

L'objectif de cette fiche de renseignements est de vous informer sur vos droits.
Elle ne dégage ni l'assureur ni le distributeur de leurs obligations envers vous.

PARLONS ASSURANCE !

Nom du distributeur : _____

Nom de l'assureur : _____

Nom du produit d'assurance : _____



LIBERTÉ DE CHOISIR

Vous n'êtes jamais obligé d'acheter une assurance :

- qui vous est offerte chez votre distributeur;
- auprès d'une personne que l'on vous désigne;
- ou pour obtenir un meilleur taux d'intérêt ou tout autre avantage.

Même si vous êtes tenus d'être assuré, **vous n'êtes pas obligé** d'acheter l'assurance que l'on vous offre présentement. **C'est à vous de choisir** votre produit d'assurance et votre assureur.



COMMENT CHOISIR

Pour bien choisir le produit d'assurance qui vous convient, nous vous recommandons de lire le sommaire qui décrit le produit d'assurance et que l'on doit vous remettre.



RÉMUNÉRATION DU DISTRIBUTEUR

Une partie de ce que vous payez pour l'assurance sera versée en rémunération au distributeur. Lorsque cette rémunération est supérieure à 30 %, il a l'**obligation** de vous le dire.



DROIT D'ANNULER

La Loi vous permet de mettre fin à votre assurance, **sans frais**, dans les 10 jours suivant l'achat de votre assurance. L'assureur peut toutefois vous accorder un délai plus long. Après ce délai, si vous mettez fin à votre assurance, des frais pourraient s'appliquer. **Informez-vous** auprès de votre distributeur du délai d'annulation **sans frais** qui vous est accordé.

Lorsque le coût de l'assurance est ajouté au montant du financement et que vous annulez l'assurance, il est possible que les versements mensuels de votre financement ne changent pas. Le montant du remboursement pourrait plutôt servir à **diminuer la durée du financement**. **Informez-vous** auprès de votre distributeur.

L'Autorité des marchés financiers peut vous fournir de l'information **neutre et objective**.
Visitez le www.lautorite.qc.ca ou appelez-nous au 1 877 525-0337.

Espace réservé à l'assureur :

Sommaire du produit d'assurance

Régime HSBC en cas d'urgence hors pays

Police d'assurance pour voyage unique et protection annuelle voyages multiples accordant une garantie pour :
soins médicaux d'urgence, interruption de voyage, bagages

Coordonnées de l'assureur

Nom : **Compagnie d'assurance AIG du Canada**
Numéro d'inscription AMF : 2000533077
Site Web : aig.ca
Adresse : 120, boul. Bremner, bureau 2200, Toronto (Ontario) M5J 0A8
Téléphone : 1-416-596-3000
Télécopieur : 1-855-453-1063
Numéro sans frais : 1-800-387-4481

Coordonnées de l'administrateur du régime

Nom : **Travel Guard Group Canada, Inc.**
Adresse : 120, boul. Bremner, bureau 2200, Toronto (Ontario) M5J 0A8
Téléphone : 1-416-646-3723
Télécopieur : 1-416-646-3759

Coordonnées du gestionnaire des réclamations

Nom : **Gestion Global Excel**
Adresse : 73, rue Queen, Sherbrooke (Québec) J1M 0C9
Téléphone : 1-819-566-8833
Télécopieur : 1-819-566-8447
Numéro sans frais : 1-888-566-8028

Coordonnées du distributeur

Nom : **BANQUE HSBC CANADA**
Adresse : 5-70, rue York, Toronto (Ontario) M5J 1S9
Téléphone : 1-888-310-4722

INTRODUCTION

Ce sommaire du produit d'assurance a été conçu pour vous aider à comprendre les garanties et les indemnités offertes, ainsi que les exclusions, les conditions médicales préexistantes et les modalités du Régime HSBC en cas d'urgence hors pays (le « Régime »). La prime que vous paierez pour ce Régime est calculée en fonction de votre âge, ainsi que du coût et de la durée du voyage. Vous pouvez obtenir une copie de la police sur le site internet du distributeur..

Ce document a été créé pour vous aider, sans avoir recours à l'avis d'un conseiller autorisé en assurance, à déterminer si le produit vous convient et correspond à vos besoins.

Vous pouvez consulter ce document et la police d'assurance au

<https://www.aig.ca/fr/guides-de-distribution-qc>

TABLE DES MATIÈRES

VOTRE DROIT D'EXAMINER VOTRE POLICE3

PRODUITS SIMILAIRES3

À QUI DOIS-JE M'ADRESSER SI J'AI DES QUESTIONS?3

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ3

 QUI PEUT SOUSCRIRE CETTE ASSURANCE3

 QUI NE PEUT PAS SOUSCRIRE CETTE ASSURANCE3

QUELLES LIMITES POURRAIENT S'APPLIQUER EN RAISON DE MA SANTÉ?4

QUELLES SONT LES TROIS (3) PRINCIPALES GARANTIES NON OFFERTES PAR LE RÉGIME? 4

QUELLES GARANTIES SONT OFFERTES PAR LE RÉGIME?..... 4

PUIS-JE RÉSILIER MA POLICE? 4

MA COUVERTURE PEUT-ELLE ÊTRE PROLONGÉE?4

POUR QUELLE(S) INDEMNITÉ(S) LA PLUPART DES GENS PRÉSENTENT-ILS UNE
RÉCLAMATION? 7

PROCÉDURES DE PRÉSENTATION D'UNE RÉCLAMATION ET PAIEMENT DES RÉCLAMATIONS
..... 8

DISPOSITIONS GÉNÉRALES10

AVIS DE RÉOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE11

VOTRE DROIT D'EXAMINER VOTRE POLICE

Vous disposez de 10 jours à compter de la date d'achat de votre assurance pour examiner votre police et poser des questions en cas de doute. Si, au cours de ces 10 jours, vous estimez que le Régime ne fournit pas la garantie que vous recherchez, vous aurez droit à un remboursement intégral de la prime que vous avez payée.

Si, au cours de ces 10 jours, vous avez déjà commencé votre voyage ou si vous avez des raisons de présenter une réclamation, vous ne pourrez pas obtenir de remboursement de prime. Vous n'avez pas non plus droit à un remboursement de la prime après le délai de 10 jours accordé pour examiner votre période tel que décrit ci-dessus.

Votre demande de remboursement doit être faite par courriel directement à l'administrateur à refund@travelguard.com. Vous devez prévoir un délai de 15 jours ouvrables pour que le remboursement apparaisse sur votre carte de crédit. Vous devez fournir votre nom complet et votre numéro de police.

PRODUITS SIMILAIRES

Il existe d'autres types de produits sur le marché qui offrent une couverture similaire. Vous devez vous assurer que vous n'êtes pas couvert par une autre assurance offrant la même couverture que celle décrite ci-après.

À QUI DOIS-JE M'ADRESSER SI J'AI DES QUESTIONS?

Si vous souhaitez discuter de la garantie ou si vous avez des questions à son sujet, avant ou après avoir acheté la police, n'hésitez pas à appeler Gestion Global Excel (GEM) aux numéros de téléphone suivants :

Numéro sans frais : 1-888-566-8028

Numéro à frais virés : 1-819-566-8028

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ :

Qui peut acheter cette police d'assurance?

Régime d'assurance pour voyage unique

1. Vous devez être résident canadien;
2. Vous devez être âgé de soixante (60) ans ou moins;
3. L'assurance doit être achetée pour :
 - a) la durée totale de votre voyage; **et**
 - b) le montant total du coût de votre voyage; **et**
4. Vous devez être assuré au titre d'un régime d'assurance-maladie gouvernemental (RAMG) d'une province ou d'un territoire du Canada pour toute la durée de votre voyage.

Régime de protection annuelle voyages multiples

5. Vous devez être résident canadien;
 1. Vous devez être âgé de soixante-quatre (64) ans ou moins; **et**
 2. Vous devez être assuré au titre d'un régime d'assurance-maladie gouvernemental (RAMG) d'une province ou d'un territoire du Canada pour toute la durée de votre voyage.

Couverture familiale

1. tous les assurés figurant sur la confirmation d'assurance doivent être résidents canadiens;
2. la personne la plus âgée doit être âgée de cinquante-neuf (59) ans ou moins; **et**
3. tous les assurés doivent satisfaire à la définition de conjoint(e) ou d'enfant.

Par enfant, on entend un ou des enfant(s) à charge, non marié(s), de sang ou adopté(s) d'un assuré ou un ou des enfant(s) de son conjoint qui :

- est/sont âgé(s) de moins de vingt-et-un (21) ans;
- réside(nt) sous le même toit que vous; et

- dépend(ent) de vous pour son/leur soutien.

Par conjoint, on entend la personne à laquelle vous êtes légalement marié ou, en l'absence d'une telle personne, celle avec laquelle vous vivez depuis au moins douze (12) mois et que vous présentez publiquement comme votre conjoint (quel que soit son sexe).

Qui ne peut pas acheter cette assurance?

Vous ne pouvez pas souscrire cette assurance si :

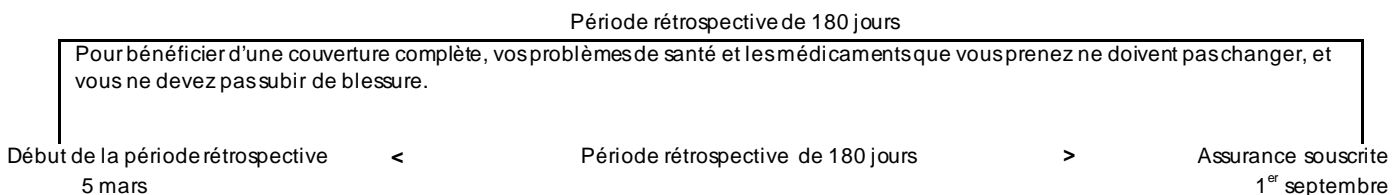
1. vous avez reçu un diagnostic de maladie en phase terminale, c'est-à-dire que, selon le médecin, aucune guérison n'est possible et que votre espérance de vie est inférieure à 12 mois;
2. vous avez subi une greffe de moelle osseuse ou une greffe d'organe nécessitant l'utilisation de médicaments antirejet (immunosuppresseurs);
3. vous avez besoin d'une dialyse de quelque type que ce soit pour une maladie rénale; **ou**
4. au cours des 12 derniers mois, votre médecin vous a prescrit un traitement d'oxygénothérapie à domicile que vous suivez effectivement.

La garantie sera déclarée nulle et non avenue en cas de fraude ou de tentative de fraude de votre part, ou si vous dissimulez ou présentez de manière inexacte tout fait ou toute circonstance essentiel(le) dans le cadre de cette assurance.

QUELLES LIMITES POURRAIENT S'APPLIQUER EN RAISON DE MA SANTÉ?

Si vous avez besoin de soins médicaux d'urgence pendant votre voyage ou si votre voyage est interrompu et que vous déposez une réclamation, vos antécédents médicaux pourraient faire l'objet d'un examen par le gestionnaire des réclamations, selon les motifs de la réclamation (ce qui sera le cas si la réclamation est fondée sur des raisons médicales).

Toute maladie, toute blessure ou tout problème de santé qui n'était pas stable **180 jours avant votre date de départ** peut avoir une incidence sur l'issue de votre réclamation. Par exemple :



QUELLES SONT LES TROIS (3) PRINCIPALES GARANTIES NON OFFERTES PAR LE RÉGIME?

- Ce Régime ne couvre pas l'annulation de voyage ni tout voyage retardé
- Ce Régime ne couvre pas les risques et n'offre pas d'indemnisation pour les réclamations se rapportant à Cuba, ceux-ci n'étant pas couverts et pris en charge par nos filiales aux États-Unis (lesquelles offrent des services d'assistance).
- Ce Régime ne couvre pas les pertes, les blessures, les dommages ou la responsabilité civile découlant directement ou indirectement d'un voyage en cours ou prévu en Iran, en Syrie, en Corée du Nord ou dans la région de Crimée, ou d'un voyage ayant pour destination ou passant par ces pays.

Pour une liste complète, consultez le libellé de la police; Exclusions générales 1 à 38 à la page 18.

QUELLES SONT LES GARANTIES OFFERTES PAR LE RÉGIME?

Ce Régime couvre l'assurance que vous avez souscrite auprès de HSBC. La couverture commence le jour où vous partez en voyage.

La garantie **soins médicaux d'urgence** commence le jour prévu de votre départ en voyage et se termine le jour prévu de votre retour de voyage (ces dates sont indiquées dans la confirmation d'assurance). La garantie Soins médicaux d'urgence se termine dès votre retour au Canada, même si cette date est antérieure à la date prévue de votre retour.

Le Régime accorde une assurance si vous ne pouvez pas poursuivre votre voyage pour un motif couvert. Voici quelques motifs couverts :

1. Apparition imprévisible de symptômes d'une maladie ou d'une blessure au cours d'un voyage qui, si elle n'est pas soignée ou traitée immédiatement par un médecin, peut entraîner votre décès ou de graves problèmes pour votre santé. Par soins médicaux, on entend toute procédure raisonnable de nature médicale, thérapeutique ou diagnostique, médicalement nécessaire et prescrite par un médecin. Les soins médicaux comprennent l'hospitalisation, les examens et analyses de base, la chirurgie, les médicaments sur ordonnance (y compris ceux qui sont prescrits en cas de besoin) ou tout autre traitement directement lié à la maladie, à la blessure ou aux symptômes.
2. Si vous devez faire réparer ou remplacer des dents naturelles saines ou des prothèses fixes en raison d'une blessure due à un coup accidentel au visage, vous devez consulter un médecin ou un dentiste immédiatement après la blessure.

La limite maximale des indemnités est de 5 000 \$ CA

3. Le rapatriement médical est couvert si votre médecin traitant et le service médical de l'assureur vous recommandent de rentrer chez vous pour poursuivre le traitement de votre urgence médicale.
4. Sur recommandation de votre médecin traitant, les frais nécessaires pour qu'un accompagnateur médical, qui ne peut être un parent ou un compagnon de voyage, vous accompagne dans votre pays de résidence. Les frais comprennent le billet d'avion aller-retour en classe économique, l'hébergement et les repas si nécessaire.

Vous devez communiquer avec le gestionnaire des réclamations, ou demander à quelqu'un de l'appeler en votre nom, pour obtenir une autorisation préalable avant de demander des soins médicaux. Votre couverture pourrait être limitée si vous ne le faites pas.

La garantie en cas d'**interruption de voyage** commence à la date prévue de votre départ en voyage et se termine à la date prévue de votre retour de voyage. Ces dates sont indiquées dans l'Attestation d'assurance qui vous est envoyée par courriel comme étant la date de départ et la date de retour.

Le Régime accorde une assurance si vous ne pouvez plus poursuivre votre voyage, pour un motif couvert. Voici quelques motifs couverts :

1. maladie, blessure ou décès d'un assuré ou d'un membre de sa famille, ou le décès ou l'hospitalisation subite d'un proche;
2. le gouvernement canadien émet une recommandation de report de voyage après votre départ et vous devez rentrer chez vous;
3. Vous ou votre compagnon de voyage êtes directement impliqué dans, ou retardé par, un accident automobile en vous rendant à la destination de l'assuré;
4. Vous devez rentrer chez vous plus tôt parce que vous êtes cité à comparaître en tant que témoin ou que vous devez vous présenter comme partie défenderesse.

Correspondance manquée

Pendant votre voyage, si vous manquez le départ d'un transporteur en raison de l'annulation ou d'un retard de deux (2) heures ou plus d'un vol d'une compagnie aérienne régulière en raison du mauvais temps, ou d'un retard causé par le transporteur, vous devrez payer les changements à destination, mais vous recevrez un remboursement pour :

1. les frais de transport supplémentaires engagés pour le retour chez vous par l'itinéraire le plus économique; **ou**
2. un transport en classe économique (ou les frais de changement applicables) par l'itinéraire le plus économique jusqu'à votre prochaine destination; **et**
3. jusqu'à 150 \$ CA par assuré, jusqu'à concurrence de 1500 \$ CA pour un voyageur seul, ou de 3000 \$ CA par famille, pour les repas, l'hébergement, les taxis et les appels téléphoniques indispensables. Pour présenter une réclamation, vous devez fournir les reçus originaux des entreprises commerciales. Le transporteur doit attester le retard du vol régulier.

L'arrivée du transporteur doit être prévue au moins deux (2) heures avant votre prochain départ et doit attester du retard du vol régulier. Vous devez fournir les reçus originaux au moment de la réclamation pour être remboursé pour toute somme payée.

Bagages et effets personnels – La garantie commence le jour prévu de votre départ en voyage et se termine le jour prévu de votre retour de voyage. Ces dates sont indiquées dans la confirmation d'assurance comme étant la date de départ et la date de retour. Cette garantie couvre les articles tels que les bagages, les passeports, les visas, les autres documents de voyage et les cartes de crédit.

L'indemnité maximale par article est de 500 \$ CA.

Bagages retardés – La garantie s'applique lorsque vos bagages sont retardés ou mal acheminés (envoyés ailleurs qu'à la destination prévue) pendant plus de 12 heures à compter de l'heure d'atterrissage à votre destination finale. Vous devrez payer les effets personnels nécessaires et présenter les reçus originaux au moment de la réclamation.

Cette garantie ne s'applique pas si les bagages sont retardés pendant le vol de retour de voyage et que l'assuré a atteint la destination de retour.

Documents de voyage – la couverture s'applique si votre permis de conduire, votre passeport ou votre visa de voyage est perdu ou volé pendant votre voyage.

PUIS-JE RÉSILIER MA POLICE?

Vous devez demander tout remboursement par écrit. Nous vous rembourserons intégralement, moins nos frais administratifs, à condition que la couverture n'ait pas commencé si vous avez souscrit l'assurance pour voyage unique, ou avant votre départ si vous avez souscrit l'assurance voyages multiples.

Nous vous rembourserons partiellement, moins nos frais administratifs, si vous avez souscrit à l'assurance pour voyage unique et si vous revenez avant la date de retour prévue avec une preuve de retour anticipé (par exemple, tampon des services de douane ou d'immigration, reçus de postes d'essence).

Il n'y a pas de remboursement partiel pour le régime d'assurance voyages multiples.

Des frais administratifs de 25 \$ CA seront déduits de tous les remboursements.

MA COUVERTURE PEUT-ELLE ÊTRE PROLONGÉE?

Prolongations facultatives de la garantie (régime d'Assurance pour voyage unique seulement)

Si vous avez souscrit le régime d'assurance pour voyage unique, que vous avez commencé votre voyage et que vous avez besoin d'une couverture pour une période plus longue, vous pouvez demander une prolongation de la garantie. Vous devez en faire la demande, que nous devons approuver avant la date de retour prévue et vous devrez payer une surprime. Pour demander une prolongation de garantie, vous devez être en bonne santé et ne pouvez pas avoir de problème de santé pour lequel une intervention chirurgicale ou une hospitalisation est prévue. Aucune prolongation de garantie n'est possible si une réclamation a été présentée. Pour demander une prolongation de la couverture, appelez-nous au numéro indiqué sur la première page de ce résumé de garantie.

Si nous approuvons la prolongation de la garantie, celle-ci ne couvrira pas, ne fournira pas de services et ne paiera pas les réclamations de frais résultant directement ou indirectement d'une maladie ou d'une blessure qui est apparue, a été diagnostiquée ou pour laquelle vous avez reçu des soins médicaux après la date de départ prévue et avant l'achat de la prolongation de la garantie.

