

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

HSBC

Régime d'assurance pour les nouveaux arrivants et les visiteurs au Canada

Police d'assurance pour voyage accordant une garantie pour :
soins médicaux d'urgence

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 : 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 : 416-646-3723
Télécopieur : 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 : 300-885, Rue West Georgia
Vancouver, Colombie-britannique
V6C3E9
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 d'assurance pour les nouveaux arrivants et les visiteurs au Canada (le « Régime »). La prime que vous paierez pour le Régime est calculée en fonction de votre âge, ainsi que de la durée du voyage. Vous pouvez obtenir un devis 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 POLICE.....	3
PRODUITS SIMILAIRES	3
À QUI DOIS-JE M'ADRESSER SI J'AI DES QUESTIONS?	3
CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ	3
QUI PEUT SOUSCRIRE CETTE ASSURANCE	3
QUI NE PEUT PAS SOUSCRIRE CETTE ASSURANCE	3
QUELLES LIMITES POURRAIENT S'APPLIQUER EN RAISON DE MON ÉTAT DE SANTÉ?	4
QUELLES SONT LES TROIS (3) PRINCIPALES GARANTIES NON OFFERTES PAR LE RÉGIME?	4
QUELLES SONT LES GARANTIES 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 GÉNÉRALES	10
AVIS DE RÉOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE	11

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

Si, dans les 10 jours de la date d'achat de votre assurance, vous avez quitté pour votre voyage ou si vous avez des raisons de présenter une réclamation, vous ne pourrez pas bénéficier d'un remboursement intégral.

PRODUITS SIMILAIRES

Il existe d'autres types de produits sur le marché qui offrent une couverture similaire. Vous devriez 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, veuillez communiquer avec Gestion Global Excel (GEM) aux numéros de téléphone suivants :

Numéro sans frais : **1-888-566-8028**, au Canada et dans la zone continentale des États-Unis

Numéro à frais virés : **1-819-566-8028**, ailleurs dans le monde

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ :

Qui peut souscrire au Régime ?

Vous pouvez souscrire au Régime si vous avez prévu être au Canada pendant plus de la moitié de votre voyage et vous devez :

- 1 être un visiteur au Canada;
- 2 avoir un visa de travail ou un visa d'étudiant canadien;
- 3 être un immigrant ou un résident permanent en attente d'admissibilité au régime public d'assurance maladie ou avoir complété les procédures d'obtention du statut d'immigrant ou de résident permanent; **ou**
- 4 être un Canadien de retour au pays qui n'est pas admissible à un régime public d'assurance maladie provincial ou territorial en raison d'une absence prolongée.

Admissibilité à la couverture individuelle

Pour être admissible à la couverture individuelle, vous devez :

- 1 être âgé de 74 ans ou moins au moment de la souscription au Régime; **et**
- 2 payer la prime et voyager pendant au moins sept (7) jours, sans dépasser 365 jours.

Admissibilité à la couverture familiale

Pour être admissible à la couverture familiale, Vous devez :

- 1 être âgé de 59 ans ou moins au moment de la souscription du Régime;
- 2 voyager avec sept (7) voyageurs ou moins par Régime : deux (2) adultes et jusqu'à cinq (5) enfants qui répondent à la définition de conjoint ou d'enfant à charge, respectivement; **et**
- 3 payer la prime et voyager pendant au moins sept (7) jours, sans dépasser 365 jours.

Enfant à charge : toute personne non mariée qui est Votre enfant biologique ou adopté, qui est l'enfant de Votre conjoint(e) ou dont Vous êtes la famille d'accueil, qui est à Votre charge et qui est âgée de moins de 21 ans, ou qui est étudiant à temps plein et âgée de moins de 26 ans, ou qui est mentalement ou physiquement incapable de subvenir à ses besoins. Vous devez être le tuteur légal de tout enfant dont Vous êtes la famille d'accueil et ce dernier doit résider à la même adresse que Vous.

Conjoint : personne à laquelle vous êtes légalement marié, ou personne qui vit avec vous dans une relation conjugale depuis au moins un (1) an, quel que soit son sexe.

Qui ne peut pas souscrire au Régime ?

Vous ne pouvez pas souscrire au Régime si vous avez :

1. 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. subi une greffe de moelle osseuse ou une greffe d'organe nécessitant l'utilisation de médicaments antirejet (immunosuppresseurs);
3. 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 dans le cadre de cette assurance.

QUELLES LIMITES POURRAIENT S'APPLIQUER EN RAISON DE MON ÉTAT DE SANTÉ?

Si vous avez une urgence médicale pendant votre voyage, vos antécédents médicaux feront l'objet d'un examen par le gestionnaire des réclamations.

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

Période rétrospective de 180 jours

Pour bénéficier d'une couverture complète, vos problèmes de santé et les médicaments que vous prenez ne doivent pas changer, et vous ne devez pas subir de blessure.

Début de la période rétrospective < Période rétrospective de 180 jours > Assurance souscrite
4 mars 1^{er} septembre

Stable et contrôlé : toute Condition médicale (autre qu'une Affection mineure) pour laquelle il n'y a pas eu :

- de nouveau Traitement, de nouvelle prise en charge médicale, ou de nouveau médicament prescrit;
- de changement dans le Traitement, de changement dans la gestion médicale ou de Changement dans les Médicaments prescrits;
- de nouveau symptôme ou de nouvelle constatation, de symptôme ou de constatation plus fréquente ou de symptôme ou de constatation plus grave;
- de résultat de test confirmant une détérioration;
- 4. de tests diagnostiques terminés ou entamés, ou recommandés pour les symptômes, que Votre diagnostic ait été déterminé ou non; **et**
- d'Hospitalisation ou de renvoi à un spécialiste (effectué ou recommandé).

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

- Le Régime ne couvre pas l'annulation de voyage, les interruptions du voyage, les retards de voyage et les bagages.
- Le 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 (avec lesquelles nous faisons affaire pour offrir le service et le soutien).
- Le 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 un de ces pays ou passant par ces pays.

Pour une liste complète, consultez le libellé de la police; Exclusions générales 1 à 27.

QUELLES SONT LES GARANTIES OFFERTES PAR LE RÉGIME?

Le Régime couvre les traitements médicaux d'urgence et les traitements dentaires d'urgence pendant un voyage couvert. Le montant maximal de couverture offert par le Régime est de 150 000 \$CA.

La couverture 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 l'attestation d'assurance qui vous est envoyée par courriel, et sont identifiées comme étant la date de départ et la date de retour).

Le Régime offre une couverture pendant votre voyage, pour une raison couverte. Voici quelques exemples de couverture :

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. 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.
3. 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.
4. 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.

