserons pour toute dépense admissible que vous avez acquittée à la condition que vous fournissiez un *reçu* original valide pour de tels services, y compris des factures et reçus détaillés originaux. Vous devez payer votre *franchise* (s'il y a lieu) directement au fournisseur, au moment de l'événement suscitant la *réclamation*, et cela pour chaque *maladie* ou *blessure accidentelle*. Pour toute *réclamation* relevant du Régime annuel multi-voyages ou de la Protection Complémentaire pour les Régimes de retraités, vous devez fournir une preuve de votre *date de départ du Canada*. Pour des questions concernant une *réclamation* en vertu de votre *police*, appelez au 1 866 772-5577 ou au 905 830-2919 (à frais virés).

SECTION 8 – COMMENT FAIRE APPEL D'UNE DÉCISION

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, limitations et exclusions de la *police*. Il faut que toute demande de réviser vos circonstances particulières soit faite 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 :

Pour les désagréments concernant le processus de souscription : ombudsman@tis.ca

Pour les désaccords à propos des *réclamations* : ombudsman@ccmplaims.ca

ou faire parvenir une lettre à :

Comité de révision

a/s de : C.P. 93149, 1111 Davis Drive, Newmarket, Ontario, L3Y 8K3