Prolongation automatique de la période de couverture

La couverture sera automatiquement prolongée si vous avez besoin de soins médicaux en raison d'une urgence médicale au cours d'un voyage jusqu'à la première des éventualités suivantes :

1. soixante-douze (72) heures à compter des soins médicaux en question; **ou**
2. la date à laquelle notre service médical estime que vous êtes médicalement apte à voyager.

La garantie est automatiquement prolongée en cas d'hospitalisation pour cause d'urgence médicale, jusqu'à la première des éventualités suivantes :

1. cinq (5) jours à compter du congé de l'hôpital suivant une période d'hospitalisation; **ou**
2. la date à laquelle notre service médical estime que vous êtes médicalement apte à voyager.

POUR QUELLE(S) INDEMNITÉ(S) LA PLUPART DES GENS PRÉSENTENT-ILS UNE RÉCLAMATION?

1. Vous ou un membre de votre famille tombez malade ou subissez une blessure dont la gravité entraîne l'interruption du voyage.
2. La blessure ou la maladie de votre associé en affaires est si grave qu'il ne peut plus gérer l'entreprise, vous mettant ainsi dans l'obligation d'interrompre votre voyage pour assumer la gestion quotidienne de l'entreprise.

Si vous présentez une réclamation pour des raisons médicales, vous devez fournir une lettre ou une déclaration d'un médecin attestant que la maladie ou la blessure est si grave qu'elle vous empêche de poursuivre votre voyage.

3. La compagnie aérienne retarde ou annule le ou les vols pour lesquels l'assurance a été souscrite, en raison de conditions météorologiques qui vous empêchent d'atteindre votre destination.
4. Vous ou votre compagnon de voyage êtes directement impliqué dans, ou retardé par, un Accident automobile en vous rendant à l'aéroport ou à votre destination finale.
5. Vos bagages sont perdus, volés ou endommagés. En cas de réclamation pour vol de bagages, l'assuré devra fournir un rapport de police.

Au moment de la réclamation, tout article d'une valeur de 150 \$ ou plus doit être accompagné du ou des reçus originaux.

6. Parfois, les bagages n'arrivent pas au même aéroport que le passager. Il faut même parfois quelques jours avant que

les bagages ne soient réacheminés vers la destination du voyageur. Lorsque vous souscrivez à ce Régime, la couverture commence au moment où vous devez acheter des vêtements et des articles de toilette pour remplacer ceux qui se trouvaient dans vos bagages et qui sont nécessaires pour votre voyage.

Les reçus originaux doivent être présentés au moment de la réclamation pour obtenir un remboursement.

PROCÉDURES DE PRÉSENTATION D'UNE RÉCLAMATION ET PAIEMENT DES RÉCLAMATIONS

Une réclamation au titre de l'assurance voyage du Régime doit d'abord être présentée selon les modalités Sommaire des garanties, après quoi elle sera examinée et approuvée ou refusée en fonction de son bien-fondé.

Qui peut présenter une réclamation?

- L'assuré principal (la personne qui a souscrit la police);
- tout autre assuré ajouté par l'assuré principal dont le nom figure à la police; **ou**
- le représentant autorisé, tel qu'approuvé par écrit par l'assuré principal ou tout autre assuré, auprès du gestionnaire des réclamations.

Quand devez-vous déposer votre réclamation?

Soins médicaux d'urgence

Si vous présentez une réclamation au titre de cette garantie, vous devez :

- Dans la mesure du possible, contacter l'administrateur des réclamations avant d'obtenir des soins médicaux. Si vous ne pouvez pas contacter le gestionnaire des réclamations, vous devez demander à quelqu'un de l'appeler en votre nom; **ou**
- Si vous, ou quelqu'un en votre nom, n'avez pas pu contacter l'administrateur des réclamations, vous devez le faire au plus tard cinq (5) jours après votre retour de voyage.

Interruption de voyage et bagages

Si vous présentez une réclamation au titre de cette garantie, vous devez :

- contactez le gestionnaire des réclamations dès que cela est raisonnablement possible; **ou**
- au plus tard 30 jours après votre retour de voyage.

Pour soumettre une réclamation ou demander un formulaire de réclamation, appelez :

Numéros de téléphone d'assistance d'urgence 24 heures sur 24

Assistance Gestion Global Excel

- numéro sans frais **1-888-566-8028** si vous êtes au Canada ou dans la partie continentale des États-Unis
- à frais virés au **1-819-566-8028** si vous appelez d'un autre pays.

Assurez-vous d'utiliser les indicatifs de pays et régionaux.

Dans les 15 jours après la date de votre appel, le gestionnaire des réclamations vous enverra un formulaire de réclamation à vous ou à votre représentant autorisé. Ce formulaire devra être rempli et retourné au gestionnaire des réclamations afin que votre réclamation soit payée.

Le fait de ne pas fournir d'avis de réclamation ou de preuve de la perte dans le délai requis n'invalidera pas la réclamation :

- s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de fournir l'avis ou la preuve dans ce délai;
- si l'avis de réclamation ou la preuve de la perte est fourni(e) dès qu'il est raisonnablement possible de le faire; **et**
- si moins d'un (1) an s'est écoulé à compter de la date de l'événement pour lequel les indemnités sont réclamées.

Quelles informations devez-vous soumettre?

Le versement des indemnités au titre de cette assurance est subordonné à la communication de certaines informations par

l'assuré ou son représentant autorisé, afin de pouvoir déposer une réclamation.

Dans les 90 jours après la date à laquelle la personne assurée a vécu les circonstances qui ont donné lieu à la réclamation, l'assuré ou son représentant autorisé doit soumettre les informations suivantes au gestionnaire des réclamations :

- le formulaire de réclamation dûment rempli;
- une preuve écrite de la perte;
- les reçus originaux et les factures détaillées pour tous les frais engagés;
- la preuve que le coût total du voyage a été intégralement payé; **et**
- les documents originaux de tout remboursement reçu du transporteur public ou d'une autre entité;

Les documents suivants doivent également être présentés (le cas échéant) :

Bagages retardés :

- Une preuve du retard des bagages enregistrés par le transporteur public.
- Les reçus originaux et détaillés des articles essentiels que l'assuré a achetés.

Bagages perdus ou volés :

- Un rapport de police ou d'une autre autorité locale.
- Le rapport écrit au sujet de la perte ou des dommages.
- Une énumération et une description des objets volés ou endommagés et de leur valeur estimée.
- Une copie des reçus, des relevés de carte de crédit ou des spécimens de chèques pour les effets personnels ou les objets professionnels volés ou endommagés.
- Une estimation des réparations, le cas échéant.
- Une photo de l'objet endommagé, le cas échéant.
- Les conditions particulières de toute autre assurance applicable ou une déclaration notariée indiquant qu'un assuré n'a pas d'autre assurance.
- Une lettre de couverture ou de refus du transporteur, le cas échéant.
- Les reçus originaux ou les bordereaux de vente originaux de tous les articles réclamés au titre de la perte ou du vol de bagages démontrant que l'assuré était propriétaire des articles.

Retour inattendu dans votre province d'origine :

- Une copie de l'acte de Décès du membre de la famille immédiate de l'assuré.

Toutes les réclamations doivent être soumises à l'administrateur des réclamations au plus tard un (1) an après la date de la perte ou de l'événement assuré. Toute réclamation soumise après cette période pourrait ne pas être traitée et vous pourriez devoir assumer tous les frais de règlement.

Administration des réclamations : Une réclamation ne peut être examinée tant que nous n'avons pas reçu votre formulaire de réclamation dûment rempli et tous les documents à l'appui demandés.

Après examen de votre réclamation :

1. s'il est déterminé qu'il s'agit d'une réclamation payable, vous recevrez le paiement dans un délai de six (6) semaines;
2. s'il est établi que votre réclamation est refusée, vous recevrez un appel de Gestion Global Excel vous expliquant pourquoi votre réclamation n'est pas payable. Vous aurez la possibilité de soumettre des documents supplémentaires à l'appui de votre réclamation. Nous examinerons alors les informations supplémentaires et vous communiquerons une décision finale.

Si des documents manquent ou si votre formulaire de réclamation n'est pas dûment rempli, vous en serez informé, et le délai de paiement de votre réclamation sera prolongé.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Si vous n'êtes pas satisfait de la souscription de votre régime HSBC en cas d'urgence hors pays, vous pouvez consulter la Politique de règlement de plaintes de Compagnie d'assurance AIG du Canada au <https://www.aig.ca/fr/politique-de-reglement-de-plaintes>.

AVIS DE RÉOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE

AVIS DONNÉ PAR LE DISTRIBUTEUR

Article 440 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers (chapitre D-9.2)

LA LOI SUR LA DISTRIBUTION DE PRODUITS ET SERVICES FINANCIERS VOUS DONNE DES DROITS IMPORTANTS.

La Loi vous permet de mettre fin au contrat d'assurance, **sans pénalité**, dans les 10 jours suivant la date de la signature du contrat d'assurance. L'assureur peut toutefois vous accorder un délai plus long.

Pour mettre fin au contrat, vous devez donner à l'assureur, à l'intérieur de ce délai, un avis par poste recommandée ou par tout autre moyen vous permettant de recevoir un accusé de réception.

Malgré l'annulation du contrat d'assurance, le premier contrat conclu demeurera en vigueur. Attention, il est possible que vous perdiez des conditions avantageuses qui vous ont été consenties en raison de cette assurance; informez-vous auprès du distributeur ou consultez votre contrat.

Après l'expiration du délai applicable, vous avez la faculté d'annuler le contrat d'assurance en tout temps, mais des pénalités pourraient s'appliquer.

Pour de plus amples informations, communiquez avec l'Autorité des marchés financiers au 1-877-525-0337 ou visitez le <http://www.lautorite.qc.ca>.

AVIS DE RÉOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE

À :

(nom de l'assureur)

(adresse de l'assureur)

Date: _____

(date d'envoi de cet avis)

En vertu de l'article 441 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers,

j'annule le contrat d'assurance no: _____

(numéro du contrat s'il est indiqué)

conclu le: _____

(date de la signature du contrat)

à: _____

(lieu de la signature du contrat)

(nom du client)

(signature du client)

Régime en cas d'urgence hors pays

Code produit: 393210 P1 P2 P3 P4 08/08; 394210 P1 P2 04/09;
395210 P1 P2 04/09; 393250 P1 P2 P3 P4 08/08; 394250 P1 P2
04/09; 395250 P1 P2 04/09

En cas d'urgence, vous devez nous appeler immédiatement :

Pour la province de Québec:

- 1-888-566-8028 (des États-Unis et du Canada)
- 1-819-566-8028 (à frais virés de partout ailleurs)

Pour obtenir des renseignements d'ordre général,
composez le 1-888-566-8028

Pour toutes les autres provinces:

- 1-866-878-0192, (des États-Unis et du Canada)
- 1-416-646-3723 if (à frais virés de partout ailleurs)

Pour obtenir des renseignements d'ordre général,
composez le 1-866-878-0191

MISE EN GARDE : LA PRÉSENTE COUVERTURE COMPORTE DES GARANTIES RESTREINTES

- Le présent sommaire des garanties résume la couverture disponible aux personnes admissibles au titre de la police-cadre collective numéro [insérer le numéro] émise à la Banque HSBC Canada par La Cie d'assurance commerciale AIG du Canada.
- La couverture porte uniquement sur les sinistres survenus dans des circonstances à caractère urgent et imprévisible. Vous devez lire attentivement et comprendre le présent sommaire des garanties avant votre voyage, étant donné que votre couverture est assujettie à certaines restrictions et exclusions.
- Une clause d'exclusion des états préexistants s'applique aux problèmes de santé dont vous souffriez et/ou aux symptômes que vous présentiez avant votre voyage. En cas d'état préexistant votre couverture pourrait être limitée.
- En cas d'accident, de blessure ou de maladie, vos antécédents médicaux feront l'objet d'un examen dans le cadre d'une déclaration de sinistre.
- Vous êtes tenu de nous joindre aux fins d'approbation avant d'obtenir tout traitement. Votre défaut d'agir ainsi pourrait restreindre les prestations.
- La couverture sera déclarée nulle pour tout voyage à Cuba, vers Cuba ou passant par Cuba, car les sociétés affiliées de l'assureur aux États-Unis n'offrent aucun service et aucun soutien relativement à un tel voyage.

Veillez lire le présent sommaire des garanties attentivement avant votre voyage.

Veillez noter que les prestations ne sont pas toutes toujours payées d'avance. En cas de sinistre, veuillez communiquer avec nous pour obtenir de plus amples renseignements.

Toutes les dispositions du présent document sont importantes. Toutefois, vous devriez porter une attention particulière aux rubriques « Conditions » et « Exclusions ». Celles-ci pourraient restreindre les prestations qui vous sont payables.

En suivant les directives énoncées sous « Procédé de demande de règlement », vous pouvez accélérer le remboursement de vos frais admissibles.

Veillez prêter une attention particulière aux mots mis en italique dans les présentes. Nous accordons à chacun un sens bien précis qui est indiqué à la rubrique « Définitions ».

Le présent sommaire des garanties fournit des numéros de téléphone importants à composer en cas d'urgence avant de recevoir un traitement médical. Passez en revue vos documents d'assurance et gardez le présent sommaire des garanties à portée de main en voyage.

PAIEMENT D'INDEMNITÉS AUX FOURNISSEURS DE SOINS MÉDICAUX
Nous nous efforcerons dans la mesure du possible de payer directement les frais couverts.

La plupart des fournisseurs de soins médicaux acceptent un paiement direct de notre part, mais certains exigeront que vous les payiez directement. S'il nous est impossible d'effectuer un paiement direct, nous vous rembourserons les frais admissibles selon le principe des frais raisonnables et habituels.

Veillez noter que certaines indemnités sont remboursables après votre retour. Consultez le libellé du présent sommaire des garanties s'appliquant au régime que vous avez souscrit pour vérifier à quelles indemnités cette disposition s'applique.

Options offertes dans le cadre du régime en cas d'urgence hors pays :			
Régime	Assurance Soins médicaux d'urgence	Assurance Interruption de voyage	Assurance bagages
Régime en cas d'urgence hors pays Voyages multiples 10 jours	Oui	Oui	Oui
Régime en cas d'urgence hors pays Voyage unique	Oui	Oui	Oui

DÉFINITIONS

Par « **accident/accidental** », on entend un événement externe, soudain, inattendu, non intentionnel et imprévisible qui se produit durant un voyage assuré et qui, indépendamment de toute autre cause, entraîne une blessure.

Par « **administrateur autorisé** », on entend Travel Guard Canada, 120, boul. Bremner, bureau 2200, Toronto (Ontario) M5J 0A8.

Par « **âge** », « **âgé** », on entend votre âge à la date de votre demande d'adhésion.

Par « **alpinisme** », on entend l'ascension ou la descente d'une montagne qui exige l'utilisation d'un équipement spécialisé, notamment : piolets, relais, pitons, crampons, mousquetons et équipement d'ancrage pour l'ascension en premier de cordée ou en moulinette.

Par « **assuré** », on entend la ou les personnes désignée(s) comme « assuré » ou « **autre(s) assuré(s)** » sur le document de confirmation d'assurance.

Par « **assureur** », on entend Compagnie d'Assurance AIG du Canada.

Par « **autre(s) assuré(s)** », on entend la ou les personnes indiquées en tant que tels sur le document de confirmation de couverture.

Par « **blessure** », on entend une lésion corporelle accidentelle qui entraîne une perte non associée à une maladie ou à toute autre cause et qui se produit pendant que la présente couverture est en vigueur. La blessure doit être suffisamment grave pour inciter une personne raisonnablement prudente à consulter un médecin en vue d'obtenir un traitement médical.

Par « **compagnon de voyage** », on entend une personne qui vous accompagne en voyage, avec qui vous partagez l'hébergement ou le transport et qui a payé au préalable, avant le départ, l'hébergement et le transport en question. Cette définition peut s'appliquer à un maximum de six (6) personnes, (y compris l'assuré) pour un même voyage.

Par « **concours de vitesse** », on entend une activité organisée de nature compétitive où la vitesse constitue un facteur déterminant dans le résultat de l'événement.

Par « **conjoint** », on entend la personne à laquelle vous êtes légalement marié ou, en l'absence d'une telle personne, celle avec laquelle vous vivez depuis au moins douze (12) mois et que vous présentez publiquement comme votre conjoint, quel que soit son sexe.

Par « **date de commencement** » (applicable au régime Voyages Multiples uniquement), on entend la plus éloignée des dates suivantes.

- la date de votre demande d'adhésion; ou
- la date que vous indiquez comme votre date de commencement, en l'inscrivant sur votre demande d'adhésion en ligne ou obtenue d'un centre

d'appels, cette date ne pouvant être postérieure de plus de cent vingt (120) jours à la date de votre demande d'adhésion.

Par « **date de départ** », on entend la date de départ indiquée sur votre document de confirmation d'assurance (applicable au régime Voyage unique seulement).

Par « **date d'effet** », on entend :

- la date d'effet indiquée sur votre document de confirmation d'assurance si vous avez souscrit un régime Voyage unique; ou
- pour chaque voyage couvert, la date à laquelle vous quittez votre province ou territoire de résidence, si vous avez souscrit un régime Voyages multiples.

Par « **date d'expiration** », on entend :

Dans le cas du régime Voyage unique :

La plus rapprochée des dates suivantes :

- i. La date de votre retour à votre province ou territoire de résidence;
- ou
- ii. la date de retour indiquée dans votre plus récent document de confirmation d'assurance.

sauf s'il y a eu une prolongation automatique de la couverture ou une prolongation de police. En pareil cas, la date d'expiration est la plus rapprochée des dates suivantes :

- iii. La date de votre retour à votre province ou territoire de résidence;
- ou
- iv. La fin d'une période de prolongation de couverture déterminée conformément à la rubrique « Prolongation automatique de la couverture » ou à la rubrique « Prolongation de police » du présent sommaire des garanties.

Dans le cas du régime Voyages multiples :

Pour chaque voyage couvert, la plus rapprochée des dates suivantes :

- i. La date de votre retour à votre province ou territoire de résidence;
- ou
- ii. Dix (10) jours après vous ayez quitté votre province ou territoire de résidence pour entreprendre un voyage;

à moins d'une prolongation de couverture ou d'une garantie supplémentaire, en auquel cas la date d'expiration correspond à la plus rapprochée des dates suivantes :

- iii. La date de votre retour à votre province ou territoire de résidence;
- ou
- iv. La fin d'une période de prolongation de couverture déterminée conformément à la rubrique « Prolongation automatique de la couverture » ou à la rubrique « Garanties supplémentaires » du présent sommaire des garanties.

Par « **date de fin** », on entend le premier anniversaire de la date de commencement (applicable au régime Voyages multiples uniquement) comme il est indiqué dans votre document de confirmation d'assurance.

Par « **date de retour** », on entend la date de votre retour prévu à votre province ou territoire de résidence.

Par « **enfant(s)** », on entend un enfant ou des enfants à charge, célibataire(s), de sang ou adopté(s) de l'assuré ou un ou des enfants de son conjoint qui :

- est/sont âgé(s) de moins de vingt-et-un (21) ans;
- réside(nt) sous le même toit que vous et
- dépend(ent) de vous pour son/leur soutien.

Par « **état pathologique** » ou « problème de santé », on entend une blessure corporelle accidentelle ou une maladie ou encore un état associé à ladite blessure corporelle accidentelle ou maladie.