Traitement médical d'urgence : toute procédure raisonnable, de nature médicale, thérapeutique ou diagnostique, qui est médicalement nécessaire et qui est prescrite par un Médecin. Le traitement médical comprend l'Hospitalisation, les tests diagnostiques de base, la chirurgie, les médicaments sur ordonnance (y compris ceux prescrits selon les besoins) ou tout autre traitement directement lié à la Maladie, à la Blessure ou au symptôme.

Traitement dentaire d'urgence : services ou fournitures dentaires immédiats et médicalement nécessaires fournis par un dentiste habilité, un Hôpital ou un autre Fournisseur de soins habilité, résultant d'une condition aiguë et inattendue survenue au cours d'un Voyage.

Pour une liste complète, consultez le libellé de la police; Assurance en cas d'urgence médicale ou dentaire, risque couvert 1 (garanties 1 à 7; et risque couvert 2).

PUIS-JE RÉSILIER MA POLICE?

1. Vous pouvez résilier votre police avant la date de votre départ et demander un remboursement par l'intermédiaire de Travel Guard Canada.
2. Si vous devez résilier votre police après la date de votre départ, votre remboursement sera calculé en fonction du nombre de jours non utilisés que vous avez achetés.
3. Si vous avez fait une demande et êtes devenu admissible à un régime d'assurance maladie provincial ou territorial au Canada, vous pouvez résilier la couverture restante. Votre remboursement sera calculé en fonction du nombre de jours non utilisés que vous avez achetés.

Résiliation de la police – Nombre de jours non utilisés.

Demande de résiliation reçue par Travel Guard Canada le 31 juillet

Date de résiliation 1^{er} août < Nombre de jours pour un remboursement de prime = 46 jours > Date de retour prévue 15 septembre

Date de départ : date indiquée sur votre attestation d'assurance comme étant la date que vous avez choisie pour débuter votre couverture au Canada.

Toutes les demandes de résiliation de la police doivent être envoyées par écrit à Travel Guard Canada.

MA COUVERTURE PEUT-ELLE ÊTRE PROLONGÉE?

Prolongations facultatives de la garantie

Si vous avez commencé votre voyage et avez besoin d'une couverture pour une période plus longue, vous pouvez demander une prolongation de votre couverture par l'intermédiaire de Travel Guard Canada. Votre demande écrite de prolongation doit avoir été reçue avant la date prévue de votre retour. Vous devrez payer une surprime pour une telle prolongation.

Pour demander une prolongation, vous ne devez pas avoir de condition médicale, de maladie ou de blessure pour lesquels une intervention chirurgicale ou une hospitalisation est prévue ou attendue. Aucune prolongation de la police n'est possible si une réclamation a été faite ou présentée.

Date de retour : date à laquelle vous avez prévu de mettre fin à votre voyage ou date à laquelle vous retournez dans votre pays d'origine.

Si nous approuvons la prolongation de la garantie, celle-ci ne couvrira pas les 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 est automatiquement prolongée si vous ou votre compagnon de voyage êtes hospitalisé à la date de retour prévue :

1. jusqu'à cent vingt (120) heures après votre congé de l'hôpital; **ou**
2. jusqu'à la date à laquelle notre service médical estime que vous êtes médicalement apte à voyager.

La couverture est automatiquement prolongée si vous avez une condition médicale qui vous rend médicalement incapable de voyager à la date de retour prévue, mais que vous n'êtes pas hospitalisé :

1. jusqu'à cent vingt (120) heures après la date de retour prévue; **ou**
2. jusqu'à 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. Un voyageur est malade et a besoin d'un traitement médical d'urgence.
2. Un voyageur tombe accidentellement et se casse une dent.

Les reçus originaux doivent être présentés au moment de la réclamation pour obtenir le remboursement des frais que vous avez payés.

PROCÉDURES DE PRÉSENTATION D'UNE RÉCLAMATION ET PAIEMENT DES RÉCLAMATIONS

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

Une réclamation au titre de l'assurance voyage doit d'abord être présentée selon les modalités du sommaire de couverture, 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?

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

- Dans la mesure du possible, communiquer avec l'administrateur des réclamations avant d'obtenir des soins médicaux. Si vous ne pouvez pas communiquer avec 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 communiquer avec l'administrateur des réclamations, vous devez le faire dès que possible.

**Pour soumettre une réclamation ou demander un formulaire de réclamation, appelez aux numéros suivants :
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 appropriés.

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 l'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;
- les reçus originaux et les factures détaillées pour tous les frais engagés; **et**
- les documents originaux de tout remboursement reçu.

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

Toutes les réclamations doivent être soumises au gestionnaire 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) à dix (10) 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. Gestion Global Excel examinera alors les informations supplémentaires et vous communiquera 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 votre achat du Régime des nouveaux arrivants et des visiteurs au Canada de la HSBC, veuillez consulter la Politique de règlement des plaintes de la Compagnie d'assurance AIG du Canada à <https://www.aig.ca/fr/politique-de-reglement-de-plaintes>.

AVIS DE RÉSOLUTION 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 www.lautorite.qc.ca.

AVIS DE RÉSOLUTION 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)

HSBC Régime d'assurance pour les nouveaux arrivants et les visiteurs au Canada

Assurance en cas d'urgence médicale et service mondial d'assistance voyage

Code produit 396400 P1-P2 09/20

VEUILLEZ LIRE CE DOCUMENT ATTENTIVEMENT

Le présent Sommaire de couverture résume la couverture offerte aux personnes admissibles aux termes de la **Police n° 9501340** émise à l'intention de la Banque HSBC Canada par la Compagnie d'assurance AIG du Canada.

La Police, le présent Sommaire de couverture, Votre Attestation d'assurance, tout document qui y est joint au moment de son émission et toute modification convenue par écrit après son émission, constituent l'intégralité du contrat d'assurance tel qu'il s'applique à Vous. Aucun agent n'a le pouvoir de modifier le contrat ou de renoncer à l'application de ses dispositions.

Le présent Sommaire de couverture est le seul contrat aux termes duquel des prestations sont versées. Veuillez lire attentivement Votre Sommaire de couverture afin de bien comprendre l'assurance qui Vous est offerte. Si Vous avez des questions concernant le présent Sommaire de couverture, Vous pouvez Nous appeler au 1-877-202-3341.

L'assurance voyage est conçue pour couvrir les pertes résultant de circonstances soudaines et imprévisibles. Il est important que Vous lisiez et compreniez Votre Sommaire de couverture avant de voyager, car Votre couverture pourrait être soumise à des limitations et à des exclusions.