Par « **famille** », on entend vous et(ou) votre conjoint et(ou) vos enfants.

Par « **frais raisonnables et habituels** », on entend les frais engagés pour obtenir des services ou des fournitures de nature médicale approuvés et admissibles, qui ne dépassent pas les frais normaux exigés par d'autres fournisseurs de niveau comparable dans la même région géographique, relativement aux mêmes services et fournitures se rapportant à une maladie ou une blessure similaires.

Par « **franchise** », on entend le montant en dollars par assuré que celui-ci doit acquitter avant que nous payions ou remboursions toute autre partie des frais admissibles engagés pendant qu'il est couvert par la présente assurance. Plus d'une option de franchise peut exister au titre des présentes. Le montant de votre franchise, exprimé en dollars US, est indiqué dans votre demande d'adhésion à l'assurance et dans votre document de confirmation d'assurance.

Par « **garantie supplémentaire** » (applicable au régime Voyages multiples uniquement), on entend la couverture que vous souscrivez auprès de nous pour prolonger votre assurance au-delà de la période de dix (10) jours prévue aux présentes.

Par « **hôpital** », on entend un établissement de santé dûment autorisé à fournir des traitements médicaux, chirurgicaux et des services de diagnostic aux patients hospitalisés durant le stade aigu de leur maladie ou de leur blessure, qui est essentiellement consacré aux activités précitées et est exploité sous la supervision de médecins membres du personnel et offre en permanence les services d'un infirmier ou d'une infirmière autorisé(e). Le terme « hôpital » ne comprend pas un établissement ayant un permis d'exploiter un foyer pour personnes âgées, une maison de repos, une maison de soins infirmiers, un hôpital de convalescence, une station santé, un centre de réadaptation ou un établissement de traitement de l'abus de drogues ou d'alcool et(ou) de la toxicomanie ou de l'alcoolisme.

Par « **hospitalisation** » ou « **hospitalisé** », on entend : le fait que vous soyez admis à un hôpital et y receviez un traitement médical en tant que patient hospitalisé.

Par « **jour(s)** », on entend une période de vingt-quatre (24) heures consécutives.

Par « **maladie** », on entend une maladie ou un trouble corporel entraînant un sinistre après la date d'effet mais avant la date d'expiration. La maladie doit être suffisamment grave pour inciter une personne raisonnablement prudente à consulter un médecin aux fins d'obtenir un traitement médical.

Par « **médecin** », on entend un docteur en médecine autorisé par permis à prescrire et à administrer un traitement médical ou un chirurgien autorisé par permis à effectuer une opération chirurgicale et :

- qui possédait ainsi un permis d'exercer au moment du traitement et qui le possède toujours;
- dont le statut professionnel et juridique dans le territoire de compétence où le traitement a été prodigué équivaut à celui d'un docteur en médecine (M.D.) dûment autorisé à exercer dans toute province ou tout territoire du Canada et
- qui n'est pas un membre de la famille de l'assuré.

Par « **médicalement nécessaire** », on entend, lorsque cette expression s'applique à des services et des fournitures qu'ils :

- a. sont appropriés et compatibles avec le diagnostic compte tenu des bonnes pratiques reconnues dans la communauté médicale;
- b. ne sont pas de nature expérimentale ou exploratoire;
- c. ne peuvent être omis sans nuire à votre état de santé ou la qualité de vos soins médicaux;
- d. ne peuvent être retardés jusqu'à votre retour à votre province ou territoire de résidence; et
- e. sont fournis de la manière la plus économique possible, selon de niveau de soins le plus approprié et non essentiellement pour des raisons de commodité.

Par « **nous, notre, nos** », on entend Compagnie d'Assurance AIG du Canada, 120, boul. Bremner, bureau 2200, Toronto (Ontario) M5J 0A8.

Par « **professionnel** », on entend une personne engagée dans une activité particulière contre rémunération.

Par « **réurrence** », on entend l'apparition de symptômes causés par un problème de santé ou y étant reliés, ayant déjà été diagnostiqué par un médecin ou pour lequel un traitement a déjà été reçu.

Par « **stable ou stabilisé** », on entend un état pathologique ou une affection connexe (y compris un trouble cardiaque ou pulmonaire) pour lequel tous les énoncés suivants sont véridiques :

- aucun nouveau traitement ni médicament d'ordonnance n'a été prescrit;

- il n'y a eu aucun changement de traitement ou changement de médicament d'ordonnance, ni aucun changement de quantité, de fréquence ou de type de médicament pris ou de type et de fréquence du traitement reçu;
- aucun nouveau diagnostic, aucun symptôme n'est apparu ni aucune hausse dans la fréquence ou la sévérité des symptômes;
- les résultats de tests n'indiquent aucune détérioration de l'état de santé;
- Il n'y a eu aucune hospitalisation ou ni aucun renvoi à un spécialiste (effectué(e) ou recommandé(e)) et vous n'attendez pas de résultats d'investigations plus poussées.

Les modifications suivantes ne sont pas considérées comme étant un changement de traitement ou de médicament d'ordonnance :

- un rajustement de la dose médicamenteuse d'insuline ou de Coumadin que vous prenez présentement, à la condition qu'il ne s'agisse pas d'un médicament nouvellement prescrit ou cessé et qu'il n'y a eu aucun autre changement de votre état pathologique; et
- le remplacement d'un médicament de marque déposée par un médicament de marque générique (à la condition que la posologie reste la même).

Par « **traité** », on entend que vous avez été hospitalisé ou qu'on vous a prescrit un médicament (incluant prescrit au besoin), que vous avez pris ou que vous prenez actuellement un médicament.

Par « **traitement** », on entend un acte médical, thérapeutique ou diagnostique prescrit, effectué ou recommandé par un médecin, y compris, les médicaments d'ordonnance, l'hospitalisation, les tests d'investigation et la chirurgie.

Par « **traitement médical** » on entend toute intervention raisonnable de nature médicale, thérapeutique ou diagnostique qui est médicalement nécessaire et est prescrite par un médecin. Cette définition comprend également une hospitalisation, les tests d'investigation de base, les interventions chirurgicales, les médicaments d'ordonnance (y compris ceux qui sont prescrits au besoin) ou autre traitement directement lié à la maladie, à la blessure ou au symptôme.

Par « **transporteur public** », on entend un moyen de déplacement (autobus, taxi, train, bateau, avion ou autre véhicule) détenteur d'un permis pour le transport de passagers payants et qui est destiné et utilisé à cet usage.

Par « **urgence médicale** », on entend l'apparition imprévisible de symptômes d'une maladie ou d'une blessure survenant lors d'un voyage et nécessitant le traitement immédiat d'un médecin sans lequel le décès ou une dégradation grave de votre état de santé s'ensuivrait.

Par « **véhicule** », on entend, au titre de la garantie « Retour du véhicule », toute automobile privée ou de location ou une maison mobile. Sont exclus les remorques, les motocyclettes ou les véhicules remorqués.

Par « **vous, votre, vos** », on entend un client admissible de la Banque HSBC Canada qui a acquitté la prime requise, lorsque le paiement de la prime est accepté par nous et(ou) toute(s) autre(s) personne(s) indiquée(s) sous « autre(s) assuré(s) » sur le document de confirmation d'assurance, selon, dans chaque cas, ce que le contexte exige.

Par « **voyage** », on entend un voyage en dehors de votre province ou territoire de résidence qui commence :

- à votre date d'effet et dont la fin est prévue pour votre date de retour, au titre du régime Voyage unique; ou
- après votre date de commencement et se terminant avant la date de fin relativement au régime Voyages multiples.

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ENTENTE

Les présentes conditions générales de l'entente s'appliquent à toutes les garanties stipulées aux présentes.

Le sommaire des garanties est émis en contrepartie de votre demande d'adhésion et du paiement de la prime avant les dates de voyage à l'égard de la couverture indiquée sur le document de confirmation d'assurance où figure un numéro de certificat.

Les services de souscription, de collecte des primes, d'aide et des règlements sont assumés par notre administrateur autorisé.

Admissibilité à l'assurance

La couverture offerte par le régime Voyage unique est disponible uniquement si :

1. vous êtes un résident du Canada;
 2. vous êtes âgé de soixante (60) ans ou moins;
- et
3. vous êtes assuré en vertu d'un régime d'assurance-maladie gouvernemental (RAMG) d'une province ou d'un territoire pour toute la durée de votre voyage

L'assurance doit être souscrite avant votre date d'effet et avant votre date de départ en voyage comme l'indique votre document de confirmation d'assurance.

La couverture offerte par le régime Voyages multiples est disponible uniquement si :

1. vous êtes un résident du Canada;
2. vous êtes âgé de soixante-quatre (64) ans ou moins; et
3. vous êtes assuré en vertu d'un régime d'assurance-maladie gouvernemental (RAMG) d'une province ou d'un territoire pour toute la durée de chacun de vos voyages.

L'assurance doit être souscrite avant votre voyage. Nous nous réservons le droit de refuser une demande d'adhésion qui ne satisfait pas à nos exigences en matière d'admissibilité ou de garantie supplémentaire.

Les régimes Voyage unique et Voyages multiples s'appliquent dans le monde entier, à l'exception de ce qui suit :

- les pays en guerre ou les pays où l'instabilité ou l'hostilité politiques nous rendent le secteur inaccessible; et
- Cuba.

Vous pouvez communiquer avec nous avant votre départ pour confirmer la couverture à votre destination.

S'il se produit un changement de votre état de santé ou s'il ne demeure pas stable entre la date de votre demande d'assurance et votre date de départ (pour le régime Voyage unique) ou votre date de commencement (pour le régime Voyages multiples), vous devez revoir votre demande d'adhésion avec nous afin de nous permettre de réévaluer votre admissibilité à cette assurance. Si vous n'êtes plus admissible au taux que vous avez payé et si vous omettez de communiquer avec nous, votre demande de règlement sera refusée, votre couverture sera déclarée nulle et non avenue et la prime que vous avez payée vous sera remboursée.

Admissibilité à la couverture familiale

La couverture familiale est disponible, dans les circonstances indiquées ci-dessous, pour les personnes qui voyagent avec leur conjoint et(ou) leurs enfants.

1. La personne la plus âgée à assurer a moins de cinquante-neuf (59) ans;
2. Les autres assurés répondent à la définition de conjoint et(ou) d'enfants.

Si vous êtes admissible à la couverture familiale, vous devez payer nos taux familiaux permettant de couvrir jusqu'à deux adultes et cinq (5) enfants.

Prolongation automatique de la couverture

La couverture sera automatiquement prolongée sans prime supplémentaire lorsque vous nous avisez que votre retour à votre point de départ est retardé au-delà de votre date de retour prévue uniquement pour les raisons suivantes :

- a. si vous ne pouvez pas compléter votre voyage à votre date de retour en raison du retard d'un transporteur public à bord duquel vous avez une place réservée, votre couverture sera prolongée automatiquement pendant la période de retard jusqu'à concurrence de soixante-douze (72) heures après votre date de retour prévue; ou
- b. si vous ne pouvez pas compléter votre voyage à votre date de retour par suite d'un accident ou d'une panne mécanique du moyen de transport personnel à bord duquel vous voyagez, votre couverture sera prolongée automatiquement pendant la période de retard jusqu'à concurrence de soixante-douze (72) heures après votre date de retour prévue; ou
- c. Si vous ou votre compagnon de voyage êtes retardé au-delà de votre date de retour en raison d'un problème de santé et si vous n'êtes pas médicalement apte à voyager, mais n'êtes pas hospitalisé, votre

couverture sera prolongée automatiquement pendant la durée du retard jusqu'à concurrence de cinq (5) jours après votre date d'expiration.

Vous devez nous fournir une preuve attestant la raison de votre retard si vous présentez une demande de règlement.

La couverture est prolongée automatiquement si vous avez besoin d'un traitement médical par suite d'une urgence médicale au cours d'un voyage jusqu'à ce que survienne l'une des éventualités suivantes :

- (i) soixante-douze (72) heures à compter du traitement médical en question; ou
- (ii) la date à laquelle notre service médical estime que vous êtes médicalement apte à voyager.

La couverture est également prolongée automatiquement si vous êtes hospitalisé par suite d'une urgence médicale, jusqu'à ce que survienne l'une des éventualités suivantes :

- (i) cinq (5) jours à compter du congé de l'hôpital suivant une période d'hospitalisation; ou
- (ii) la date à laquelle notre service médical estime que vous êtes médicalement apte à voyager.

Cette garantie n'inclut pas les coûts associés aux dispositions de changement de réservation de vol, sauf en cas de rapatriement d'urgence par suite de votre maladie ou de votre blessure, sous réserve de l'approbation préalable de notre service médical.

Les frais engagés ou les pertes subies plus de trois cent soixante-cinq (365) jours à compter de votre date d'effet ne sont pas couverts.

Prolongations de police (régime Voyage unique seulement)

Sous réserve de votre souscription du régime Voyage unique, si vous avez besoin d'une période de couverture plus longue une fois que vous avez entrepris votre voyage, vous pouvez faire une demande de prolongation de police. Vous devez soumettre une demande et obtenir notre approbation avant votre date de retour prévue et payer une prime supplémentaire. Aux fins d'une demande de prolongation de police, vous devez être en bonne santé et ne pas avoir d'état pathologique pour lequel une intervention chirurgicale ou une hospitalisation est prévue. Aucune prolongation de police n'est accordée si un sinistre est survenu. Pour présenter une demande de prolongation de police, veuillez nous appeler au numéro indiqué à la première page du présent sommaire des garanties.

Exclusion à la prolongation de police :

Si vous faites une demande de prolongation de police et si nous l'approuvons, ladite prolongation ne couvre pas les frais résultant directement ou indirectement de toute maladie ou de toute blessure qui s'est d'abord manifestée, a été diagnostiquée ou a fait l'objet d'un traitement médical après votre date de départ prévue et avant la souscription de la prolongation de police, et elle ne prévoit pas de services ou de versement d'indemnités relativement à ceux-ci.

Garantie supplémentaire (Régime Voyages multiples uniquement) Sous réserve de votre souscription du régime Voyages Multiples, dans le cas où vous savez que la durée de votre voyage sera plus longue qu'une période de dix (10) jours, la garantie supplémentaire peut être ajoutée pour couvrir le nombre total de jours de voyage à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence excédant dix (10) jours.

Exclusion à la garantie supplémentaire

Au titre de la garantie supplémentaire, nous ne couvrons pas les frais résultant directement ou indirectement de toute maladie ou de toute blessure qui s'est d'abord manifestée, a été diagnostiquée ou a fait l'objet d'un traitement médical avant la souscription de la garantie supplémentaire et nous ne prévoyons pas de services ou de versement d'indemnités relativement à ceux-ci.

Annulations et remboursements

Vous devez faire toutes demandes de remboursement par écrit. Des frais administratifs de 25 \$ CA seront déduits de tous les montants de remboursement.

Nous verserons les remboursements complets, déduction faite de nos frais administratifs, sous réserve de ce qui suit :

- la couverture n'a pas encore commencé, si vous avez souscrit un régime Voyage unique; ou
- la demande est faite au plus tard dix (10) jours après la date de commencement et avant tout départ en voyage, si vous avez souscrit un régime Voyages multiples.

Nous verserons des remboursements partiels, moins nos frais administratifs, si vous avez souscrit le régime en cas d'urgence hors pays Voyage unique et si votre retour a lieu avant votre date de retour prévue, compte d'une preuve d'un retour précoce (p.ex. tampon des services de douane ou d'immigration, reçus de postes d'essence). Aucun remboursement partiel n'est offert par le régime Voyages multiples.

Paiement des indemnités

Tous les versements prévus au titre de la présente couverture sont payables à vous ou pour votre compte.

Les paiements des prestations en cas de perte de la vie sont versés à votre succession sauf en cas de désignation par écrit d'un autre bénéficiaire, laquelle se trouve dans nos dossiers, ou si vous êtes d'un enfant, la prestation de décès est payable en parts égales à ceux de vos parents qui sont désignés en tant qu'assuré ou autre assuré au titre du présent sommaire des garanties. Toutes les demandes de règlement sont payables en monnaie du Canada. Là où les sinistres couverts sont facturés en devises étrangères, le taux de change est celui en vigueur à la date où nous payons l'indemnité. Aucune somme payable ne porte intérêts. Toutes les limites de prestation et tous les autres montants exprimés dans le présent sommaire des garanties le sont en monnaie canadienne.

Droits de subrogation

Si vous engagez des frais couverts dont un tiers a suscité la survenance, nous nous réservons le droit d'entreprendre, en votre nom mais à nos frais, contre cette tierce partie responsable des recours à l'égard de toutes les prestations que nous vous versons ou payons en votre nom en vertu des présentes. Vous devrez prendre toutes les mesures raisonnables pour protéger et faire progresser notre recours contre cette tierce partie. Ainsi, vous devez nous tenir au courant de toutes poursuites en justice intentées contre cette tierce partie et de toutes négociations de règlement avec elle, vous devez également présenter une réclamation en notre nom dans le cadre de ces poursuites en justice et négociations et vous ne devez pas accepter le règlement de votre réclamation sans nous permettre d'abord d'entamer ou de poursuivre une action en justice en votre nom contre cette tierce partie relativement à des indemnités que nous avons payées ou allons payer. Tout règlement doit d'abord servir à couvrir les dépenses que nous avons payées en votre nom.

Coordination des prestations

La couverture décrite dans le présent sommaire des garanties se fonde sur le principe du dernier payeur. Si, au moment du sinistre, vous détenez une assurance d'une autre source, ou si une tierce partie est aussi responsable à l'égard du paiement de prestations également prévues au présentes, nous paierons uniquement les frais admissibles en excédent de ceux couverts par cet autre assureur ou cet autre tiers responsable, incluant les régimes d'assurance fournis avec les cartes de crédit, les assurances responsabilité civile, un contrat ou régime d'assurance maladie de base ou complémentaire, collectif ou individuel, y compris tout régime d'assurance automobile, privé ou d'une province ou d'un territoire, fournissant une protection contre les frais d'hospitalisation, de soins médicaux ou thérapeutiques, ou toute autre assurance responsabilité civile en vigueur simultanément avec les présentes.

Toutefois, en aucun cas nous ne tenterons d'obtenir un recouvrement contre tout régime relié à l'emploi si le plafond viager pour toutes les prestations à l'intérieur ou à l'extérieur du pays est de 50 000 \$ CA ou moins. Nous appliquerons la coordination des prestations uniquement si votre plafond viager maximal excède cette somme.

Déclaration trompeuse et non-divulgateion

Votre demande d'adhésion à l'assurance y compris toute déclaration médicale, le cas échéant, est un élément essentiel à notre évaluation du risque et constitue la base et une partie intégrante du contrat d'assurance. Toute réponse erronée qui y est donnée constitue une fausse déclaration ou une dissimulation des faits en rapport avec un élément essentiel du contrat d'assurance, ce qui rend votre assurance annulable. En pareil cas, nous ne paierons aucune demande de règlement et vous devrez assumer tous les frais associés à votre demande de règlement, y compris les frais de rapatriement. Votre couverture intégrale sera annulable si nous déterminons, avant ou après la survenance d'un sinistre, que vous avez dissimulé ou omis de divulguer un fait important ou une circonstance essentielle se rapportant à la présente couverture ou à votre intérêt dans celle-ci, ou si vous refusez de divulguer

des renseignements ou de permettre l'utilisation de ces renseignements, relativement à l'un des assurés.

Loi applicable

La présente couverture est régie par la législation de la province ou du territoire de résidence au Canada de l'assuré au moment de sa proposition d'assurance. Toute poursuite en justice intentée par l'assuré, ses héritiers, ses ayants droit ou cessionnaires devra être déposée devant les tribunaux de la province ou du territoire du Canada où l'assuré résidait au moment de sa demande d'assurance.

OBJET DE L'ASSURANCE

La prime requise est échue et payable au moment de la demande d'adhésion et elle sera établie conformément au barème des taux de primes alors en vigueur.

La couverture est nulle et non avenue si la prime n'est pas reçue, si un chèque n'est pas honoré pour quelque raison que ce soit, si les frais imputés à un compte de crédit sont refusés ou s'il n'existe aucune preuve de votre paiement.

En acquittant la prime de la présente assurance, vous nous accordez ainsi qu'à nos représentants autorisés :

- a. votre consentement aux fins de vérifier votre numéro de carte d'assurance-maladie et tout autre renseignement nécessaire pour traiter votre demande de règlement auprès des autorités gouvernementales pertinentes et autres;
- b. votre autorisation de demander à des médecins, hôpitaux et autres fournisseurs de soins médicaux de nous fournir tous les renseignements qu'ils possèdent à votre sujet pendant que vous êtes en observation ou sous traitement, y compris vos antécédents médicaux, diagnostics et résultats d'examens et d'analyses;
- c. votre consentement à la divulgation de renseignements disponibles en vertu des alinéas a. et b. ci-dessus et d'autres sources, comme il peut être nécessaire pour le traitement de votre demande d'indemnités; et
- d. le droit de recueillir de vous tout montant que nous avons payé en votre nom à des fournisseurs de soins médicaux ou à toute autre partie dans le cas où il est établi que vous n'êtes pas admissible à la couverture ou que votre demande de règlement est invalide ou que les prestations sont réduites conformément aux dispositions du présent sommaire des garanties.

Si nous payons votre fournisseur de soins de santé ou si nous remboursons des frais couverts, nous tenterons d'en obtenir le remboursement du régime d'assurance-maladie gouvernemental (RAMG) de votre province ou territoire au Canada et de tout autre régime de remboursement de frais médicaux en vertu duquel vous pourriez bénéficier d'une couverture. Vous ne pouvez demander un règlement ou recevoir un montant global supérieur à 100 % du total de vos frais couverts.

AVIS À L'ASSUREUR

Vous devez communiquer avec le centre d'assistance permanente dès la première manifestation de symptômes d'une urgence médicale et avant d'obtenir des soins médicaux. Si vous en êtes empêché en raison de votre incapacité médicale, vous devez demander à quelqu'un d'autre de le faire pour vous ou il vous faut appeler dès qu'il vous est médicalement possible de le faire.

Pour la province de Québec:

- 1-888-566-8028 (des États-Unis et du Canada)
- 1-819-566-8028 (à frais virés de partout ailleurs)

Pour toutes les autres provinces:

- 1-866-878-0192 (des États-Unis et du Canada)
- 1-416-646-3723 (à frais virés de partout ailleurs)

Le défaut de nous aviser immédiatement limitera les prestations payables en vertu de votre couverture. Veuillez consulter la rubrique intitulée « Conditions » du présent sommaire des garanties.

L'assuré ou un bénéficiaire ayant droit de présenter une demande de règlement, ou l'agent de l'une de ces personnes doit nous donner un avis de sinistre par écrit au plus tard trente (30) jours suivant la date de la survenance du sinistre à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une blessure. Le défaut de donner avis dans le délai prescrit pourrait invalider votre demande de règlement.

AVIS :

1. Nous paierons directement aux hôpitaux, aux médecins et aux autres fournisseurs de soins médicaux les frais couverts, en autant que possible. Lorsqu'un paiement direct ne peut être effectué, nous rembourserons les frais admissibles selon le principe des frais raisonnables et habituels. Les autres frais admissibles seront remboursés à votre retour.
2. Si vous payez directement les frais d'un fournisseur de soins de santé sans obtenir notre approbation préalable, ces frais vous seront remboursés en fonction des frais raisonnables et habituels que nous aurions payés directement au fournisseur en question. Les frais médicaux que vous acquittez pourraient être supérieurs à ce montant. Vous devrez donc assumer toute différence entre le montant que vous payez et les frais raisonnables et habituels que nous remboursons.

Pourquoi vous devez nous aviser.

Vous pourriez recevoir un traitement médical ou des services qui ne sont pas médicalement nécessaires. Si vous nous appelez d'abord, les dépenses qui ne sont pas médicalement nécessaires pourraient être évitées.

Nous allons :

- recommander un médecin ou un hôpital approprié à votre destination de voyage, en autant que possible;
- surveiller la situation et prendre des mesures raisonnables pour favoriser l'administration d'un traitement médicalement nécessaire et fournir une assistance en rapport avec vos besoins médicaux;

- communiquer avec votre famille et votre médecin pour vous;
- payer les hôpitaux, les médecins et autres fournisseurs de soins médicaux directement, en autant que possible;
- approuver et organiser le transport par ambulance aérienne lorsqu'il est médicalement nécessaire;
- fournir des services d'interprètes multilingues pour communiquer avec les médecins et les hôpitaux.

RÉGIME VOYAGE UNIQUE

Le régime Voyage unique prévoit une couverture pour un seul voyage et il doit être souscrit avant le départ. La durée maximale d'un voyage assurable au titre d'un régime Voyage unique, y compris toute(s) prolongation(s) de police demandée(s), est de cent quatre-vingt-deux (182) jours [deux cent douze (212) jours si vous êtes un résident de l'Ontario ou de Terre-Neuve]. Votre couverture au titre de ce régime prend fin à la date de votre retour dans votre province ou territoire de résidence ou à la date d'expiration indiquée dans votre document de confirmation d'assurance.

RÉGIME VOYAGES MULTIPLES

Le régime Voyages multiples couvre tout nombre de voyages d'une durée maximale de dix (10) jours commençant après la date de commencement et se terminant avant la date de fin pour les voyages en dehors de votre province ou territoire de résidence, sous réserve que le nombre total de jours de voyage entre la date de commencement et la date de fin, y compris toute(s) garantie(s) supplémentaire(s) demandée(s), ne dépasse pas cent quatre-vingt-deux (182) jours [deux cent douze (212) jours si vous êtes un résident de l'Ontario ou de Terre-Neuve].

La couverture commence à votre date d'effet et elle prend fin à votre date d'expiration. Les voyages individuels doivent être séparés par un retour d'une nuitée à votre province ou territoire de résidence. Vous n'êtes pas tenu de fournir un avis préalable de la date de départ et de la date de retour de chaque voyage. Toutefois, vous devrez fournir une preuve de votre date de départ de votre province ou territoire de résidence et de votre date de retour lorsque vous ferez une déclaration de sinistre (p.ex. billets d'avion, tampon des services de douane ou d'immigration ou autre reçu).

RISQUES ASSURÉS – ASSURANCE MÉDICALE D'URGENCE

Si vous avez choisi le régime en cas d'urgence hors pays Voyages multiples dix (10) jours ou le régime en cas d'urgence hors pays Voyage unique, la présente assurance prévoit le paiement des frais raisonnables et habituels pour les prestations indiquées ci-dessous que vous engagez pour le traitement médical d'urgence d'une maladie ou d'une blessure inattendue et imprévue survenant en dehors de votre province ou territoire de résidence durant un voyage. Ces frais doivent être en excédent de ceux remboursables conformément au régime d'assurance-maladie gouvernemental (RAMG) de votre province ou territoire de résidence et tout autre contrat d'assurance (collectif ou individuel) qui vous donne droit à des prestations.

PRESTATIONS

Les prestations suivantes sont payables jusqu'à concurrence de 2 millions de dollars CA par assuré pour autant qu'il s'agisse de services liés à une urgence médicale et qui sont inattendus et imprévus et médicalement nécessaires conformément aux modalités du présent sommaire des garanties. À moins d'indication contraire, tous les montants maximums indiqués aux présentes s'appliquent par assuré.

1. traitement médical d'urgence :

- a. hospitalisation jusqu'à concurrence du tarif d'une chambre à deux lits (ou séjour dans une unité de soins intensifs ou de soins coronariens lorsqu'il est médicalement nécessaire). Si la couverture expire durant votre hospitalisation, il existe une prolongation d'assurance pour une période maximale de trois cent soixante-cinq (365) jours ou jusqu'à ce que vous soyez médicalement apte à voyager, de l'avis de notre service médical, selon l'événement le plus rapproché. Veuillez consulter la rubrique intitulée « Prolongation automatique de la couverture » du présent sommaire des garanties;
- b. honoraires de médecin;
- c. analyses de laboratoires et radiographies prescrites par le médecin traitant et approuvées au préalable par nous. Les imageries par résonance magnétique (IRM), les cathétérismes cardiaques, les tomodensitogrammes, les échogrammes, les échographies ou les biopsies ne sont pas couverts à moins que ces services aient été approuvés par nous au préalable.
- d. soins infirmiers privés (mais non fournis par un membre de la parenté) durant l'hospitalisation lorsque ces soins sont prescrits par le médecin traitant, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ CA, si nous les approuvons au préalable;
- e. service ambulancier terrestre local, détenteur d'un permis, pour se rendre à l'hôpital ou chez le médecin ou le fournisseur de services médicaux le plus proche en cas d'urgence médicale (couvre également les frais de taxi local au lieu de service ambulancier terrestre lorsqu'une ambulance n'est pas médicalement nécessaire);
- f. médicaments nécessitant une ordonnance d'un médecin, sous réserve d'un approvisionnement de trente (30) jours par ordonnance, sauf si vous êtes hospitalisé, mais excluant les médicaments nécessaires en vue de stabiliser un état pathologique chronique. Pour présenter une demande de règlement, vous devez fournir les reçus originaux émis par le pharmacien, le médecin ou l'hôpital, indiquant le coût total, le numéro d'ordonnance, le nom du médicament, la quantité, la date et le nom du médecin prescripteur;
- g. plâtres, attelles, bandages herniaires, appareils orthopédiques, béquilles, location d'un fauteuil roulant ou d'autres appareils médicaux mineurs lorsque cet équipement est prescrit par un médecin et que nous l'approuvons au préalable; et
- h. Traitement prodigué par un podologue, un chiropraticien, un ostéopathe, un physiothérapeute ou un podiatre (autre qu'un membre de la parenté), y compris les radiographies, d'une valeur combinée maximale de 400 \$ CA, si nous l'avons approuvé au préalable.

2. Frais dentaires d'urgence :

Remboursement de :

- a. traitement dentaire d'urgence au lieu de destination du voyage, nécessaire pour réparer ou remplacer des dents naturelles ou des prothèses fixes qui font l'objet d'une blessure durant votre voyage par suite d'un coup accidentel reçu au visage, à la condition que vous consultiez un médecin ou un dentiste immédiatement après avoir subi la blessure;
- b. traitement d'urgence nécessaire comme il est décrit ci-dessus à l'alinéa a. ci-dessus, qui doit être poursuivi à votre retour dans votre province ou territoire de résidence; toutefois, le traitement doit être terminé dans les quatre-dix (90) jours suivant la date de l'accident, sous réserve d'un maximum de 5 000 \$ CA; et
- c. autre traitement dentaire d'urgence (excluant un traitement de canal), survenant lorsque vous vous trouvez à une distance d'au moins quatre cent kilomètres de votre province ou territoire de résidence, sous réserve d'un maximum de 300 \$ CA.

Lorsque vous présentez une demande de règlement au titre des alinéas a. ou b. ci-dessus, vous devez fournir un rapport d'accident émis par le médecin ou le dentiste.

3. Retour du véhicule :

Lorsque que nous les avons approuvés au préalable :

- a. les frais raisonnables engagés pour le retour de votre véhicule dans le cas où vous seriez atteint d'une incapacité médicale ou seriez hospitalisé; ou
- b. rapatriement de l'assuré si son véhicule est volé ou en panne par suite d'un accident.

4. Transport de la famille :

Lorsque nous l'approuvons au préalable :

- a. un billet d'avion aller-retour en classe économique pour un membre de la famille ou un proche qui doit se rendre à votre chevet à l'hôpital (selon la recommandation du médecin traitant) sous réserve d'une hospitalisation d'au moins sept (7) jours.

La personne qui se rend à votre chevet sera réputée être un assuré en vertu des présentes, à condition qu'elle réponde autrement aux exigences d'admissibilité stipulées à la rubrique « Admissibilité à la couverture » du présent sommaire des garanties. Cette personne sera couverte à compter du moment où elle quitte sa province ou son territoire de résidence pour se rendre à votre chevet et jusqu'à ce qu'elle retourne à sa province ou son territoire après avoir quitté votre chevet ou pour une période de sept (7) jours à compter du départ de cette personne de sa province ou de son territoire de résidence pour se rendre à votre chevet, selon ce qui survient en premier. Nous rembourserons les frais de subsistance raisonnables engagés aux fins d'hébergement commercial, de repas, de frais essentiels de taxi et d'appels téléphoniques du membre de la famille ou du proche, jusqu'à concurrence de 2 000 \$ CA, compte tenu d'une limite de 200 \$ CA par jour. Pour

obtenir un remboursement, vous devez fournir les reçus originaux émis par les organismes commerciaux.

5. Rapatriement médical :

Sous réserve de notre approbation et de nos arrangements préalables:

- a. jusqu'à concurrence du tarif d'un billet d'avion en aller simple en classe économique jusqu'à votre province ou territoire de résidence; ou
- b. le tarif applicable aux places d'avion supplémentaires nécessaires à une civière lors de votre retour à votre province ou territoire de résidence; ou
- c. lorsque qu'elle est médicalement nécessaire, une évacuation médicale par air jusqu'à l'hôpital approprié le plus proche ou jusqu'à un hôpital de votre province ou territoire de résidence, lorsque le médecin traitant et notre service médical recommandent votre transport aux fins d'obtenir un traitement médical immédiat;
- d. rapatriement au point de départ en classe économique d'un (1) compagnon de voyage ou d'un (1) membre de la famille dans le cas de votre rapatriement médical; et
- e. jusqu'à concurrence de 1 500 \$ CA de frais de subsistance, sous réserve d'une indemnité de 150 \$ CA par jour; nous prendrons également en charge les frais d'hébergement commercial, de repas, les frais essentiels de taxi et d'appels téléphoniques de votre compagnon de voyage ou du membre de la famille si vous êtes déplacé à un lieu autre que votre point de départ. Pour présenter une demande de règlement, vous devez fournir les reçus originaux émis par les organismes commerciaux.

6. Accompagnateur médical qualifié :

Frais engagés pour qu'un accompagnateur médical qualifié (autre qu'un membre de la parenté) vous accompagne jusqu'à votre province ou territoire de résidence lorsque le médecin traitant le recommande et que nous l'avons approuvé et arrangé au préalable. Ceci couvre un billet d'avion aller-retour en classe économique, l'hébergement d'une nuitée et les repas (s'il y a lieu).

7. Accompagnement d'enfants :

Lorsque nous l'avons approuvé au préalable et nous avons pris les arrangements en ce sens, dans le cas du rapatriement médical ou de l'hospitalisation d'un parent assuré (père ou mère) ou d'un tuteur légal (présent en voyage) :

- a. organisation, accompagnement et paiement jusqu'à concurrence du coût d'un billet d'avion en aller simple en classe économique pour le retour d'enfants qui sont âgés de moins de seize (16) ans; ou
- b. remboursement jusqu'à concurrence de 1 000 \$ CA pour les services d'un prestataire de soins (autre qu'un membre de la parenté) que vous avez contracté pour s'occuper de vos enfants âgés de moins de seize (16) ans.

8. Retour à la destination de voyage :

Lorsque notre service médical l'approuve au préalable :

- a. le coût d'un billet d'avion aller-simple en classe économique, pour que vous retourniez à votre destination de voyage prévue après votre retour à votre province ou territoire de résidence pour y recevoir un traitement

médical immédiat, si que votre médecin traitant détermine que vous n'avez plus besoin de traitement en rapport avec votre urgence médicale. Une fois de retour à votre destination de voyage, aucune récurrence de la maladie ou de la blessure qui a causé l'urgence médicale initiale ne sera couverte, ni tout problème ou toute complication s'y rapportant.

9. Décès :

Remboursement de ce qui suit :

- a. les frais réels engagés pour le retour de l'assuré décédé dans le contenant normal du transporteur public jusqu'au point de départ prévu, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ CA pour la préparation de la dépouille et le coût du contenant de transport normal du transporteur public; ou
 - b. les frais réels engagés pour le retour de la dépouille mortelle de l'assuré jusqu'au point de départ prévu, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ CA pour son incinération; ou
 - c. un maximum de 5 000 \$ CA pour l'inhumation au lieu du décès;
- et
- d. sous réserve de notre approbation préalable, le transport aller- retour d'un membre de la famille ou d'un proche devant aller identifier la dépouille de l'assuré. La personne qui va identifier la dépouille sera couverte selon les mêmes modalités que celles prévues à votre assurance médicale d'urgence, jusqu'à un maximum de trois (3) jours. Nous rembourserons les frais de subsistance raisonnables engagés aux fins d'hébergement commercial, de repas, de frais essentiels de taxi et d'appels téléphoniques du membre de la famille ou du proche dont la présence est requise, jusqu'à concurrence de 600 \$ CA, compte tenu d'une limite de 200 \$ CA par jour. Pour obtenir un remboursement, vous devez fournir les reçus originaux émis par les organismes commerciaux.

RISQUES ASSURÉS – ASSURANCE INTERRUPTION DE VOYAGE

Si vous avez choisi le régime en cas d'urgence hors pays Voyages multiples dix (10) jours ou le régime en cas d'urgence hors pays Voyage unique, la présente assurance prévoit le paiement des frais raisonnables et habituels pour les prestations indiquées ci-dessous que vous engagez en cas d'interruption de voyage en raison d'un risque couvert survenant à votre date d'effet ou après cette date et à la date à laquelle votre assurance prend fin ou avant cette date. Ces frais doivent être en excédent de ceux remboursables conformément à un autre contrat d'assurance ou un régime d'assurance-maladie (collectif ou individuel) qui vous donne droit à des prestations.

PRESTATIONS

Les prestations suivantes sont assujetties à un maximum global de 5 000 \$ par assurée pour autant qu'il s'agisse de frais liés à un risque couvert en raison d'une interruption de voyage et qu'ils soient inattendus et imprévus. À moins d'indication contraire, tous les montants maximums indiqués au présent sommaire des garanties s'appliquent par assuré.