Pour pouvoir acheter le régime d'assurance en cas d'urgence médicale pour visiteurs au Canada et être admissible à toute couverture offerte aux termes de ce régime, Vous devez avoir prévu être au Canada pendant plus de la moitié de Votre Voyage à l'extérieur de Votre Pays d'origine, et Votre Voyage doit commencer et se terminer au Canada.

Le présent Sommaire de couverture fournit une description complète des prestations, des modalités, des conditions, des limitations et des exclusions de Votre couverture d'assurance.

Cette assurance est destinée à couvrir certains frais médicaux résultant d'Accidents imprévus. Il se peut que Votre Sommaire de couverture ne couvre pas les Problèmes de santé et les symptômes que Vous ressentiez ou dont Vous étiez atteint avant Votre Voyage. Vérifiez comment cela s'applique dans Votre Sommaire de couverture, notamment en ce qui a trait à la Date de départ et la date d'achat de Votre Voyage.

En cas d'Accident, de Blessure ou de Maladie, Vos antécédents médicaux pourraient être examinés au moment de la réclamation.

Votre Sommaire de couverture comprend un service d'assistance voyage; il pourrait Vous être demandé d'aviser la société de services d'assistance désignée avant de recevoir un Traitement. Votre Sommaire de couverture peut limiter les prestations si Vous ne communiquez pas avec la société de services d'assistance dans un délai déterminé.

Le présent Sommaire de couverture contient une clause qui peut restreindre Votre droit de désigner un bénéficiaire. Consultez la rubrique VII. Procédez pour présenter une réclamation et demandes de renseignements au service à la clientèle à la page 23 du présent Sommaire de couverture pour obtenir de plus amples renseignements au sujet de cette restriction. Pour plus d'information, Vous pouvez également communiquer avec Travel Guard Canada.

Prescription

Toute poursuite ou procédure intentée contre un Assureur pour le recouvrement de sommes d'assurance payables en vertu du contrat est absolument prescrite à moins qu'elle ne soit intentée dans le délai prévu par l'« *Insurance Act* » (pour les poursuites et procédures régies par les lois de l'Alberta et de la Colombie-Britannique), la *Loi sur les assurances* (pour les poursuites et procédures régies par les lois du Manitoba), la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (pour les poursuites et procédures régies par les lois de l'Ontario), ou toute autre loi applicable.

Si Votre état de santé change (comprenant tout Changement dans les Médicaments ou Traitements prescrits) avant la Date de départ de tout Voyage, Vous devez Nous en informer immédiatement au 1-877-202-3341. Nous Vous informerons des conséquences de ce changement sur Votre couverture.

LE PRÉSENT SOMMAIRE DE COUVERTURE COMPREND DES RESTRICTIONS QUANT AUX PRESTATIONS

- 1 Il se peut que Votre Sommaire de couverture ne couvre pas les Problèmes de santé et les symptômes que Vous ressentiez ou dont Vous étiez atteint avant Votre Voyage. Vérifiez comment cela s'applique dans Votre Sommaire de couverture, notamment en ce qui a trait à la Date de départ
- 2 À moins que Votre état de santé ne Vous empêche de le faire, Vous devez communiquer avec Nous avant de consulter un médecin, sans quoi Vous pourriez devoir assumer jusqu'à 30 % de tous les frais admissibles engagés, ou ne pas être remboursé en cas de réclamation. Vous devez communiquer avec Nous dès que cela est médicalement possible, ou voir à ce que quelqu'un appelle en Votre nom.
- 3 Notre département médical doit approuver à l'avance toute intervention médicale (incluant, mais sans s'y limiter, les interventions cardiaques et les cathétérismes cardiaques). À défaut de nous appeler, Vous pourriez devoir assumer jusqu'à 30 % de tous les frais admissibles engagés, à moins que Votre état de santé ne Vous empêche de le faire, auquel cas Vous devez communiquer avec Nous dès que cela est médicalement possible ou voir à ce que quelqu'un appelle en Votre nom.
- 4 Si Vous décidez de ne pas recevoir de Traitement ou de services d'un Fournisseur de soins conformément à Nos directives, Vous pourriez devoir assumer jusqu'à 70 % des frais admissibles engagés.
- 5 La couverture fournie par le présent Sommaire de couverture ne s'applique pas aux risques et réclamations liés à Cuba, ceux-ci n'étant pas gérés ni pris en charge par Nos filiales américaines (sur lesquelles Nous comptons pour offrir le service et le soutien), à moins qu'une telle garantie ne soit admissible en vertu de toutes les sanctions applicables.
- 6 L'Assureur n'est pas tenu de fournir une garantie ou d'effectuer de paiement en vertu des présentes si cela contrevient à une loi ou à un règlement sur les sanctions qui exposerait l'Assureur, sa société mère ou son entité de contrôle à une pénalité en vertu de toute loi ou de tout règlement sur les sanctions.
- 7 Le présent Sommaire de couverture ne couvre pas les pertes, les blessures, les dommages ou la responsabilité civile découlant directement ou indirectement d'un voyage réel ou prévu à destination de ou passant par Cuba, l'Iran, la Syrie, la Corée du Nord ou la région de la Crimée.

VOUS N'ÊTES ADMISSIBLE À AUCUNE ASSURANCE AU TITRE DU PRÉSENT SOMMAIRE DE COUVERTURE SI :

- 1 Un médecin agréé Vous a diagnostiqué une Maladie en phase terminale.
- 2 Vous avez subi une greffe de moelle osseuse ou une greffe d'organe (à l'exception de la cornée) qui nécessite l'utilisation de médicaments antirejet (immunosuppresseurs).
- 3 Vous avez besoin d'une dialyse de n'importe quel type pour une maladie rénale.
- 4 Au cours des 12 derniers mois, on Vous a prescrit ou Vous avez eu recours à l'oxygénothérapie à domicile à tout moment.

TABLE DES MATIÈRES

TABLEAU DES PRESTATIONS	4
RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS	5
I. DÉFINITIONS	5
II. PRÉCISIONS AU SUJET DE VOTRE ASSURANCE	11
III. ASSURANCE EN CAS D'URGENCE MÉDICALE OU DENTAIRE	13
IV. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	18
V. EXCLUSIONS GÉNÉRALES	21
VI. MONTANTS MAXIMUMS DES PRESTATIONS	23
VII. PROCÉDURES POUR PRÉSENTER UNE RÉCLAMATION	23
VIII. SERVICES POUR MIEUX VOUS SERVIR	26
PRINCIPES DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	27

TABLEAU DES PRESTATIONS

Toutes les prestations sont par Montants maximums
personne (jusqu'à)

Frais médicaux et dentaires d'urgence
Frais médicaux d'urgence 150 000 \$

Frais dentaires d'urgence pour Blessure ou Maladie	250 \$
Repas et hébergement	1 500 \$
Compagnon de chevet et subsistance	
Tarifs aériens en classe économique	Inclus
Frais de subsistance	500 \$
Compagnon couvert par le Résumé de couverture	Inclus
Services professionnels d'urgence (par profession)	250 \$
Évacuation d'urgence	5 000 \$
Rapatriement de la dépouille	5 000 \$
Frais de subsistance	500 \$

Services d'assistance	
Service mondial d'assistance voyage	Inclus
Service d'assistance médicale en voyage	Inclus

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Certains termes du présent document ont des significations particulières. Ces termes commencent par une majuscule lorsque leur sens est défini à la rubrique Définitions, à l'exception des titres.

En plus de ce Sommaire de couverture, Vous devriez avoir reçu une Attestation d'assurance qui expose les détails spécifiques au produit d'assurance que Vous avez souscrit.

Tous ces documents constituent Votre contrat d'assurance. Si Vous n'avez pas reçu tous ces documents, si une information contenue dans ces documents est incorrecte ou si Vous avez des questions concernant Votre couverture, il est de Votre responsabilité de communiquer avec Nous. Vous devriez apporter tous ces documents avec Vous lorsque Vous voyagez.

I. DÉFINITIONS

Nous donnons un sens très précis aux termes suivants lorsqu'ils apparaissent dans le présent Sommaire de couverture. Nous avons mis ces mots en majuscules lorsqu'ils sont utilisés comme un terme défini.

Accident/Accidentel : événement extérieur soudain, inattendu, non intentionnel, imprévisible, survenant au cours d'un Voyage assuré et qui, indépendamment de toute autre cause, entraîne une Blessure.

Affection mineure : toute Maladie ou Blessure qui ne nécessite pas l'utilisation de médicaments pendant une période supérieure à 15 jours, qui ne nécessite pas plus d'une (1) Visite de suivi chez un Médecin, d'Hospitalisation, d'intervention chirurgicale ou d'orientation vers un spécialiste, et qui se termine au moins 30 jours consécutifs avant la Date de départ de chaque Voyage. Toutefois, une condition

chronique ou toute complication d'une condition chronique n'est pas considérée comme une affection mineure.

Assuré : la personne désignée comme « voyageur principal » ou une (1) ou plusieurs autres personnes, le cas échéant, désignées comme « autres voyageurs » dans l'Attestation d'assurance, chacune selon le contexte.

Assureur : la Compagnie d'assurance AIG du Canada, 120 boulevard Bremner, bureau 2200 Toronto (Ontario) M5J 0A8. Le présent Sommaire de couverture est administré au nom de la Compagnie d'assurance AIG du Canada par Travel Guard Group Canada, Inc. (Travel Guard Canada).

Attestation d'assurance : Votre plus récent(e) impression papier, formulaire imprimé, copie sous forme électronique, facture ou document du Sommaire de couverture qui indique le produit d'assurance que Vous avez souscrit et, le cas échéant, toute couverture complémentaire facultative que Vous avez choisie.

Blessure : blessure corporelle subie au cours d'un Voyage, qui est occasionnée, directement et indépendamment de toute autre cause, par un Accident.

Changement dans les médicaments prescrits : réduction ou augmentation du dosage ou de la fréquence d'un médicament, interruption d'un médicament ou encore prescription d'un nouveau médicament.

Exceptions :

- ajustement du dosage de l'insuline ou du Coumadin (Warfarine) que Vous prenez actuellement, à condition qu'il ne soit pas nouvellement prescrit ou interrompu, et qu'il n'y a pas eu de changement dans votre Condition médicale;
- changement de médicament de marque à un médicament générique (dans la mesure où le dosage n'est pas modifié).

Compagnon de voyage : personne avec laquelle Vous partagez les arrangements de Voyage et l'hébergement prépayé (jusqu'à un maximum de trois (3) personnes) dans le cadre d'un Voyage.

Condition médicale : se dit d'une irrégularité dans l'état de santé d'une personne qui a nécessité ou exige un avis médical, une consultation, un examen médical, un Traitement, des soins, un service ou un diagnostic effectué(e) par un Médecin. « Condition médicale » comprend les complications de la grossesse au cours des 26 premières semaines de la grossesse.

Conjoint(e) : personne à laquelle Vous êtes légalement marié, ou personne qui vit avec Vous dans une relation

conjugale depuis au moins un (1) an, quel que soit son sexe.

Consultation médicale : tout service d'examen ou d'évaluation médicale, y compris la prise de l'historique médical, les tests, les conseils et les Traitements effectués par un Médecin d'un symptôme ou d'une Maladie qui peut ou non avoir été diagnostiqué(e) de manière définitive.

Contamination : acte ou processus qui rend quelque chose nocif ou nuisible à l'humain par une substance nucléaire, chimique ou biologique, provoquant des maladies, des Blessures ou la mort.

Date de départ : date indiquée sur Votre Attestation d'assurance comme étant la date que Vous avez choisie pour débiter Votre couverture au Canada.

Date de retour : date à laquelle Vous avez prévu de mettre fin à Votre Voyage ou date à laquelle Vous retournez dans Votre Pays d'origine.

Enfant à charge : toute personne non mariée qui est Votre enfant biologique ou adopté, qui est l'enfant de Votre conjoint(e) ou dont Vous êtes la famille d'accueil, qui est à Votre charge et qui est âgée de moins de 21 ans, ou qui est étudiant à temps plein et âgée de moins de 26 ans, ou qui est mentalement ou physiquement incapable de subvenir à ses besoins. Vous devez être le tuteur légal de tout enfant dont Vous êtes la famille d'accueil et il doit résider à la même adresse que Vous.

Escalade : ascension ou descente d'une montagne nécessitant l'utilisation de matériel spécialisé, incluant mais sans s'y limiter, de piolets, de relais, de pitons à expansion, de crampons, de mousquetons et de dispositifs d'ancrage pour l'ascension en moulinette ou en premier de cordée.

Fournisseur de soins : Hôpitaux, cliniques, Médecins et autres fournisseurs de soins médicaux dont Nous avons approuvé le recours au moment de l'Urgence médicale.

Frais de subsistance : frais engagés en raison d'une Urgence, y compris l'hébergement, les repas et les appels téléphoniques essentiels.

Hôpital : établissement médical légalement accrédité pour fournir des Traitements médicaux, diagnostiques et chirurgicaux aux patients hospitalisés pendant la phase aiguë de leur Maladie ou Blessure, qui exerce principalement les activités susmentionnées et qui fonctionne sous la supervision de Médecins, et où il y a au moins un membre du personnel qui est infirmier agréé en service en tout temps. « Hôpital » ne comprend pas les institutions accréditées comme les résidences pour personnes âgées, les maisons de repos, les maisons de retraite, les hôpitaux pour

convalescents, les stations santé ou les centres de réadaptation ou de traitement de la toxicomanie, de l'alcoolisme ou d'autres dépendances.