1. Trip Interruption Covered Risks

- a. États pathologiques et décès : Une blessure ou une maladie dont vous ou un membre de votre famille êtes atteint ou l'hospitalisation pour une nuitée ou le décès d'un membre de votre parenté.
- b. Avis aux voyageurs : Une recommandation de report de voyage est émise par le ministère canadien des Affaires étrangères et du Commerce international ou par Santé Canada informant les Canadiens de ne pas se rendre dans un pays, une région, ou une ville spécifiquement désigné comme destination dans votre itinéraire du voyage assuré .
- c. Changement relatif à l'emploi : Vous perdez un emploi permanent en raison d'une mise à pied ou d'un renvoi injustifié (ne s'applique pas aux travailleurs autonomes ou au travail contractuel); ou votre employeur procède à un transfert du lieu de travail qui requiert le déménagement de votre résidence principale.
- d. Catastrophe naturelle au lieu de résidence ou de destination : Vous ne pouvez pas occuper votre résidence principale ou votre logement de vacances en raison d'une catastrophe naturelle.
- e. Obligation légale : Vous êtes assigné comme juré; êtes convoqué comme témoin ou êtes contraint d'être défendeur dans une poursuite.
- f. Quarantaine : Vous êtes mis en quarantaine durant votre voyage.
- g. Correspondance manquée : Vous manquez une correspondance en raison du retard d'un transporteur public, lorsque le retard est causé par une défaillance mécanique, du mauvais temps, un accident de la circulation, une urgence, un changement d'horaire ou une éruption volcanique. Le transporteur public doit être censé arriver au moins deux heures avant l'heure de votre départ suivant.
- h. Ouragan nommé : Vous vous trouvez au lieu de votre où l'on s'attend à ce la trajectoire d'un ouragan nommé et prévu par l'Organisation météorologique mondiale passe en plein sur votre chemin dans les prochaines 24 heures.

Si vous subissez une interruption de voyage en raison de la réalisation d'un risque couvert par l'assurance annulation de voyage, nous couvrons:

1. La partie non remboursable et non utilisable des arrangements de voyage que vous avez payés à l'avance (sauf vos frais de transport de retour prépayés et non utilisés); ET a. les frais supplémentaires de transport que vous engagez pour votre retour à votre province ou territoire de résidence, selon l'itinéraire le plus économique; OU
b. votre transport en classe économique (ou les frais de changements applicables) selon l'itinéraire le plus économique jusqu'à votre prochaine destination.
2. Une allocation de subsistance jusqu'à concurrence de 150 \$ CA par jour, par Assuré, sous réserve d'un maximum global de 1 500 \$ CA par assuré et de 3 000 \$ par famille, pour les frais d'hébergement commercial et de repas et les frais essentiels de taxis et d'appels téléphoniques. Dans le cadre d'une demande de règlement, vous devez fournir les reçus originaux des entreprises commerciales

RISQUES ASSURÉS – GARANTIE BAGAGES ET EFFETS PERSONNELS Si vous avez choisi le régime en cas d'urgence hors pays Voyages Multiples ou le régime en cas d'urgence hors pays Voyage unique, la présente assurance prévoit le paiement des frais raisonnables et habituels liés aux prestations décrites ci-dessous que vous engagez par suite de la perte physique directe ou de l'endommagement des bagages et des effets personnels que vous possédez et utilisez au cours de votre voyage à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence. Ces frais doivent être en excédent de ceux remboursables conformément à un autre contrat d'assurance ou un régime d'assurance-maladie (collectif ou individuel) qui vous donne droit à des prestations.

PRESTATIONS

Les prestations suivantes sont assujetties à un maximum global de 2 000 \$ par famille, par voyage, pour autant qu'il s'agisse de pertes inattendues et imprévues.

1. Perte ou endommagement de bagages et d'effets personnels: Indemnisation de vos pertes jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par voyage, sous réserve d'un maximum de 500 \$ par article particulier ou par ensemble d'articles associés (des articles achetés pour être utilisés ensemble et qui le sont généralement). Les remboursements se font en fonction de la valeur dépréciée des articles perdus ou endommagés. Le remboursement à l'égard d'un ensemble complet d'articles s'applique uniquement si tous les articles sont perdus ou endommagés, sinon le remboursement porte spécifiquement sur l'article touché de l'ensemble.
2. Retard de bagages ou d'effets personnels: Nous couvrons jusqu'à 400 \$ de frais de remplacement d'articles de toilette et de vêtements nécessaires en cas d'un retard de plus de 12 heures dans la livraison des bagages que vous avez enregistrés auprès de votre transporteur public, si le retard survient en route et avant le retour dans votre province ou territoire de résidence.
3. Remplacement de documents de voyage : Nous couvrons jusqu'à 200 \$ de frais de remplacement d'un ou de plusieurs de vos documents, notamment votre permis de conduire, votre passeport, votre certificat de naissance ou un visa de voyage si l'un d'eux était perdu ou volé durant votre voyage.

Contrat d'assurance

Le présent sommaire des garanties, votre demande d'adhésion, votre questionnaire médical, le cas échéant, et le document de confirmation d'assurance font partie intégrante du contrat d'assurance et doivent être lus comme formant un tout.

CONDITIONS

1. Si l'une (1) des prestations stipulées ci-dessus fait double emploi avec une prestation similaire ou en vertu d'une autre garantie d'assurance du présent sommaire des garanties ou d'une autre de nos polices, le montant maximum auquel vous avez droit est celui le plus élevé stipulé au titre de l'une (1) des prestations ou garanties d'assurance. Le montant total qui vous est versé provenant de toutes les sources ne saurait dépasser les frais réels que vous engagez.

2. Seules les personnes couvertes par un régime d'assurance-maladie gouvernemental (RAMG) du Canada pour toute la durée de leur voyage sont admissibles à la couverture. Si vous ne satisfaites pas à ce critère, vous êtes limités à des prestations de soins médicaux globales de 30 000 \$ CA.
3. En l'absence d'indication contraire, les tarifs aériens s'appliquent à un aller simple en classe économique.
4. Vous devez communiquer avec nous avant d'obtenir un traitement médical. Le défaut d'agir ainsi limitera les prestations payables comme suit :
 - a. en cas d'hospitalisation, 80 % des frais admissibles en fonction des frais raisonnables et habituels, jusqu'à concurrence de 30 000 \$ CA. Ceci signifie que vous devrez assumer 20 % de la première tranche de 30 000 \$ CA et 100 % des paiements excédents 30 000 \$ CA.; et
 - b. en cas de consultation médicale en clinique externe, une (1) visite par maladie ou par blessure.
5. S'il n'est pas raisonnablement possible pour vous de nous joindre avant d'obtenir un traitement médical en raison de la nature de votre urgence médicale, vous devez faire en sorte qu'une autre personne le fasse pour vous ou vous devez nous appeler dès qu'il est possible de le faire d'un point de vue médical.
6. Nous devons approuver au préalable toute intervention chirurgicale ou acte effractif (entre autres les cathétérismes cardiaques), avant que l'assuré subisse une telle intervention. Il vous incombe de demander à votre médecin traitant de nous appeler pour obtenir une autorisation préalable, sauf dans des circonstances extrêmes où cette démarche retarderait l'intervention chirurgicale nécessaire pour résoudre une crise médicale mettant la vie en danger.
7. Durant une urgence médicale (avant l'admission à l'hôpital ou durant une hospitalisation couverte), nous nous réservons le droit de :
 - a. vous transférer à l'un de nos fournisseurs de soins de santé privilégiés et/ou;
 - b. vous retourner à votre province ou territoire de résidence aux fins du traitement médical de votre maladie ou blessure; et
 - c. si vous refusez le transfert ou le retour après avoir été déclaré médicalement apte par notre service médical, nous sommes alors déchargés de toute responsabilité à l'égard des frais engagés après la date proposée de transfert ou de retour.
8. Une fois que vous êtes jugé être médicalement apte à retourner à votre province ou territoire de résidence, (avec ou sans un accompagnateur médical), soit de l'avis de notre service médical soit en raison de votre congé de l'hôpital, votre urgence médicale est réputée être terminée, de sorte que dès lors, aucuns autres frais de consultation, de traitement, de récurrence ou de complication reliés à votre urgence médicale ne sont couverts.
9. Vous devez nous aviser sans délai et au plus tard le jour ouvrable suivant celui où vous avez pris connaissance d'une cause d'annulation ou d'interruption de voyage, et vous devez annuler immédiatement vos réservations de voyage qui restent.

10. Vous devez aviser le service de police sans délai de la perte ou du vol de vos bagages, effets personnels ou documents de voyage et en obtenir une preuve documentaire à l'appui. Vous devez également agir promptement pour recouvrer les biens.
11. Nous n'assumons aucune responsabilité quant à la disponibilité, la qualité ou aux résultats de tout traitement médical ou de transport ou quant au défaut d'un assuré de recevoir ou d'obtenir un traitement médical ou une hospitalisation.
12. Nous paierons la prestation pour bagages jusqu'à la limite applicable après avoir tenu compte de l'usure ou de la dépréciation pour la perte, l'endommagement et le retard des bagages et effets personnels qui vous appartiennent et que vous utilisez pendant votre voyage.

EXCLUSIONS

EXCLUSIONS RELATIVES À UN ÉTAT PRÉEXISTANT

Votre couverture est assujettie à une exclusion médicale s'appliquant aux états préexistants.

La présente assurance ne prend en charge aucuns frais médicaux engagés découlant directement ou indirectement de ce qui suit :

1. un état pathologique ou toute affection connexe, s'il n'a pas été stable à n'importe quel moment durant dans la période de cent quatre-vingt (180) jours précédant votre départ.
2. une affection cardiaque, si à n'importe quel moment durant la période de cent quatre-vingt (180) jours précédant votre départ:
 - a. toute affection cardiaque n'a pas été stable;
 - b. vous avez pris de la nitroglycérine plus d'une fois par semaine particulièrement pour le soulagement des douleurs d'angine de poitrine.
3. une affection pulmonaire, si à n'importe quel moment durant la période de cent quatre-vingt (180) jours précédant votre départ, toute affection pulmonaire n'a pas été stable.

EXCLUSIONS GÉNÉRALES

La présente assurance ne couvre pas les pertes ni les frais occasionnés directement ou indirectement, en totalité ou en partie, par ce qui suit:

1. Tout traitement médical si vous n'êtes pas couvert par le régime d'assurance-maladie gouvernemental (RAMG) de votre province ou territoire de résidence.
2. Symptômes pour lesquels une personne ordinaire aurait cherché à obtenir un traitement ou un médicament dans les cent quatre-vingt (180) jours précédant votre date d'effet.
3. Traitement ou intervention chirurgicale pour un état particulier ou un état associé, a) en raison duquel votre médecin vous a conseillé de ne pas voyager; ou b) que vous avez contracté dans un pays durant votre voyage, alors qu'avant votre date d'effet, un avertissement officiel a été émis par écrit par le ministère canadien des Affaires étrangères et du Commerce international conseillant aux Canadiens de ne pas voyager vers le pays, la région ou la ville en question.
4. À l'égard des enfants de moins de deux (2) ans : toute maladie ou état pathologique liée à une anomalie congénitale.

5. Maladie associée à l'alcool ou l'usage abusif de médicaments, de drogues, d'alcool ou de toute autre substance toxique avant ou pendant le voyage. Un usage abusif d'alcool est défini par un taux d'alcoolémie excédant quatre-vingt (80) milligrammes par cent (100) millilitres de sang.
6. Non-conformité à une thérapie médicale ou à un traitement médical prescrits.
7. Suicide (y compris toute menace de tentative en ce sens) ou blessure auto-infligée que vous soyez sain d'esprit ou non.
8. Un trouble, une affection, un état ou un symptôme de nature émotive, psychologique ou mentale sauf dans le cas où une hospitalisation en découle et que ce fait est attesté par des dossiers d'hôpital.
9. Frais engagés par suite d'une infection symptomatique ou asymptomatique au virus d'immunodéficience humaine (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.
10. Une maladie, une blessure ou une affection connexe pendant un voyage entrepris:
 - a. sachant que vous aurez besoin ou chercherez à obtenir un traitement ou une intervention chirurgicale pour la maladie, la blessure ou l'affection connexe; ou
 - b. dans le but d'obtenir un traitement ou de subir une intervention chirurgicale.
11. Une maladie, une blessure ou une affection connexe pour laquelle :
 - a. une investigation ou un traitement postérieur(e) est prévu(e) (sauf surveillance régulière) avant votre voyage; ou
 - b. il était raisonnable de s'attendre à un traitement ou à une hospitalisation durant votre voyage.
12. grossesse, fausse couche, accouchement normal ou toute complication, affection ou symptôme de la grossesse dans les neuf (9) semaines précédant ou suivant la date d'accouchement prévue.
13. Décès ou blessure survenue :
 - a. durant l'exercice des tâches de pilote ou de membre d'équipage de tout aéronef;
 - b. durant la pratique de l'alpinisme;
 - c. durant la participation à toutes manoeuvres ou exercices d'entraînement dans des forces armées;
 - d. durant votre participation à titre professionnel à tout sport ou votre participation à toute course de vitesse motorisée ou avec dispositif mécanique; ou
 - e. durant votre participation à la plongée en scaphandre autonome, sauf si vous êtes titulaire d'un brevet de base de SCUBA d'une école homologuée ou de tout organisme d'octroi d'accréditation ou si vous êtes accompagné d'un surveillant ou si vous êtes en plongée à moins de dix (10) mètres de profondeur.
14. Traitement, intervention chirurgicale, médicament, services ou fournitures qui ne sont pas nécessaires au soulagement immédiat de douleurs ou de souffrances aiguës ou que vous décidez de vous procurer à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence alors que, selon des preuves médicales, vous pourriez retourner à votre province ou territoire de

- résidence pour recevoir un tel traitement. Le fait de devoir attendre pour recevoir un traitement dans votre province ou territoire de résidence n'influe aucunement sur l'application de la présente exclusion.
15. Dans le cas de prolongation de police (régimes Voyage unique seulement) : Maladie ou blessure dont la première manifestation, le diagnostic ou le traitement médical ont eu lieu après la date de départ prévue mais avant la souscription de la prolongation de police.
 16. Dans le cas de garanties supplémentaires (régime Voyages multiples uniquement) : Maladie ou blessure dont la première manifestation, le diagnostic ou le traitement médical ont eu lieu après la date de départ prévue mais avant la souscription de la garantie supplémentaire.
 17. Remplacement d'une ordonnance existante, que ce soit en raison d'une perte, d'un renouvellement ou d'une provision insuffisante, ou l'achat de drogues et de médicaments (vitamines comprises) que l'on peut normalement se procurer sans ordonnance ou qui ne sont pas homologués ou approuvés légalement au Canada.
 18. Cathétérisme cardiaque, angioplastie et/ou chirurgie cardiovasculaire, de même que les épreuves diagnostiques et les frais s'y rattachant, à moins que nous l'ayons autorisé à l'avance, exception faite de circonstances extrêmes, lorsque l'intervention chirurgicale est pratiquée en tant qu'urgence médicale dès l'admission du patient à l'hôpital.
 19. Imagerie par résonance magnétique (IRM), tomodensitogramme, échogramme ou échographie ou biopsie, sauf si nous l'avons autorisé à l'avance.
 20. Services connexes aux bilans de santé, soins prénataux de routine, soins réguliers pour un problème de santé chronique, soins prolongés et/ou traitement médical d'une maladie aiguë ou d'une blessure grave après que l'urgence médicale initiale ait été résolue (selon l'avis de notre service médical) ou consultation médicale au cours de laquelle le médecin n'a observé aucun changement lié à l'état pathologique, au symptôme ou au problème déjà constaté.
 21. Soins médicaux ou intervention chirurgicale à des fins esthétiques.
 22. Chirurgie de la cataracte ou services fournis par un naturopathe, un optométriste ou à une maison de convalescence, une maison de soins infirmiers, un centre de réadaptation ou une station santé.
 23. Services d'ambulance aérienne, sauf si nous l'avons approuvé et organisé au préalable.
 24. Dommages occasionnés à des appareils auditifs, à des lunettes, à des verres fumés, à des lentilles cornéennes, à des prothèses dentaires ou à des membres artificiels ou leur perte et la prescription subséquente pour les remplacer.
 25. Frais qui ne seraient pas normalement exigés en l'absence d'une assurance.
 26. Perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel ou illégal ou de nature criminelle par vous, un membre de la famille ou un compagnon de voyage.
 27. Guerre (qu'elle soit déclarée ou non) ou actes de guerre, devoir militaire, désordre civil, agitation populaire.
 28. Réaction nucléaire, radiation ou contamination radioactive.

29. La couverture prévue par les présentes sera déclarée nulle pour tout voyage à Cuba, vers Cuba ou passant par Cuba, car les sociétés affiliées de l'assureur aux États-Unis n'offrent aucun service et aucun soutien relativement à un tel voyage.
30. Toute partie des prestations jusqu'à concurrence du montant de votre franchise. si vous avez opté pour une franchise. Vous devez assumer le montant de la franchise et nous appliquerons cette franchise à toute demande de règlement couverte par la présente assurance en excédent de votre régime d'assurance-maladie gouvernemental (RAMG).
31. Frais d'interruption de voyage si vous aviez connaissance au moment du départ de toute raison pour laquelle le voyage pourrait être, interrompu ou retardé.
32. Voyage entrepris dans le but d'aller visiter une personne atteinte d'un état pathologique lorsque cet état (ou le décès subséquent) est la cause de l'interruption ou du retard de votre voyage.
33. Défaillance financière ou faillite du fournisseur de voyages.
34. Votre décision de ne pas poursuivre votre voyage, si possible, après une interruption de voyage.
35. Perte ou vol d'animaux, de bicyclettes (sauf lorsqu'il s'agit d'un bagage enregistré à bord d'un transporteur public), d'effets périssables, d'articles et mobilier domestiques, de prothèses dentaires ou de membres artificiels, d'appareils auditifs, de lunettes de tout genre, de lentilles cornéennes, d'argent, de billets, de valeurs mobilières, d'articles liés à votre emploi ou profession, d'antiquités ou d'objets de collection, d'objets fragiles, de biens obtenus illégalement ou d'articles assurés selon la valeur.
36. Dommages ou perte causés par l'usure, la détérioration, un défaut, une panne mécanique, votre imprudence ou votre omission.
37. Bagages ou effets personnels non accompagnés ou bagages ou effets personnels laissés dans un véhicule sans surveillance ou non verrouillé, ou bagages ou effets personnels expédiés en vertu d'un contrat de fret.
38. Bagage retardé sur votre vol de retour.

PROCÉDÉ DE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Vous devez confirmer votre demande de règlement en fournissant tous les documents indiqués ci-dessous. (Nous n'assumons aucune responsabilité à l'égard des frais exigés en rapport avec ceux-ci).

1. Un formulaire dûment rempli de demande de règlement des frais médicaux en voyage (nous le fournissons à la réception d'un avis de sinistre).
2. Les factures originales détaillées émises par des fournisseurs de soins médicaux dûment autorisés, indiquant le nom du patient, le diagnostic, la date et le type de traitement médical ainsi que le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du fournisseur. Il faut joindre également les documents originaux de la transaction prouvant le paiement au fournisseur. (Des copies des factures détaillées sont acceptées uniquement si l'assuré a déjà traité directement avec le régime d'assurance-maladie gouvernemental (RAMG).
3. Les reçus originaux de médicaments d'ordonnance obtenus d'un pharmacien, d'un médecin ou d'un hôpital indiquant le nom du médecin

- prescripteur, un numéro d'ordonnance, le nom de la préparation pharmaceutique, la date, la quantité et le coût total.
4. Dans le cas des frais de subsistance : une explication des dépenses doit accompagner les reçus originaux.
 - Indiquez votre numéro de certificat dans toute correspondance. Envoyez tous les articles indiqués à notre administrateur autorisé comme suit :

Pour la province de Québec:

Travel Guard Canada

c/o Global Excel

Attn: Claims Department

73 Queen Street, Sherbrooke, Québec J1M 0C9

- 1-888-566-8028 (des États-Unis et du Canada)

- 1-819-566-8028 (à frais virés de partout ailleurs)

Pour obtenir des renseignements d'ordre général, composez le 1-888-566-8028

Si vous avez quelque question que ce soit au sujet de votre demande de règlement, veuillez composer le 1-888-566-8028.