Hospitalisation ou Hospitalisé(e) : état dans lequel une personne est admise dans un Hôpital et reçoit un Traitement médical d'urgence en tant que patient hospitalisé.

Maladie en phase terminale : Condition médicale pour laquelle il n'y a pas de possibilité de rétablissement envisagée et qui comporte un pronostic de décès dans les 12 mois après la date à laquelle Vous avez souscrit Votre Régime médical d'urgence pour visiteurs au Canada auprès de Nous.

Maladie : maladie aiguë ou imprévue nécessitant un Traitement médical d'urgence, un Traitement dentaire d'urgence ou une Hospitalisation en raison de l'apparition soudaine de symptômes.

Médecin : médecin, autre que Vous-même, qu'un Membre de votre famille immédiate, que Votre Compagnon de voyage ou qu'un membre de sa famille immédiate, qui est autorisé à administrer un Traitement médical et à prescrire des médicaments dans le lieu où il fournit des services médicaux. Les personnes suivantes ne sont pas considérées comme des Médecins : les praticiens de la médecine traditionnelle chinoise et les rebouteux, les naturopathes, les herboristes et les homéopathes.

Médicament prescrit : médicament qui ne peut être obtenu que sur ordonnance d'un Médecin habilité pour les Traitements médicaux d'urgence ou d'un dentiste pour les Traitements dentaires d'urgence, et qui est délivré par un pharmacien habilité.

Membre de votre famille immédiate : désigne une ou plusieurs des personnes suivantes : Votre conjoint(e) et ses enfants, Vos enfants biologiques ou adoptés, les enfants dont Vous êtes la famille d'accueil, les personnes dont Vous êtes le tuteur légal, Vos parents, Vos beaux-parents, Vos frères et sœurs, Vos beaux-frères et belles-sœurs, Vos demi-frères et demi-sœurs, Vos grands-parents, Vos petits-enfants, Vos oncles et tantes, et Vos neveux et nièces.

Nous, Notre, Nos : la Compagnie d'assurance AIG du Canada, 120 boulevard Bremner, bureau 2200 Toronto (Ontario) M5J 0A8. Le présent Sommaire de couverture est administré au nom de la Compagnie d'assurance AIG du Canada par Travel Guard Group Canada, Inc. (Travel Guard Canada).

Pays d'origine : pays dans lequel Vous étiez résident permanent avant d'entrer au Canada ou le pays qui a délivré Votre passeport.

Pour les titulaires d'un passeport canadien sans résidence permanente ni accès à un Régime public d'assurance maladie, le Pays d'origine est le pays d'où Vous êtes parti avant d'arriver au Canada.

Si Vous êtes admissible au Régime public d'assurance maladie d'une province ou d'un territoire dans les 90 jours après une Urgence, Votre Pays d'origine sera le Canada.

Prime : le coût de Votre couverture du régime d'assurance en cas d'urgence médicale pour visiteurs au Canada, plus tout montant supplémentaire exigible pour toute couverture facultative que Vous avez souscrite.

Récurrence : apparition de symptômes causés par ou liés à une Condition médicale qui avait déjà été diagnostiquée par un Médecin ou pour laquelle un Traitement avait déjà été reçu.

Régime public d'assurance maladie (RPAM) : couverture d'assurance maladie que les gouvernements provinciaux ou des territoires canadiens offrent à leurs résidents.

Sommaire de couverture : le présent document, les intercalaires et les avenants joints au présent document, la proposition d'assurance et l'Attestation d'assurance, lesquels constituent ensemble le contrat.

Stable et contrôlé : toute Condition médicale (autre qu'une Affection mineure) pour laquelle il n'y a pas eu :

- de nouveau Traitement, de nouvelle prise en charge médicale, ou de nouveau(x) médicament(s) prescrit(s);
- de changement dans le Traitement, de changement dans la gestion médicale ou de Changement dans le(s) Médicament(s) prescrit(s);
- de nouveau symptôme ou de nouvelle constatation, de symptôme ou de constatation plus fréquente ou de symptôme ou de constatation plus grave;
- de résultat de test confirmant une détérioration;
- de tests diagnostiques terminés ou entamés, ou recommandés pour les symptômes, que Votre diagnostic ait été déterminé ou non; et
- d'Hospitalisation ou de renvoi à un spécialiste (effectué ou recommandé).

Traitement : procédure médicale, thérapeutique ou diagnostique prescrite, effectuée ou recommandée par un Médecin habilité, y compris, sans s'y limiter, les médicaments prescrits, les tests diagnostiques et les chirurgies.

Traitement de suivi : traitement qui se poursuit au-delà de l'Urgence initiale.

Traitement dentaire d'urgence : services ou fournitures

dentaires immédiats et médicalement nécessaires fournis par un dentiste habilité, un Hôpital ou un autre Fournisseur de soins habilité, résultant d'une condition aiguë et inattendue survenue au cours d'un Voyage.

Traitement médical d'urgence : toute procédure raisonnable, de nature médicale, thérapeutique ou diagnostique, qui est médicalement nécessaire et qui est prescrite par un Médecin. Le traitement médical comprend l'Hospitalisation, les tests diagnostiques de base, la chirurgie, les médicaments sur ordonnance (y compris ceux prescrits selon les besoins) ou tout autre traitement directement lié à la Maladie, à la Blessure ou au symptôme.

Traitement médical prévu : Consultation médicale ou Hospitalisation qui, selon Vos antécédents médicaux, aura probablement ou certainement lieu.

Transporteur public/transporteur régulier : véhicule de transport aérien, terrestre ou maritime opéré suivant un permis autorisant le transport des passagers à titre onéreux.

Troubles mentaux ou émotionnels : états émotionnels ou d'anxiété, crises situationnelles, d'anxiété ou de panique, ou autres troubles de santé mentale traités par des tranquillisants ou des anxiolytiques (p. ex., troubles de santé mentale ou nerveux comme l'anxiété, la dépression, la névrose, la psychose, ou toute complication physique connexe).

Urgence médicale : survenance imprévue des symptômes d'une Maladie ou Blessure au cours d'un Voyage, qui nécessite un Traitement immédiat par un Médecin ou une Hospitalisation, à défaut de quoi il pourrait avoir une grave détérioration de Votre santé.

Urgence : survenance imprévue des symptômes d'une Maladie ou d'une Blessure au cours d'un Voyage (ou, en cas d'annulation de Voyage, survenant immédiatement avant Votre voyage), qui nécessite un Traitement immédiat par un Médecin ou une Hospitalisation, à défaut de quoi il pourrait avoir une grave détérioration de Votre santé. Une urgence prend fin lorsque Notre service médical détermine que Vous pouvez poursuivre Votre Voyage ou retourner dans Votre Pays d'origine.

Visite de suivi : réexamen auquel Vous devez Vous soumettre pour évaluer les effets d'un Traitement médical antérieur lié à l'Urgence initiale, sauf durant une Hospitalisation. La Visite de suivi ne comprend pas les tests diagnostiques supplémentaires liés à l'Urgence initiale.

Vous, Votre, Vos : personne désignée comme voyageur principal qui a payé la Prime exigée, que Nous acceptons, et toute personne supplémentaire indiquée comme « Autre

voyageur » dans l'Attestation d'assurance, chacune selon le contexte.

Voyage : Pour les résidents canadiens : la durée de Votre couverture d'assurance aux termes du présent Sommaire de couverture, telle qu'elle est indiquée dans l'Attestation d'assurance. Pour les résidents non canadiens : Voyage à l'extérieur de Votre Pays d'origine.

II. PRÉCISIONS AU SUJET DE VOTRE ASSURANCE

SUIS-JE ADMISSIBLE?

Pour être admissible au régime d'assurance en cas d'urgence médicale pour visiteurs au Canada, ainsi qu'à toute couverture offerte aux termes de ce régime, Vous devez avoir prévu être au Canada pendant plus de la moitié de Votre Voyage, Votre Voyage doit commencer et se terminer au Canada, et Vous devez :

- 1 être un visiteur au Canada;
- 2 avoir un visa de travail ou un visa d'étudiant canadien;
- 3 être un immigrant ou un résident permanent en attente d'admissibilité au Régime public d'assurance maladie ou avoir terminé les procédures d'obtention du statut d'immigrant ou de résident permanent; ou
- 4 être un Canadien de retour au pays qui n'est pas admissible à un Régime public d'assurance maladie en raison d'une absence prolongée.

Admissibilité à la couverture individuelle

Pour être admissible à la couverture individuelle, Vous devez :

- 1 être âgé de 74 ans ou moins au moment de la souscription de ce régime; et
- 2 payer la Prime et voyager pendant au moins sept (7) jours, sans dépasser 365 jours.

Admissibilité à la couverture familiale

Pour être admissible à la couverture familiale, Vous devez :

- 1 être âgé de 59 ans ou moins au moment de la souscription de ce régime;
- 2 voyager avec sept (7) voyageurs ou moins par régime : deux (2) adultes et jusqu'à cinq (5) enfants qui répondent respectivement à la définition de Conjoint(e) et d'Enfants à charge; et
- 3 payer la Prime et voyager pendant au moins sept (7) jours, sans dépasser 365 jours.

COMMENT DEVENIR ASSURÉ?

La couverture offerte au titre du présent Sommaire de couverture n'entrera en vigueur que lorsque les conditions suivantes auront été remplies :

- 1 Votre nom figure sur l'Attestation d'assurance; et
- 2 Vous avez payé la Prime exigée.

À QUEL MOMENT MON ASSURANCE COMMENCE-T-ELLE ET À QUEL MOMENT SE TERMINE-T-ELLE?

Le présent Sommaire de couverture prend effet :

- 1 à la date indiquée sur Votre Attestation d'assurance comme étant la Date de départ; ou
- 2 48 heures* après la Date de départ si la couverture est souscrite après Votre arrivée au Canada, ou après la date d'expiration d'une police existante auprès d'un autre Assureur.

*Toute maladie ayant débuté dans les 48 premières heures n'est pas couverte, même si des frais sont engagés après ces 48 heures. En cas de Blessure corporelle Accidentelle, Votre assurance prend effet le jour de la Date de départ.

Votre assurance prend fin à la première des éventualités suivantes :

- 1 23 h 59 à la Date de retour prévue, tel qu'indiquée sur Votre Attestation d'assurance;
- 2 23 h 59 le jour de Votre retour dans Votre Pays d'origine;
- 3 le premier jour où Vous êtes assuré au titre d'un Régime public d'assurance maladie. EXCEPTION : Si Vous êtes un visiteur au Canada avec un permis de travail dans le cadre d'un contrat de travail international (CTI), la couverture de ce régime continuera à Vous offrir les prestations admissibles qui ne sont pas couvertes par Votre Régime public d'assurance maladie.

Prolongations facultatives et automatiques

1. Si Vous choisissez de prolonger Votre assurance, celle-ci prendra fin à la nouvelle Date de retour indiquée sur l'Attestation d'assurance.
2. Pour une prolongation automatique de la couverture, veuillez consulter la rubrique « Dans quelles circonstances ma police peut-elle être prolongée? ».

Important : toute Maladie ou Blessure qui est apparue, a été diagnostiquée ou a été traitée par un Traitement médical avant la Date de départ, tel qu'indiqué sur Votre prolongation facultative de couverture, pourrait ne pas être couverte.

DANS QUELLES CIRCONSTANCES MA POLICE PEUT-ELLE ÊTRE PROLONGÉE?

Prolongation automatique de la couverture

Si Vous ou Votre Compagnon de voyage êtes Hospitalisé à la Date de retour prévue, Votre couverture sera automatiquement prolongée sans Prime supplémentaire pour la période d'Hospitalisation et jusqu'à 120 heures après Votre congé de l'hôpital. Si Vous avez une Condition médicale qui Vous rend médicalement incapable de voyager à la Date de retour prévue, mais que Vous n'êtes pas Hospitalisé, Votre couverture sera automatiquement prolongée jusqu'à 120

heures après la Date de retour prévue.

La couverture sera automatiquement prolongée jusqu'à 72 heures en cas de retard d'un Transporteur public pour lequel Vous avez effectué une réservation à l'avance comme passager.

Prolongation facultative de la couverture

Si Vous choisissez de prolonger Votre Voyage au-delà de la Date de retour prévue et que Vous n'avez pas présenté de réclamation ou que Vous n'avez pas de raison de le faire, Vous pouvez demander une prolongation de la couverture sous réserve des conditions suivantes :

- 1 la demande de prolongation doit être faite par Notre intermédiaire et approuvée par Nous avant la Date de retour initiale;
- 2 Vous devez payer la Prime supplémentaire exigée avant la Date de retour initiale; et
- 3 Vous devez avoir été admissible à l'assurance que Vous souhaitez prolonger au moment de Votre réservation initiale et toujours l'être au moment de la demande de prolongation.