Pour toutes les autres provinces:

Travel Guard Canada

c/o Claims

120, boul. Bremner, bureau 2200

Toronto (Ontario) M5J 0A8

- 1-866-878-0192 (des États-Unis et du Canada)

- 1-416-646-3723 (à frais virés de partout ailleurs)

Pour obtenir des renseignements d'ordre général, composez le 1-866-878-0192

Si vous avez quelque question que ce soit au sujet de votre demande de règlement, veuillez composer le 1-888-566-8028.

CONFORMITÉ AUX LOIS PROVINCIALES

Toute disposition du présent sommaire des garanties qui entre en conflit avec les lois de la province ou du territoire où il est émis est amendée par les présentes afin de s'y conformer.

La police-cadre collective, le présent sommaire des garanties émis au titre de la police-cadre collective, votre demande d'adhésion en vertu de la police-cadre collective, votre questionnaire médical, le cas échéant, et le document de confirmation d'assurance constituent l'ensemble du contrat d'assurance qui s'applique à vous et aucun agent n'a l'autorité de modifier le contrat ni de renoncer à une de ses dispositions.

Renonciation

Aucune condition du contrat d'assurance ne saurait être réputée avoir été abandonnée par nous, en tout ou en partie, à moins que la renonciation ait été clairement exprimée par écrit et signée par nous. Copie de la demande d'adhésion Nous fournirons à l'assuré ou au demandeur, sur demande, une copie de la demande d'adhésion.

Faits pertinents

Aucune déclaration faite par l'assuré ou au moment de la demande d'adhésion ne doit servir à la défense d'une demande de règlement en cours ni à se soustraire à l'assurance à moins qu'elle soit comprise dans la demande d'adhésion ou dans toutes autres déclarations écrites ou réponses fournies comme preuve d'assurabilité.

Avis et preuve de sinistre

L'assuré ou un bénéficiaire ayant droit de présenter une demande de règlement, ou l'agent de l'une de ces personnes doit :

- a. nous donner un avis de sinistre par écrit :
 - i. en nous le livrant ou en nous l'envoyant par courrier recommandé;
 - ii. en nous le livrant au plus tard trente (30) jours après la date de la survenance du sinistre;
- b. dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de survenance du sinistre, à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une blessure, nous fournir dans la mesure du possible, compte tenu des circonstances, la preuve de la survenance de l'accident ou du début de la maladie ou de la blessure et de la perte consécutive, du droit de l'auteur de la demande de recevoir un paiement, son âge et l'âge du bénéficiaire, s'il a lieu; et
- c. si nous vous le demandons, fournir un certificat satisfaisant précisant la cause ou la nature de toute perte ou de l'accident, de la maladie ou de la blessure faisant l'objet de la demande de règlement en vertu des présentes et la durée de l'invalidité visée.

Défaut de fournir un avis ou une preuve de sinistre

Le défaut de fournir un avis de sinistre ou une preuve de sinistre dans les délais prescrits par la présente disposition légale n'a pas pour effet d'invalider la demande de règlement si l'avis ou la preuve est fourni(e) dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, mais en aucun cas plus tard qu'un (1) an à compter de la date de l'accident ou de la date de survenance du sinistre, en raison de maladie ou d'une blessure, s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner un avis ou de fournir une preuve dans les délais prescrits.

L'assureur doit fournir les formulaires de preuve de sinistre

Nous fournirons les formulaires de preuve de sinistre dans les quinze (15) jours suivant la réception de la demande de règlement, mais si le demandeur n'a pas reçu les formulaires dans ce délai, il peut soumettre sa preuve de sinistre sous forme d'une déclaration écrite indiquant la cause ou la nature de la perte ou de l'accident, de la maladie ou de la blessure ayant donné lieu à la demande de règlement, ainsi que l'étendue de la perte.

Droits d'examen

À titre de condition préalable au recouvrement des sommes d'assurance en vertu des présentes :

- a. le demandeur doit nous fournir l'occasion d'examiner l'assuré quand et aussi souvent qu'il en est raisonnablement requis pendant que la demande de règlement en vertu des présentes est en suspens; et

- b. en cas de décès de l'assuré, nous pouvons exiger une autopsie, sous réserve de toute loi applicable du territoire compétent concernant les autopsies.

Versement des indemnités

Nous verserons toutes les sommes payables en vertu des présentes dans les soixante (60) jours à compter de la date où nous avons reçu la preuve de sinistre.

Prescription de recours

Une action ou une poursuite intentée contre nous en vue du recouvrement d'une demande de règlement en vertu de la présente couverture ne saurait commencer plus d'un (1) an [ou la période minimale, s'il s'agit de plus d'un (1) an, prévue par la loi de la province ou du territoire où vous résidez] à compter de la date où les sommes assurées sont devenues payables ou le seraient devenues si la demande de règlement avait été valide.

L'assuré doit lire le présent sommaire des garanties et la confirmation d'assurance et en cas d'erreur, retourner immédiatement le document aux fins de correction. Il faudra nous fournir sans délai un avis de la survenance de tout sinistre qui pourrait motiver une demande de règlement en vertu de la présente assurance.

Les services de conciergerie et de Livetravelmc disponibles en permanence

Pour la province de Québec:

- 1-888-566-8028 (des États-Unis et du Canada)
- 1-819-566-8028 (à frais virés de partout ailleurs)

Pour toutes les autres provinces:

- 1-866-878-0192, (des États-Unis et du Canada)
- 1-416-646-3723 if (à frais virés de partout ailleurs)

Ce service vous est offert pour toute la durée de votre voyage. Notre équipe du service de conciergerie vous aide à repérer et à coordonner ces petits détails supplémentaires qui vous assurent un voyage agréable. Notre équipe du service Livetravelmc peut vous aider à résoudre les problèmes de voyage urgents pouvant survenir au cours d'un voyage. Les services offerts comprennent :

- les faits saillants sur les spectacles et autres attraits touristiques;
- des suggestions de restaurants et réservations : suggestions de restaurants dans le monde entier et réservations effectuées en votre nom, selon la disponibilité;
- des réservations de départ de golf : aide à la réservation d'heures de départ et recommandations sur les terrains de golf;
- de l'assistance pour obtenir des billets d'événements culturels ou sportifs, selon la disponibilité;
- de l'assistance en matière de documents de voyage et de transferts d'argent en cas d'urgence, un centre de message en cas d'urgence et un accès à des services d'interprète;
- de l'assistance pour repérer un guichet bancaire automatique;
- des directions routières par téléphone;
- des conseils de voyage avant le départ;

- un accès à de l'information relativement aux exigences en matière de passeport, de visa, d'inoculations, aux avertissements et alertes médicales aux voyageurs, aux personnes-ressources dans les ambassades, aux conditions météorologiques et aux devises étrangères.
- des services d'urgence et après les heures de bureau : changement de réservation de vols, réservation d'hôtels, transport terrestre, repérage de bagages, remplacement d'une carte de crédit perdue ou volée, transmission de messages électroniques ou téléphoniques et transferts de fonds en cas d'urgence.



Travel Guard®

01/06/2021

393210 P1 P2 P3 P4 08/08; 394210 P1 P2 04/09; 395210 P1 P2 04/09;
393250 P1 P2 P3 P4 08/08; 394250 P1 P2 04/09;
395250 P1 P2 04/09

HSBC Out of Country Emergency Plan

Code produit: 393210 P1 P2 P3 P4 08/08; 394210 P1 P2 04/09;
395210 P1 P2 04/09; 393250 P1 P2 P3 P4 08/08; 394250 P1 P2
04/09; 395250 P1 P2 04/09

In the event of an Emergency, You must call Us immediately:

For the Province of Quebec:

- toll free 1-888-566-8028, if in Canada or Continental U.S.
- collect 1-819-566-8028, if calling from elsewhere in the world

For general inquiries, please call: 1-888-566-8028

For all other Provinces:

- toll free 1-866-878-0192, if in Canada or Continental U.S.
- collect 1-416-646-3723 if calling from elsewhere in the world

For general inquiries, please call: 1-866-878-0191

WARNING: THIS COVERAGE INCLUDES RESTRICTED BENEFITS

- This summary of coverage summarizes the coverage available to eligible persons under Group Master Policy # 9501340 issued to HSBC Bank Canada by AIG Commercial Insurance Company of Canada.
- Losses resulting only from unforeseeable and emergency circumstances are covered. You must read and understand this summary of coverage before You travel, as Your coverage is subject to limitations and exclusions.
- A pre-existing condition exclusion applies to Medical Conditions and/or symptoms that existed prior to Your Trip. If You have a pre-existing condition, Your coverage may be limited.
- In the event of an Accident, Injury or Sickness, Your prior medical history will be reviewed when a claim has been reported.
- You are required to contact Us for approval prior to seeking any Treatment. There may limit benefits should You fail to do so.
- The coverage provided hereunder shall be null and void for travel in, to, or through Cuba, because such travel is not serviced and supported by the Insurer's United States affiliates.

Please read this summary of coverage carefully before You travel.

Please note that all benefits are not always paid in advance. In the event of a claim, please contact Us for further information.

While all provisions of this document are important, You should pay particular attention to the Conditions and Exclusions. These sections may limit the benefits payable to You.

By following the instructions in How to File a Claim, You can speed up the payment of Your eligible expenses.

Pay particular attention to words which appear in italics in this summary of coverage. We have given a very specific meaning to these words. These terms are defined in the Definitions Section.

This summary of coverage provides important emergency telephone numbers that You must call before receiving Medical Treatment. Review Your insurance documents and carry this summary of coverage with You when travelling.

PAYMENTS OF BENEFITS TO MEDICAL PROVIDERS

We will arrange direct payment of covered expenses whenever possible.

While most medical providers will agree to accept direct payment from Us, there are some providers who will require that You pay them directly. If We cannot arrange direct payment, You will be reimbursed eligible expenses on the basis of Reasonable and Customary Costs.

Please note that some benefits are reimbursable upon Your return. Check the wording in this summary of coverage to see to which benefits this applies.

Out of Country Emergency Plan Options Include:

Out of Country Emergency Plan Options Include			
Plan	Assurance Soins médicaux d'urgence	Assurance Interruption de voyage	Assurance bagages
10 Day Multi-Trip Out of Country Emergency Plan	Yes	Yes	Yes
Single Trip Out of Country Emergency Plan	Yes	Yes	Yes

DEFINITIONS

Accident/Accidental refers to a sudden, unexpected, unintended, unforeseeable external event, occurring during an insured Trip that, independently of any other cause, results in Injury.

Age refers to Your age on the date of Your application to enrol.

Authorized Administrator refers to Travel Guard Group Canada Inc, (Travel Guard Canada) 120 Bremner Blvd., Suite 2200, Toronto, Ontario M5J 0A8.

Child(ren) means the unmarried, dependent natural child(ren), step child(ren) or adopted child(ren) of an Insured who is:

- Under twenty-one (21) years of age;
- Residing in the same household as You; and
- dependent on Your support;

Common Carrier means a conveyance (bus, taxi, train, boat, airplane or other Vehicle), which is licensed, intended and used to transport paying passengers.

Day(s) means twenty-four (24) consecutive hours.

Deductible means the dollar amount per Insured which such Insured must pay, before We pay or reimburse any remaining eligible expenses incurred while covered under this insurance. There can be more than one deductible option. The amount of Your deductible is stated on Your application to enrol for insurance and Your confirmation of insurance document and it is expressed in US dollars.

Departure Date means the departure date shown on Your confirmation of insurance document (applicable to the Single-Trip Plan only).

Effective Date means the Effective Date shown on our confirmation of insurance document if You purchased the Single-Trip Plan; or

- for each covered Trip, the date You leave Your province or territory of residence if You purchased the Multi-Trip Plan.

End Date means the first anniversary of the Start-Up Date (applicable to the Multi-Trip Plan only) as indicated on Your confirmation of insurance document.

Expiry Date means: For the Single-Trip Plan: means the earliest of:

- the date You return to Your province or territory of residence; or
- the Return Date as indicated on Your most recent confirmation of insurance document;

unless there has been an Automatic Extension of Coverage or Policy Extension in which case the expiry date is the earliest of:

- The date You return to Your province or territory of residence; or
- The end of any extension of coverage determined in accordance with the Automatic Extension of Coverage section of this summary of coverage or the Policy Extension section of this summary of coverage.

For the Multi-Trip Plan: For each covered Trip, the earliest of:

- The date You return to Your province or territory of residence;
- Ten (10) Days after the date You leave Your province or territory of residence on a Trip;

unless there has been an extension of coverage or Top-up in which case the expiry date is the earliest of:

- The date You return to Your province or territory of residence; or
- The end of any extension of coverage determined in accordance with the Automatic Extension of Coverage section of this summary of coverage or the Top-up section of this summary of coverage.

Family means You and/or Your Spouse and/or Your Children.

Hospital means a medical facility which is legally accredited to provide medical, diagnostic and surgical Treatment to in-patients during the acute

phase of their Sickness or Injury, which is primarily engaged in the aforesaid activities and which operates under the supervision of a staff of Physicians and has a registered nurse continuously on duty. The Hospital must not be licensed as a home for the aged, rest home, nursing home, convalescent Hospital, health spa, rehabilitation centre or treatment facility for drug or alcohol abuse and/or addiction.

Hospitalization or Hospitalized means You are admitted to a Hospital and are receiving Medical Treatment on an in-patient basis.

Injury means Accidental bodily harm which results in loss unrelated to Sickness or any other cause and which occurs while this coverage is in effect. The injury must be sufficiently serious to prompt a reasonably prudent person to consult a Physician for the purpose of Medical Treatment.

Insured means the person(s) shown as "Insured" or "Other Insured" on the confirmation of insurance document.

Insurer means AIG Insurance Company of Canada.

Medical Condition means an Accidental bodily Injury or Sickness, or condition related to that Accidental bodily Injury or Sickness.

Medical Emergency means the unforeseeable occurrence of symptoms for a Sickness or Injury while on a Trip which, unless Treated immediately by a Physician, may lead to death or to serious impairment of Your health.

Medical Treatment means any reasonable procedure which is medical, therapeutic or diagnostic in nature, which is Medically Necessary and which is prescribed by a Physician. Medical Treatment includes Hospitalization, basic investigative testing, surgery, prescription medication (including prescribed as needed) or other Treatment directly related to the Sickness, Injury or symptom.

Medically Necessary in reference to a given service or supply, means such service or supply:

- a. is appropriate and consistent with the diagnosis according to
- b. accepted community standards of medical practice;
- c. is not experimental or investigative in nature;
- d. cannot be omitted without adversely affecting Your condition or
- e. quality of medical care;
- f. cannot be delayed until Your return to Your country of residence; and
- g. is delivered in the most cost effective manner possible, at the most appropriate level of care and not primarily by reason of convenience.

Mountain climbing means the ascent or descent of a mountain requiring the use of specialized equipment, including but not limited to pick-axes, anchors, bolts, crampons, carabineers, and lead or top-rope anchoring equipment.

Other Insured(s) means the person(s) shown as "Other Insured(s)" on the confirmation of coverage document.

Physician means a medical practitioner licensed to prescribe and administer Medical Treatment or a surgeon licensed to perform surgery who:

- was thus licensed at the time of Treatment and who remains so;
 - whose legal and Professional standing, within the jurisdiction where Treatment was rendered, is equivalent to that of a doctor of medicine (M.D.) licensed to practice in any province or territory of Canada;
- and
- who is not a Family member of the Insured.

Professional means a person who is engaged in a specific activity and received remuneration for that activity.

Reasonable and Customary Costs means costs incurred for approved, eligible medical services or supplies that do not exceed the standard fee of other providers of similar standing in the same geographical area, for the same services or supplies in connection with a similar sickness or injury.

Recurrence means the appearance of symptoms caused by or related to a Medical Condition which was previously diagnosed by a Physician or for which Treatment was previously received.

Return Date means the date on which You are scheduled to return to Your province or territory of residence.

Sickness means a disease or disorder of the body which results in loss after the Effective Date and before the Expiry Date. The sickness must be sufficiently serious to prompt a reasonably prudent person to consult a Physician for the purpose of Medical Treatment.

Speed Contest means an organized activity of a competitive nature in which speed is a determining factor in the outcome of the event.

Spouse means the person to whom You are legally married or, if there is no such person, the person with whom You have resided for at least twelve (12) months and whom You present publicly as Your spouse (regardless of sex).

Stable means a Medical Condition or related condition (including any heart condition or lung condition) for which all the following statements are true:

- There has been no new Treatment or prescribed medication;
- There has been no change in Treatment or change in prescribed medication including the amount of medication to be taken, how often it is taken, the type of medication or change in Treatment frequency or type;
- There has been no new diagnosis, symptom, more frequent symptom or more severe symptom;
- There have been no test results showing deterioration;

- There has been no Hospitalization or referral to a specialist (made or recommended) and You are not awaiting the results of further investigations.

The following are not considered changes in Treatment or prescribed medication:

- an adjustment to the insulin or Coumadin dosage You are currently taking provided it is not newly prescribed or stopped and there has been no other change to Your Medical Condition; and
- a change from a brand name medication to a generic brand medication (as long as the dosage is not modified).

Start-Up Date (applicable to the Multi-Trip Plan only) means the later of:

- the date of Your application to enroll; or
- the date You designate as Your start-up date, as entered on Your on-line or call centre application to enroll for insurance, which cannot be more than one hundred and twenty (120) Days from the date of Your application to enroll.

Travel Companion / Travelling Companion means a person accompanying You on the Trip, who shares accommodation or transportation with You and who has paid such accommodation or transportation in advance of departure. A maximum of six (6) persons will be considered travel companions (including the Insured) for any one Trip. Treated means that You are Hospitalized, are prescribed (including prescribed as needed), have taken, or are currently taking medication. Treatment means a medical, therapeutic or diagnostic procedure prescribed, performed or recommended by a Physician, including prescribed medication, Hospitalization, investigative testing and surgery.

Trip means travel outside Your province or territory of residence which commences:

- on Your Effective Date and which is scheduled to terminate on Your Return Date under the Single-Trip Plan; or
- after Your Start-Up Date and which terminates before the End Date under the Multi-Trip Plan.

Vehicle under the Return of Vehicle benefit, means any one of a private or rental automobile or mobile home but does not include any trailers, motorcycles or towed vehicles.

We, Us or Our means AIG Insurance Company of Canada, 120 Bremner Blvd., Suite 2200, Toronto, Ontario M5J 0A8.

You and Your means an eligible HSBC Bank Canada customer who has paid the required premium when the payment of premium is accepted by Us and/or the additional person(s) shown as "Other Insured(s)" on the confirmation of insurance document, each as the context requires.

GENERAL TERMS OF AGREEMENT

These general terms of agreement apply to all coverage described herein. This summary of coverage is issued in consideration of Your application to enrol, and the premium paid in advance of travel dates, for coverage shown on the confirmation of insurance document upon which a certificate number appears.

Enrolment and premium collection, assistance and claims services are handled by Our Authorized Administrator.

Eligibility for Coverage

Coverage under the Single-Trip Plan is only available if:

1. You are a Canadian resident;
2. You are sixty (60) years of Age or younger; and
3. You are insured under a provincial or territorial government health insurance plan (GHIP) for the entire duration of Your Trip.