MA PRIME PEUT-ELLE ÊTRE REMBOURSÉE?

Vous pouvez demander un remboursement, par écrit, dans les circonstances suivantes :

- 1 Si Votre Voyage est annulé en entier avant la Date de départ, Vous pouvez demander un remboursement par l'intermédiaire de Travel Guard Canada.
- 2 Si Vous êtes au Canada et que Vous annulez Votre couverture de manière anticipée, Votre remboursement sera calculé en fonction des jours de couverture restants à partir de la Date de départ.
- 3 Si Vous avez fait une demande et êtes devenu admissible à un Régime public d'assurance maladie, Vous pouvez demander un remboursement partiel, par écrit, qui sera calculé en fonction des jours de couverture restants à partir de la Date de départ.

III. ASSURANCE EN CAS D'URGENCE MÉDICALE OU DENTAIRE

Si Vous engagez des frais pour un risque couvert, pendant Votre Voyage, à la Date de départ ou après, et avant ou à la Date de retour, Nous Vous accorderons une couverture pour les prestations couvertes suivantes, jusqu'à concurrence des montants maximums de prestations indiqués ci-dessous. Cela comprend une (1) Visite de suivi (n'incluant pas le Traitement en cours), lorsque le processus médical de l'Urgence nécessite une telle Visite de suivi. La Visite de suivi doit se faire dans les 14 jours suivant l'Urgence initiale. Les montants maximums de prestations sont pour chaque Assuré en vertu du présent Sommaire de couverture. Nous ne payons pas plus que le montant maximal des prestations indiqué dans le tableau des prestations.

Assurance en cas d'urgence médicale pour les Blessures et les Maladies

Risque couvert 1 : frais engagés à la suite d'une Urgence résultant d'une Blessure ou d'une Maladie. Si Vous êtes admis dans un Hôpital, les soins médicaux que Vous avez reçus ne sont plus couverts par cette assurance une fois que Vous avez obtenu Votre congé de l'Hôpital.

Montant maximal des prestations pour le risque couvert 1 : 150 000 \$CA par Assuré

Prestations pour le risque couvert 1

1. Frais médicaux d'urgence admissibles

Si cela est prescrit par un Médecin et que Nous avons donné Notre autorisation préalable à cet effet, Nous couvrons les frais :

- a. des soins reçus d'un Médecin à l'intérieur ou à l'extérieur d'un Hôpital;
- b. d'une chambre d'Hôpital;
- c. de la location ou de l'achat (selon le moins élevé des deux) d'un lit d'Hôpital;
- d. d'un fauteuil roulant, d'une attelle, d'une béquille ou de tout autre appareil médical;
- e. des tests nécessaires pour diagnostiquer Votre état; et
- f. des Médicaments prescrits.

2. Frais de transport en ambulance

Nous couvrons :

- a. les frais raisonnables et habituels d'un service local d'ambulance terrestre agréé pour Vous transporter jusqu'au Fournisseur de soins qualifié le plus proche en cas d'Urgence; ou
- b. lorsque le transport par ambulance terrestre est nécessaire, mais non disponible, les frais d'un taxi local ou d'une société de transport en co-voiturage enregistrée pour se rendre à l'Hôpital le plus proche.

3. Évacuation d'urgence et rapatriement

Si Votre Médecin traitant ou Nous-mêmes recommandons Votre retour dans Votre Pays d'origine en raison d'une Condition médicale ou après un Traitement médical d'urgence, Nous couvrons, via l'itinéraire le plus économique :

- a. jusqu'à concurrence des frais d'un aller simple en classe économique;
- b. le tarif des sièges supplémentaires de la compagnie aérienne pour mettre une civière;
- c. le tarif pour un surclassement en classe affaires lorsqu'une civière n'est pas nécessaire; ou
- d. lorsque cela est médicalement nécessaire, l'évacuation par voie aérienne vers un Hôpital de Votre Pays d'origine, lorsque le Médecin traitant ou Notre service médical recommande que Vous soyez transporté de cette façon afin d'obtenir un Traitement médical immédiat; et

- e. les frais du billet d'avion aller-retour par l'itinéraire le plus économique pour qu'un accompagnateur médical qualifié Vous accompagne, ainsi que les honoraires et frais raisonnables de l'accompagnateur, si cela est médicalement nécessaire ou exigé par la compagnie aérienne.

Montant maximal des prestations : 5000 \$CA par Assuré

4. Frais de Voyage et de subsistance du compagnon de chevet

Si Vous voyagez seul et que Vous êtes admis dans un Hôpital pour trois (3) jours ou plus, Nous couvrons, jusqu'à ce que Vous soyez médicalement apte à obtenir votre congé de l'Hôpital :

- a. le tarif en classe économique ou en classe affrètement pour le vol aller-retour par l'itinéraire le plus économique pour qu'un compagnon de chevet soit avec Vous;
- b. les Frais de subsistance engagés pour l'hébergement commercial et les repas de ce compagnon (les reçus originaux doivent être présentés pour tous les frais admissibles), jusqu'à un maximum de 500 \$ par Assuré;
- c. la couverture de cette personne aux termes du présent Sommaire de couverture, sous réserve de toutes ses modalités, conditions, limitations et exclusions.

Pour un Assuré qui est un Enfant à charge ou si Vous avez un handicap mental ou physique, un accompagnateur de chevet est autorisé dès l'admission à l'Hôpital.

5. Rapatriement de Votre dépouille

Si Vous décédez pendant Votre Voyage, Nous couvrons un (1) des éléments suivants :

- a. les frais de transport raisonnables (en utilisant les procédures habituelles de la compagnie aérienne) pour le rapatriement de Votre dépouille dans Votre Pays d'origine, plus un maximum de 3000 \$ par Assuré pour la préparation de Votre dépouille et d'un contenant de transport;
- b. les frais de transport raisonnables (en utilisant les procédures habituelles de la compagnie aérienne) et nécessaires pour le rapatriement de Votre dépouille dans Votre Pays d'origine, plus un maximum de 2000 \$ par Assuré pour l'incinération de Votre dépouille et le coût d'une urne funéraire standard à l'endroit de Votre décès; ou
- c. jusqu'à 3000 \$ par Assuré pour la préparation de Votre dépouille et le coût d'un contenant d'inhumation standard, plus jusqu'à 2000 \$ par Assuré pour l'inhumation de Votre dépouille à l'endroit de Votre décès.

Montant maximal des prestations : 5000 \$CA par Assuré.