Coverage must be purchased before Your Effective Date and before Your Departure Date for Your Trip as indicated on Your confirmation of insurance document.

Coverage under the Multi-Trip Plan is only available if:

1. You are a Canadian resident;
2. You are sixty-four (64) years of Age or younger; and
3. You are insured under a provincial or territorial government health insurance plan (GHIP) for the entire duration of each of Your Trips.

Coverage must be purchased before Your Trip. We reserve the right to decline any application to enrol that does not meet our eligibility requirements or for a Top-up of coverage.

The Single-Trip and Multi-Trip Plans are applicable worldwide, except

- in countries at war or countries where political instability or hostility renders the area inaccessible by Us; and
- Cuba.

You may contact Us prior to Your departure to confirm coverage for Your destination.

If Your health changes or does not remain Stable between the date You apply for coverage and Your Departure Date (under the Single-Trip Plan) or Your Start-Up Date (under the Multi-Trip Plan), You must review Your application to enroll with Us in order to allow Us to re-assess Your eligibility for this insurance. If You no longer qualify for the rate You have paid and You fail to contact Us, Your claim will be denied, Your coverage will be declared null and void, and the premium You paid will be refunded.

Eligibility for Family Coverage

Family coverage is available under the following circumstances for persons traveling with their Spouse and/or Children.

1. The oldest of the persons to be covered is fifty-nine (59) years of age or younger;
2. The Other Insureds meet the definition of Spouse and/or Children.

If You are eligible for family coverage You pay Our family rates and up to two adults and up to five Children can be covered for these rates.

Automatic Extension of Coverage

Coverage will be extended automatically without additional premium upon notifying Us, if Your return to Your point of departure is delayed beyond Your scheduled Return Date solely because of the following reasons:

- a. If You cannot complete Your Trip by Your Return Date because of the delay of a Common Carrier in which You are scheduled to travel, Your coverage will automatically extend for the delay period to a maximum of seventy-two (72) hours after Your scheduled Return Date; or
- b. If You cannot complete Your Trip by Your Return Date because the personal means of transportation in which You are travelling is involved in an accident or mechanical breakdown Your coverage will automatically extend for the delay period to a maximum of seventy-two (72) hours after Your scheduled Return Date; or
- c. If You or Your Travelling Companion are delayed beyond Your Return Date because of a Medical Condition and You are medically unable to travel, but are not Hospitalized, Your coverage will automatically extend for the delay period to a maximum of five (5) Days after Your Expiry Date.

You must supply Us with proof of the reason for Your delay if You file a claim. Coverage is automatically extended should You require Medical Treatment due to a Medical Emergency while on a Trip until the earlier of:

- (i) seventy-two (72) hours from such Medical Treatment; or
- (ii) until the date Our medical department deems You are medically able to travel.

Coverage is also automatically extended should You be Hospitalized due to a Medical Emergency, until the earlier of:

- (i) the period of Hospitalization plus five (5) Days after discharge from the Hospital; or
- (ii) until the date Our medical department deems You are medically able to travel.

This benefit does not include any costs associated with flight change arrangements, with the exception of emergency repatriation due to Your Sickness or Injury, and approved in advance by Our medical department.

Expenses incurred or losses suffered beyond three hundred and sixty-five (365) Days from Your Effective Date are not covered.

Policy Extensions (Single-Trip Plan only)

Provided You have purchased the Single-Trip Plan, if You have started Your Trip and need coverage for a longer period, You can apply for a policy extension. You must apply, be approved by Us prior to Your scheduled Return Date and pay an additional premium. In order to apply for a policy extension, You must be in good health and cannot have any Medical Condition for which surgery or Hospitalization is anticipated. No policy extensions are available if a claim has been incurred. To apply for a policy extension, call Us at the number indicated on the first page of this summary of coverage.

Policy Extension Exclusion:

If You apply for a policy extension and We approve it, the policy extension does not cover, provide services or pay claims for expenses resulting directly

or indirectly from any Sickness or Injury which first appeared, was diagnosed or for which You received Medical Treatment after the scheduled Departure Date and prior to the purchase of the policy extension.

Cancellation and Refunds

You must request all refunds in writing. An administrative fee of \$25.00 CAD will be deducted from all refunds.

We will pay full refunds, less our administrative fee, provided:

- coverage has not commenced if You have purchased a Single-Trip Plan; or
- it is not later than ten (10) Days after the Start-Up Date and prior to any Trip departures if You have purchased the Multi-Trip Plan.

We will pay partial refunds, less our administrative fee, if You have purchased the Single-Trip Out of Country Emergency Plan and You return before Your scheduled Return Date with proof of early return (e.g. customs or immigration stamp, gas receipts). There are no partial refunds of the Multi-Trip Plan.

Payment of Benefits

All payments under this coverage are payable to You or on Your behalf.

Payment of benefits for loss of life are made to Your estate unless another beneficiary is designated in writing and filed with Us, or if You are a Child the benefit is payable in equal shares to those of Your parents who are either an Insured or Other Insured under this summary of coverage.

Any claims will be payable in Canadian funds. Where covered losses are expressed in foreign currency, the rate of exchange is based on the rate effective on the date when We pay the claim. No sum payable shall bear interest. All benefit limits and all other amounts expressed in this summary of coverage are expressed in Canadian currency.

Rights of Subrogation

If You incur covered expenses due to the fault of a third party, We have the right to proceed at Our own expense in Your name against such third party for all benefits that We pay to You or for You hereunder. You must take all reasonable steps to protect and to advance Our claim against such third party. This includes keeping Us informed about all legal proceedings against, and settlement negotiations with, such third party, making a claim on Our behalf in any such legal proceedings and negotiations, and not settling Your claim without first allowing Us to start or continue a lawsuit in Your name against such third party for benefits that We have paid or will pay. Any settlement must first be applied to any expenses that We have paid on Your behalf.

Coordination of Benefits

The coverage outlined in this summary of coverage is final payor only. If, at the time of loss, You have insurance from another source, or if any other Misrepresentation and Non-disclosure

Your application to enroll for insurance and any medical statement, if required, is essential to the appraisal of the risk by Us and is the basis of and forms part of the insurance contract. Any erroneous responses thereon constitute material misrepresentation or concealment relating to an essential component of the contract of insurance which renders Your insurance voidable. In such case no claim shall be payable by Us and You shall be solely responsible for all expenses relating to Your claim, including repatriation costs.

Your entire coverage shall be voidable if We determine, whether before or after loss, You have concealed, misrepresented or failed to disclose any material fact or circumstance concerning this coverage or Your interest therein, or if You refuse to disclose information or permit the use of such information, pertaining to any of the Insureds.

Applicable Law

This coverage is governed by the law of the Canadian province or territory of residence of the Insured at the time of application to enroll for insurance. Any legal proceeding by the Insured, his or her heirs or assigns shall be brought in the courts of the Canadian province or territory where the Insured resided at the time of the application for insurance.

INSURANCE AGREEMENT

The required premium is due and payable at the time of application to enroll and will be determined according to the schedule of premium rates then in effect. Coverage will be null and void if the premium is not received, if a cheque is not honoured for any reason, if credit card charges are declined or if no proof of Your payment exists.

By paying the premium for this insurance, You agree that We and Our authorized representatives have:

- a. Your consent to verify Your health card number and other information required to process Your claim, with the relevant government and other authorities;
- b. Your authorization to Physicians, Hospital and other medical providers to provide Us with any and all information they have regarding You while under observation or Treatment, including Your medical history, diagnoses and test results;
- c. Your agreement to the disclosure of the information available under a. and b. above to other sources, as may be required for the processing of Your claim for benefits; and
- d. the right to collect from You any amount We have paid on Your behalf to medical providers or any other parties in the event that You are found to be ineligible for coverage or that Your claim is invalid or benefits are reduced in accordance with any provisions of this summary of coverage.

If We pay Your health care provider or reimburse You for covered expenses, We will seek reimbursement from Your Canadian provincial or territorial government health insurance plan (GHIP) and from any other medical reimbursement plan under which You may have coverage. You may not claim or receive in total more than 100% of Your total covered expenses.

NOTIFICATION OF INSURER

You must contact the 24-hour Assistance Centre at the first onset of symptoms of a Medical Emergency and before You seek medical attention. If You are unable to do so because You are medically incapacitated, You must have someone else call on Your behalf or You must call as soon as medically possible.

For the Province of Quebec:

- toll free 1-888-566-8028, if in Canada or Continental U.S.
- collect 1-819-566-8028, if calling from elsewhere in the world

For all other Provinces:

- toll free 1-866-878-0192, if in Canada or Continental U.S.
- collect 1-416-646-3723 if calling from elsewhere in the world

Failure to notify Us immediately will limit the benefits payable under Your coverage. Refer to the Conditions section of this summary of coverage.

The Insured, or a beneficiary entitled to make a claim, or the agent of any of them, must give a written notice of claim to Us not later than thirty (30) Days from the date a claim arises on account of an Accident, Sickness or Injury. Failure to give notice within the prescribed time may invalidate Your claim.

NOTICE:

1. We will pay Hospitals, Physicians and other medical providers directly for covered expenses, whenever possible. Where direct payment cannot be arranged, We will reimburse eligible expenses on the basis of Reasonable and Customary Costs. Other eligible benefits are reimbursable upon Your return.
2. If You pay eligible expenses directly to a health service provider without Our prior approval, these services will be reimbursed to You on the basis of the Reasonable and Customary Costs that We would have paid directly to such provider. Medical charges that You pay may be higher than this amount. Therefore You will be responsible for any difference between the amount You paid and the Reasonable and Customary Costs that We reimburse.

Why are You required to notify Us?

You may receive Medical Treatment or services which are not Medically Necessary. If You call Us, expenses which are not Medically Necessary may be avoided.

We will:

- recommend an appropriate Physician or Hospital at Your Trip destination, whenever possible;
- monitor the situation and take reasonable steps to encourage the administration of Medically Necessary Treatment and to assist with Your medical needs;
- contact Your Family and Physician on Your behalf;
- pay Hospitals, Physicians and other medical providers directly, whenever possible;
- approve and arrange air ambulance transportation when Medically Necessary;
- provide multilingual interpreters to communicate with Physicians and Hospitals.

SINGLE-TRIP PLAN

The Single-Trip Plan provides coverage for a one-time Trip and must be purchased prior to departure. The maximum length of a Trip insurable under the Single-Trip Plan, including any policy extension(s) applied for, is one hundred and eighty-two (182) Days [two hundred and twelve (212) Days if You are a resident of Ontario or Newfoundland]. Your coverage under this plan terminates on the earliest of the date You return to Your province or territory of residence or the Expiry Date indicated on Your confirmation of insurance document.

MULTI-TRIP PLAN

The Multi Trip Plan covers any number of Trips of up to ten (10) Days, commencing after the Start-Up Date and ending before the End Date for travel outside Your province or territory of residence, provided that the total number of Trip Days between the Start-up Date and the End Date, including any Top-up(s) applied for does not exceed one hundred and eighty-two (182) Days two hundred and twelve (212) Days if You are a resident of Ontario or Newfoundland.

Coverage begins on Your Effective Date and terminates on Your Expiry Date. Individual Trips must be separated by an overnight return to Your province or territory of residence. You are not required to provide advance notice of the Departure Date and Return Date of each Trip. However, You will be required to provide evidence of Your Departure Date from Your province or territory or residence and Return Date when filing a claim (i.e. airline ticket, customs or immigration stamp or other receipt).

INSURED RISKS – EMERGENCY MEDICAL INSURANCE

This insurance provides payment for the Reasonable and Customary Costs for benefits described below that are incurred by You for emergency Medical Treatment of an unexpected and unforeseen Sickness or Injury occurring outside Your country of residence during a Trip. Such expenses must be in excess of those reimbursable by any other insurance contract or health plan (group or individual) under which You are entitled to benefits.

BENEFITS

The following benefits are payable up to a total maximum of \$2 million CAD per Insured as long as such services are for a Medical Emergency and are unexpected, unforeseen and Medically Necessary as per the terms and conditions of this summary of coverage. All maximums in this summary of coverage are per Insured, unless otherwise stated:

1. Emergency Medical Treatment:
 - a. Hospital accommodation up to the semi-private room rate (or an intensive or coronary care unit where Medically Necessary). If coverage expires during Your Hospitalization, there is an extension of coverage to a maximum of three hundred and sixty-five (365) Days or until You are deemed medically able to travel in the opinion of Our medical department whichever is earlier.

Refer to the Automatic Extension of Coverage section of this summary of coverage;

- b. Physician's fees;

- c. laboratory tests and x-rays prescribed by the attending Physician and approved in advance by Us. Magnetic resonance imaging (MRI), cardiac catheterization, computerized axial tomography (CAT) scans, sonograms, ultrasounds or biopsies are not covered unless such services are approved in advance by Us;
- d. private duty nursing (other than by a relative) during Hospitalization when ordered by the attending Physician, to a maximum of \$10,000 CAD and approved in advance by Us;
- e. local, licensed ground ambulance service to the nearest Hospital, Physician or medical service provider in the event of a Medical Emergency (also covers local taxi fare in lieu of local ground ambulance service where an ambulance is not Medically Necessary);
- f. drugs requiring a prescription by a Physician, limited to a thirty (30) Day supply per prescription unless You are in Hospital, and excluding those necessary for the continued stabilization of a chronic Medical Condition. To file a claim, You must provide original receipts issued by the pharmacist, Physician or Hospital, indicating the total cost, prescription number, name of medication, quantity, date and name of the prescribing Physician;
- g. casts, splints, trusses, braces, crutches, rental of wheelchair or other minor medical appliances when prescribed by a Physician and approved in advance by Us; and
- h. Treatment by a chiropractor, osteopath, physiotherapist, or podiatrist (other than a relative), including x- rays, worth a combined maximum of \$400 CAD and when approved in advance by Us.

2. Emergency Dental Expenses:

Reimbursement of:

- a. emergency dental Treatment at Trip destination, required to repair or replace sound natural teeth or permanently attached artificial teeth that are subject to Injury while You are on a Trip as the result of an Accidental blow to the face, provided You consult a Physician or dentist immediately following the Injury;
- b. necessary emergency Treatment as described in a. above, that must be continued upon return to Your province or territory of residence, provided Treatment is completed within ninety (90) Days from the date of the Accident, to a maximum of \$5,000 CAD; and
- c. other emergency dental Treatment (excluding root canal Treatment), occurring while You are at least four hundred (400) kilometres from Your country of residence, to a maximum of \$300 CAD.
- d. To file a claim under a. or b. above, You must provide an Accident report from the Physician or dentist.

3. Return of Vehicle:

When approved in advance by Us:

- a. reasonable expenses for the return of Your Vehicle in the event of Your medical incapacitation or Hospitalization; or
- b. repatriation of the Insured if Vehicle is stolen or inoperative due to an Accident.

4. Family Transportation:

When approved in advance by Us:

- a. a return economy airfare for a Family member or a close friend to attend Your Hospital bedside (upon the recommendation of the attending Physician) provided the Hospitalization lasts at least seven (7) Days.

The person attending Your bedside will be considered an Insured hereunder, provided such person otherwise meets the requirements for eligibility set out in the Eligibility for Coverage section of this summary of coverage. Such person will be covered from the time he or she leaves his or her country of residence to attend Your bedside until he or she returns to his or her country of residence after leaving Your bedside or until seven (7) Days from such person's departure from his or her country of residence to attend Your bedside, whichever occurs first. We will reimburse reasonable out-of-pocket expenses incurred for commercial accommodation and meals, essential taxis and telephone calls by the attending Family member or close friend to a maximum of \$2,000 CAD subject to a limit of \$200 CAD per Day. To obtain reimbursement, You must supply original receipts from commercial organizations.

5. Medical Repatriation:

When approved in advance and arranged by Us:

- a. up to the cost of a one-way economy airfare to Your country of residence; or
- b. the fare for additional airline seats to accommodate a stretcher to return You to Your country of residence; or
- c. where Medically Necessary, medical air evacuation to the nearest appropriate Hospital or to a Hospital in Your country of residence, when the attending Physician and Our medical department recommend that You be so transported for the purpose of obtaining immediate Medical Treatment;
- d. repatriation to the point of departure in economy class of one (1) Travel Companion or one (1) Family member in the event of Your medical repatriation, and;
- e. up to \$1,500 CAD subsistence allowance, subject to a limit of \$150 CAD per Day, will also be provided for commercial accommodation and meals, essential taxis and telephone calls for Your Travel Companion or Family member if You are relocated to a place other than Your point of departure. To file a claim, You must supply original receipts from commercial organizations.

6. Qualified Medical Attendant:

Fees for a qualified medical attendant (other than a relative) to accompany You to Your country of residence when recommended by the attending Physician and approved in advance and arranged by Us. This includes return economy airfare and overnight lodging and meals (where necessary).

7. Escort of Children:

When approved in advance and arranged by Us in the event an Insured parent or legal guardian (on the Trip) must be medically repatriated or Hospitalized:

organization, escort and payment up to the cost of a one-way economy airfare for the return of Children who are under sixteen (16) years of age; or reimbursement of up to \$1,000 CAD for services of a caregiver (other than a relative) contracted by You for Your Children who are under sixteen (16) years of age.

8. Return to Trip Destination:

When approved in advance by Our medical department:

- a. a one-way economy airfare for You to be returned to Your scheduled Trip destination after You are returned to Your country of residence for immediate Medical Treatment provided Your attending Physician determines that You require no further Treatment for Your Medical Emergency. Once You return to Your Trip destination, a Recurrence of the Sickness or Injury which caused the initial Medical Emergency, or any problems or complications related thereto, will not be covered.

9. Death:

Reimbursement of:

- a. the actual cost incurred for return of the deceased Insured person in the Common Carrier's standard transportation container to the scheduled point of departure, to a maximum of \$5,000 CAD for the preparation of the remains and the cost of the Common Carrier's standard transportation container; or
- b. the actual cost incurred for return of the deceased Insured person's remains to the scheduled point of departure, to a maximum of \$5,000 CAD for the cremation of remains; or
- c. a maximum of \$5,000 CAD for burial at the place of death; and
- d. subject to prior approval by Us, return transportation for a Family member or close friend to identify the Insured's remains. The person identifying the remains will be covered under the same terms and conditions of Your Emergency Medical Insurance, but for no longer than three (3) Days. We will reimburse reasonable out-of-pocket expenses incurred for commercial accommodation and meals, essential taxis and telephone calls by the attending Family member or close friend to a maximum of \$600 CAD, subject to a limit of \$200 CAD per Day. To obtain reimbursement, You must supply original receipts from commercial organizations.

INSURED RISKS – TRIP INTERRUPTION INSURANCE

If you have selected the tent (10) Day Multi-Trip Out of Country Emergency Plan or the Single Trip Out of Country Emergency Plan this insurance provides payment for the Reasonable and Customary Costs for benefits described below that are incurred by You in the event of a trip interruption due to a covered risk occurring on or after Your Effective date and on or before the date Your insurance ends. Such expenses must be in excess of those reimbursable by any other insurance contract or health plan (group or individual) under which You are entitled to benefits

BENEFITS

The following benefits are payable up to a total maximum of \$5,000 per Insured insofar as such expenses are for a trip interruption covered risk and

are unexpected and unforeseen. All maximums in this summary of coverage are per Insured, unless otherwise stated:

1. Trip Interruption Covered Risks

- a. Medical Conditions and Death: Yours or Your Family member's Injury or Sickness, or, Your relative is Hospitalized overnight or dies.
- b. Travel Advisory: A defer travel recommendation is issued after Your Effective date by the Department of Foreign Affairs and International Trade of the Canadian Government or Health Canada advising Canadians not to travel to a country, region or city specifically listed as a destination on Your itinerary of Your insured Trip.
- c. Employment Change: You lose a permanent job because of layoff or dismissal without just cause (not applicable to self-employed persons or contract work); or Your employer initiates a job transfer which necessitates relocation of Your principal residence.
- d. Natural Disaster at Home or at Destination: You are unable to occupy Your principal residence or Your vacation lodging because of a natural disaster.
- e. Legal Commitment: You are called to jury duty, are subpoenaed as a witness, or are required to be a defendant in a lawsuit.
- f. Quarantine: You are quarantined during Your Trip.
- g. Missed Connection: You miss a connection because of the delay of a Common carrier when the delay is caused by mechanical failure, weather, a traffic accident, an emergency, a schedule change or a volcanic eruption. The Common carrier must be scheduled to arrive at least two hours prior to Your next departure.
- h. Named Hurricane: You are at Your destination and a Hurricane, as named and forecast by the World Meteorological Organization, is expected to cross directly in Your path in the next 24 hours.

If You suffer trip interruption due to the occurrence of a Trip Interruption Covered Risk, we cover:

1. The non-refundable and unusable Trip arrangements for which You have already paid (less Your prepaid unused return transportation); AND
 - a. additional travel transportation expenses You incur via the most cost effective itinerary to return You to Your province or territory of residence, OR
 - b. Your economy class transportation (or applicable change fee) via the most cost effective itinerary to Your next destination.
2. Up to \$150 CAD subsistence allowance per Day per Insured, subject to limits of \$1,500 CAD per Insured and \$3,000 per Family, for commercial accommodation and meals, essential taxis and telephone calls. To file a claim, You must supply original receipts from commercial organizations.

INSURED RISKS – BAGGAGE AND PERSONAL EFFECTS COVERAGE

If you have selected the ten (10) Day Multi-Trip Out of Country Emergency Plan or the Single Trip Out of Country Emergency Plan this insurance provides payment for the Reasonable and Customary Costs for benefits described below that are incurred by You due to the direct physical loss of, or damage to, the baggage and personal effects You own and use during Your Trip

outside Your province or territory of residence. Such expenses must be in excess of those reimbursable by any other insurance contractor health plan (group or individual) under which You are entitled to benefits.

BENEFITS

The following benefits are payable up to a total maximum of \$2,000 per Family per Trip insofar as such losses are unexpected and unforeseen.

1. Loss of or Damage to Baggage and Personal Effects:
Reimbursement of Your losses up to \$1,000 per Trip subject to a maximum of \$500 for any one item or set of items (items which are purchased for use together and commonly used together). Reimbursements are made based on the depreciated value of the lost or damaged articles. Reimbursements for an entire set are only made if the entire set is lost or damaged; otherwise reimbursement is made specific to the affected article within the set.
2. Delay of Baggage and Personal Effects:
We cover up to \$400 towards the replacement of Your necessary toiletries and clothing when Your checked baggage is delayed by Your Common carrier for more than 12 hours while on route and before returning to Your home province or territory of residence.
3. Replacement of Travel Documents:
We cover up to \$200 towards the replacement of one or more of Your driver's license, passport, birth certificate or travel visa in the event any of these is lost or stolen during Your Trip.

Insurance Contract

This summary of coverage, Your application to enroll, Your Medical Questionnaire, if any, and confirmation of insurance document all form part of the insurance contract and must be read as a whole.

CONDITIONS

1. If any one (1) of the above benefits is duplicated under a similar benefit or under another insurance coverage in this summary of coverage or another of Our policies, the maximum You are entitled to is the largest amount specified under any one (1) benefit or insurance coverage. The total amount paid to You from all sources cannot exceed the actual expense You incur.
2. Only persons covered under a Canadian government health insurance plan (GHIP) for the entire duration of their Trip are eligible for coverage. If You do not meet this criterion then You are limited to aggregate medical benefits of \$30,000 CAD.
3. Where not specified, airfares are one-way and economy class.
4. You must contact Us prior to seeking Medical Treatment. Failure to do so will limit the benefits payable to:
 - a. in the event of Hospitalization, 80% of eligible expenses based on Reasonable and Customary Costs to a maximum of \$30,000 CAD. This means You will be responsible for payment of 20% of the first \$30,000 CAD and 100% of payments in excess of \$30,000 CAD.; and
 - b. in the event of an out-patient medical consultation, a maximum of one (1) visit per Sickness or Injury.

5. If it is not reasonably possible for You to contact Us prior to seeking Medical Treatment due to the nature of Your Medical Emergency, You must have someone else call on Your behalf or You must call as soon as medically possible.
6. We must approve in advance any surgery or invasive procedure (including, but not limited to, cardiac catheterization), prior to the Insured undergoing such procedure. It remains Your responsibility to inform Your attending Physician to call Us for approval in advance, except in extreme circumstances where such action would delay surgery required to resolve a life threatening medical crisis.
7. During a Medical Emergency (whether prior to admission or during a covered Hospitalization), We reserve the right to:
 - a. transfer You to one of Our preferred health care providers; and/or
 - b. return You to Your province or territory of residence, for the Medical Treatment of Your Sickness or Injury;
 - c. If You choose to decline the transfer or return when declared medically able by Our medical department, then We are released from any liability for any expenses incurred after the proposed date of transfer or return.
8. Once You are deemed medically able to return to Your province or territory of residence (with or without a medical escort) either in the opinion of Our medical department or by virtue of discharge from Hospital, Your Medical Emergency is considered to have ended, whereupon any further expenses for consultation, Treatment, Recurrence or complication related to the Medical Emergency are not covered.
9. You must notify Us immediately and no later than the business day following the day when You become aware of a cause for trip cancellation or interruption, and You must cancel Your remaining trip bookings immediately.
10. You must notify the police immediately if Your baggage, personal effects, or travel documents are lost or stolen and obtain from them corroborating documentary evidence. You must also promptly act to recover the property.
11. We are not responsible for the availability, quality or results of any Medical Treatment or transportation, or any Insured's failure to receive or obtain Medical Treatment or Hospitalization.
12. We will pay baggage benefits up to the applicable limit after making proper allowance for wear and tear or depreciation for the loss of, damage to and delay of the baggage and personal effects that You own and that You use during Your Trip.

EXCLUSIONS PRE-EXISTING CONDITION EXCLUSION

Your coverage is subject to a medical exclusion that applies to pre-existing conditions. indirectly as a result of:

1. a Medical Condition or related condition, if at any time in the one hundred and eighty (180) Day period prior to Your departure, that Medical Condition has not been Stable.
2. a heart condition, if at any time in the one hundred and eighty (180) Day period prior to Your departure:
 - a. any heart condition has not been Stable; or

- b. You have taken nitro-glycerine more than once per week specifically for the relief of angina pain.
- 3. a lung condition, if at any time in the one hundred and eighty (180) Day period prior to Your departure, any lung condition has not been Stable.

GENERAL EXCLUSIONS

This insurance does not cover any loss or expense related in whole or in part, directly or indirectly, to any of the following:

1. Any Medical Treatment if You are not covered by the government health insurance plan (GHIP) in Your province or territory of residence.
2. Symptoms which would have caused an ordinary person to seek Treatment or medication in the one hundred and eighty (180) Days before Your Effective Date.
3. Treatment or surgery for a specific condition, or a related condition, which; a) had caused Your Physician to advise You not to travel; or b) You contracted in a country during Your Trip when, before Your Effective Date, a written formal notice was issued by the Department of Foreign Affairs and International Trade of the Canadian government, advising Canadians not to travel to that country, region or city.
4. For children under two (2) years of Age: Any sickness or medical condition related to a birth defect.
5. Alcohol-related Sickness or the abuse of medication, drugs, alcohol or any other toxic substance prior to or during the Trip. Alcohol abuse is defined as having a blood alcohol level in excess of eighty (80) milligrams of alcohol per one hundred (100) millilitres of blood.
6. Non-compliance with prescribed medical therapy or Treatment.
7. Suicide (including any attempt threat) or self-inflicted Injury whether or not You are sane.
8. A disorder, disease, condition or symptom that is emotional, psychological or mental in nature unless same results in Hospitalization and this fact is substantiated by Hospital records.
9. Expenses incurred as a result of asymptomatic or symptomatic HIV infection, Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), AIDS related conditions (ARC) or the presence of HIV, including any associated diagnostic tests or charges.
10. A Sickness, Injury or related condition during a Trip undertaken:
 - a. with the knowledge that You will require or seek Treatment or surgery for that Sickness, Injury or related condition; or
 - b. for the purpose of obtaining Treatment or surgery.
11. A Sickness, Injury or related condition for which:
 - a. future investigation or Treatment (except routine monitoring) is planned before Your Trip; or
 - b. it was reasonable to expect Treatment or Hospitalization during Your Trip.
12. Pregnancy, miscarriage, normal childbirth or any complication, condition or symptom of pregnancy during the nine (9) weeks prior to or after the expected delivery date.
13. Death or Injury sustained:
 - a. while performing as a pilot or crew member of any aircraft;
 - b. while Mountain Climbing;

- c. while participating in any manoeuvres or training exercises of the armed forces;
- d. during Your Professional participation in any sport or Your participation in any motorized or mechanically assisted Speed Contests;
- e. during Your participation in scuba diving unless You hold a basic SCUBA designation from a certified school or other licensing body or You are accompanied by a dive master or are diving in water not deeper than ten (10) metres.
14. Treatment, surgery, medication, services or supplies that are not required for the immediate relief of acute pain or suffering, or that You elect to have provided outside Your province or territory of residence when medical evidence indicates that You could return to Your province or territory of residence to receive such Treatment. The delay to receive Treatment in Your province or territory of residence has no bearing on the application of this exclusion.
15. For policy extensions (Single Trip Plans only): Sickness or Injury which first appeared, was diagnosed or received Medical Treatment after the scheduled Departure Date and prior to the purchase of the policy extension.
16. For Top-Ups (Multi-Trip Plans only): Sickness or Injury which first appeared, was diagnosed or received Medical Treatment prior to the purchase of the Top-Up.
17. The replacement of an existing prescription, whether by reason of loss, renewal or inadequate supply, or the purchase of drugs and medications (including vitamins) which are commonly available without a prescription or which are not legally registered and approved in Canada.
18. Cardiac catheterization, angioplasty and/or cardiovascular surgery including any associated diagnostic test(s) or charges unless approved in advance by Us prior to being performed, except in extreme circumstances where such surgery is performed as a Medical Emergency immediately upon admission to Hospital.
19. Magnetic resonance imaging (MRIs), computerized axial tomography (CAT) scans, sonograms, ultrasounds or biopsies unless We approve it in advance.
20. Services in connection with general health examinations, routine prenatal care, regular care of a chronic condition, the continuing care and/or Medical Treatment of an acute Sickness or Injury after the initial Medical Emergency has ended (as determined by Our medical department) or a medical consultation where the Physician observes no change in a previously noted condition, symptom or problem.
21. Medical care or surgery that is cosmetic in nature.
22. Cataract surgery or services provided by a naturopath or an optometrist or in a convalescent home, nursing home, rehabilitation centre or health spa.
23. Air ambulance services unless approved in advance and arranged by Us.
24. Damage to or loss of hearing devices, eyeglasses, sunglasses, contact lenses, or prosthetic teeth or limbs, and resulting prescription thereof.

25. Expenses for which no charge would normally be made in the absence of insurance.
26. Commission or attempted commission of a criminal, criminal-like or illegal act by You, a Family member or a Travel Companion.
27. War (whether declared or undeclared), acts of war, military duty, civil disorder or unrest.
28. Nuclear reaction, radiation or radioactive contamination.
29. The coverage provided hereunder shall be null and void for travel in, to, or through Cuba, because such travel is not serviced and supported by the Insurer's United States affiliates.
30. Any portion of benefits up to the amount of Your Deductible, if You have chosen a Deductible option. You will be responsible for the Deductible, and We will apply this Deductible to any claim covered under this insurance in excess of Your government health insurance plan (GHIP).
31. Any trip interruption expenses if You have knowledge at the time of departure of any reason why the Trip might be cancelled, interrupted or delayed.
32. Travel for the purpose of visiting a person suffering from a Medical condition and the Medical condition (or ensuing death) of that person is the cause of cancellation, interruption or delay of Your trip.
33. The financial default or bankruptcy of a travel supplier.
34. Your choice not to continue Your trip, if possible, after a trip interruption.
35. Loss or theft of: animals; bicycles (except while checked as baggage on a common carrier); perishable items; household items and furniture; artificial teeth or limbs; hearing aids; eyeglasses of any type; contact lenses; money; tickets; securities; items related to your occupation or profession; antiques or collectors' items; fragile items; items obtained illegally; or articles that are insured on a valued basis.
36. Damage or loss resulting from wear and tear, deterioration, defect, mechanical breakdown, Your imprudence, or Your omission.
37. Unaccompanied baggage or personal effects; baggage or personal effects left unattended or in an unlocked Vehicle; or baggage or personal effects shipped under a freight contract.
38. Baggage that is delayed on Your return flight.

HOW TO FILE A CLAIM

You must substantiate Your claim by providing all documents listed below. (We are not responsible for charges levied in relation to any such documents.)

1. A completed Travel Medical Expenses Claim Form (that We provide upon notification of claim).
2. Original itemized bills from the licensed medical provider(s) stating the patient's name, diagnosis, date and type of Medical Treatment, and the name, address and telephone number of the provider, as well as the original transaction documents proving that payment was made to the provider.
3. Original prescription drug receipts from the pharmacist, Physician or Hospital indicating the name of the prescribing Physician, prescription number, name of preparation, date, quantity and total cost.
4. For out of pocket expenses: an explanation of expenses accompanied by the original receipts.

- Indicate Your certificate number on all correspondence.
- Send all of these items to Our Authorized Administrator at:

For the Province of Quebec:

Travel Guard Canada
c/o Global Excel
Attn: Claims Department
73 Queen Street, Sherbrooke, Quebec J1M 0C9
If You have any questions regarding Your claim,
please call: 1-888-566-8028.

For All Other Canadian Provinces:

Travel Guard Canada
c/o Claims
120 Bremner Blvd., Suite 2200
Toronto, Ontario M5J 0A8
If You have any questions regarding Your claim,
please call: 1-866-878-0191.

CONFORMITY WITH PROVINCIAL STATUTES

Any provision in this summary of coverage which is in conflict with the statutes of the province or territory where it is issued is hereby amended to conform to such statute.

The Group Master Policy, this summary of coverage issued under the Group Master Policy, Your application to enrol in the Group Master Policy, the confirmation of insurance document and any document attached to it when issued, and any amendment agreed upon in writing after it is issued, constitute the entire contract of insurance as it applies to You, and no agent has authority to change the contract or waive any of its provisions.

Waiver

We shall be deemed not to have waived any condition of the contract of insurance, either in whole or in part, unless the waiver is clearly expressed in writing and signed by Us.

Copy of Application to Enroll

We shall, upon request, furnish to the Insured or to a claimant a copy of the confirmation of coverage.

Material Facts

No statement made by the Insured at the time of application to enroll shall be used in defence of a claim under or to avoid this coverage unless it is contained in the application to enroll or any other written statements or answers furnished as evidence of insurability.

Notice and Proof of Claim

The Insured, or a beneficiary entitled to make a claim, or the agent of any of them shall:

- a. give written notice of claim to Us:
 - I. by delivery thereof, or by sending it by registered mail to Us;

- II. by delivery thereof to Us, not later than thirty (30) Days from the date a claim arises;
- b. within ninety (90) Days from the date a claim arises on account of an Accident, Sickness or Injury, furnish to Us such proof as is reasonably possible in the circumstances of the happening of the Accident or the commencement of the Sickness or Injury, and the loss occasioned thereby, the right of the claimant to receive payment, his or her Age, and the Age of the beneficiary, if relevant; and
- c. if so required by Us, furnish a satisfactory certificate as to the cause or nature of the loss or Accident, Sickness or Injury for which the claim may be made under this coverage and as to the duration of such disability.

Failure to Give Notice or Proof

Failure to give notice of claim or furnish proof of claim, within the time prescribed by this statutory condition, does not invalidate the claim if the notice or proof is given or furnished as soon as reasonably possible and in no event later than one (1) year from the date of the Accident or the date the claim arises, on account of Sickness or Injury if it is shown that it was not reasonably possible to give notice or furnish proof within the time so prescribed.

Insurer to Furnish Forms for Proof of Claim

We shall furnish forms for proof of claim within fifteen (15) Days after receiving notice of claim, but where the claimant has not received the forms within that time, the claimant may submit his or her proof of claim in the form of a written statement of the cause or nature of the loss or the Accident, Sickness or Injury giving rise to the claim and of the extent of the loss.

Rights of Examination

As a condition precedent to recovery of insurance money hereunder:

- a. the claimant shall afford to Us an opportunity to examine the person of the Insured when and so often as it reasonably requires while the claim hereunder is pending; and
- b. in the case of death of the person Insured, We may require an autopsy subject to any law of the applicable jurisdiction relating to autopsies.

When Money is Payable

All money payable hereunder shall be paid by Us within sixty (60) Days after We have received proof of claim.

Limitation of Actions

An action or proceeding against Us for the recovery of a claim under this coverage shall not be commenced more than one (1) year after the date the insurance moneys became payable or would have become payable if it had been a valid claim.

The Insured must read this summary of coverage and the confirmation of insurance, and if incorrect, return it immediately for alteration. In the event of an occurrence likely to result in a claim under this insurance, immediate notice should be given to Us.

24/7 Concierge and Livetravel™ services

For the Province of Quebec:

- toll free 1-888-566-8028, if in Canada or Continental U.S.
- collect 1-819-566-8028, if calling from elsewhere in the world

For all other Provinces:

- toll free 1-866-878-0192, if in Canada or Continental U.S.
- collect 1-416-646-3723 if calling from elsewhere in the world

This service is available to You for the duration of Your Trip. Our concierge service team can help You find and coordinate the extra things that make Your trip enjoyable. Our Livetravel™ service team can help You with emergency travel problems that can arise during a Trip. Services include:

- Highlights on sights and attractions;
- Restaurant referrals and reservations: Worldwide dining referrals and reservations made on the Your behalf, based on availability;
- Tee-time reservations: Assistance with scheduling tee-off times and making course recommendations;
- Assistance getting tickets to cultural and sporting events, based on availability;
- Travel documents assistance, emergency cash transfer assistance, emergency message centre, and interpretation services;
- Assistance locating a bank machine;
- Driving directions over the phone;
- Pre-Trip travel advice;
- Access to passport, visa, and vaccine requirements, travel safety and health advisories, embassy contacts, weather and currency information.
- Emergency and after-hours travel services; Rebooking Flights, Hotel Reservations, Ground Transportation, Luggage Tracing, Lost/Stolen Credit Card Replacement, E-mail or Phone Message Relay, and Emergency Cash Transfers.



Travel Guard®

01/06/2021

393210 P1 P2 P3 P4 08/08; 394210 P1 P2 04/09; 395210 P1 P2 04/09;
393250 P1 P2 P3 P4 08/08; 394250 P1 P2 04/09;
395250 P1 P2 04/09