De plus, si quelqu'un est tenu par la loi d'identifier Votre corps parce que Vous êtes décédé au cours d'un Voyage, Nous couvrons :

- d. le coût d'un billet aller-retour en classe économique sur un vol commercial ou affrété via l'itinéraire le plus économique pour transporter une personne afin d'identifier Votre corps;
- e. les Frais de subsistance jusqu'à un maximum de 500 \$ pour l'hébergement dans un établissement commercial et les repas de cette personne (les reçus originaux doivent être présentés pour tous les frais admissibles); et
- f. cette personne, aux termes de la présente assurance, a jusqu'à trois (3) jours ouvrables, pour identifier Votre corps.

6. Services professionnels d'urgence

Nous couvrons les frais résultant d'une Urgence, pour les services d'un physiothérapeute, d'un chiropraticien, d'un podologue, d'un podiatre ou d'un ostéopathe habilité s'ils sont prescrits par un Médecin, jusqu'à concurrence de 250 \$ par profession et par Assuré.

Le professionnel offrant les services d'urgence doit être une personne autre que Vous-même ou qu'un Membre de votre famille immédiate.

7. Repas et hébergement

Si :

- une Urgence médicale empêche, Vous ou Votre Compagnon de voyage de retourner à Votre point de départ en raison d'un risque couvert;
- Votre Traitement médical d'urgence, ou celui de Votre Compagnon de voyage, nécessite Votre transfert vers un lieu différent de Votre destination initiale; ou
- Vous ou Votre Compagnon de voyage êtes retardé au-delà de Votre Date de retour prévue afin d'obtenir un Traitement médical d'urgence;

alors Nous couvrirons les Frais de subsistance pour Votre hébergement dans un établissement commercial et Vos repas, les appels téléphoniques essentiels et les frais de taxi, jusqu'à un maximum de 250 \$ par personne par jour, et jusqu'à concurrence de 1500 \$ au total (les reçus originaux doivent être présentés pour tous les frais admissibles).

Montant maximum des prestations : 1500 \$CA par Assuré.

Assurance en cas d'urgence dentaire en cas de Blessure et de Maladie

Risque couvert 2 : frais engagés à la suite de l'apparition imprévue de symptômes d'une Maladie ou d'une Blessure survenant au cours d'un Voyage et nécessitant un Traitement immédiat par un dentiste, un Médecin ou un Hôpital habilité.

Montant maximum des prestations pour le risque couvert 2 : 150 000 \$CA par Assuré

Prestations pour le risque couvert 2

Nous couvrons :

- a. les frais que Vous engagez au cours de Votre Voyage pour des soins prescrits ou reçus d'un dentiste habilité si Vous avez besoin d'un Traitement dentaire d'urgence pour réparer ou remplacer Vos dents naturelles ou Vos dents artificielles fixées de façon permanente en raison d'un coup Accidentel à Votre visage ou Votre bouche survenu au cours d'un Voyage; jusqu'à concurrence du montant maximal des prestations;
- b. les frais que Vous engagez pendant Votre Voyage si Vous êtes à 400 km ou plus de Votre Pays d'origine, jusqu'à concurrence du montant maximal des prestations, pour recevoir un Traitement dentaire d'urgence qui est nécessaire en raison d'une Urgence due à une cause autre qu'un coup Accidentel au visage ou à la bouche (à l'exclusion d'un traitement de canal); et
- c. les frais que Vous engagez pour les médicaments prescrits en raison de cette Urgence.

Conditions – Assurance en cas d'urgence médicale ou dentaire

Toutes les conditions énoncées à la rubrique Dispositions générales du présent Sommaire de couverture et toutes les conditions suivantes doivent être satisfaites avant que toute prestation ne soit versée pour un Traitement médical d'urgence ou un Traitement dentaire d'urgence, comme indiqué à la rubrique III, A :

1. Il ne doit, à Votre connaissance, y avoir aucune raison pour laquelle Vous devriez recevoir un Traitement médical ou dentaire avant Votre départ en Voyage.
2. La part des frais réclamés doit être supérieure à celle remboursée par tout autre contrat d'assurance ou régime de soins médicaux (collectif ou individuel) au titre duquel Vous avez droit à des prestations.
3. Les visites de routine chez le Médecin ou le dentiste pour un contrôle régulier non urgent ne sont pas couvertes par cette assurance. Vous devez assumer l'intégralité de tels frais.
4. Les soins médicaux d'urgence que Vous recevez doivent être dispensés en dehors de Votre Pays d'origine et être requis suite à une Urgence, et prescrits par un Médecin;
5. En cas d'Urgence (avant l'admission ou pendant une Hospitalisation couverte), Nous Nous réservons le droit :
 - a. de Vous transférer à un Fournisseur de soins de Notre choix; ou
 - b. de Vous renvoyer dans Votre Pays d'origine en vue d'un Traitement médical pour Votre Maladie ou Votre Blessure. Si Vous refusez le transfert ou le retour après avoir été déclaré médicalement apte par Notre service médical, Nous serons dégagés de toute responsabilité quant aux frais engagés pour traiter la Maladie ou la Blessure après la date

proposée de transfert ou de retour;

6. Une fois que Vous êtes jugé médicalement apte à retourner dans Votre Pays d'origine (avec ou sans accompagnateur médical), soit selon l'avis de Notre service médical, soit aux termes de Votre congé de l'Hôpital, Votre Urgence médicale est considérée comme ayant pris fin, et tout(e) consultation, Traitement, Récurrence ou complication supplémentaire lié(e) à l'Urgence médicale ne sera plus admissible à la couverture aux termes du présent Sommaire de couverture.

Limitations – Assurance en cas d'urgence médicale ou dentaire

Notre engagement au titre du présent Sommaire de couverture à assumer les frais aux termes de l'assurance en cas d'urgence médicale ou dentaire est limité comme suit :

Prestations limitées aux frais raisonnables et habituels –

Si Vous payez des frais admissibles directement à un Fournisseur de soins, ces services Vous seront remboursés sur la base des frais raisonnables et habituels qui auraient été payés directement au Fournisseur de soins par l'Assureur. Si les frais médicaux que Vous payez sont supérieurs à ce montant, Vous devrez assumer toute différence entre le montant que Vous avez payé et les frais raisonnables et usuels remboursés par l'Assureur.

Exclusions – Assurance en cas d'urgence médicale ou dentaire

Outre l'exclusion suivante, Votre assurance en cas d'urgence médicale ou dentaire est assujettie à toutes les exclusions énoncées à la rubrique III des Exclusions générales du présent Sommaire de couverture.

Exclusion des problèmes de santé préexistants

Nous ne couvrons pas les pertes et les frais directement ou indirectement liés à :

- toute Condition médicale pour laquelle Vous avez pris des médicaments, avez reçu une ordonnance ou une prescription ou avez reçu un Traitement, ou qui a entraîné une détérioration de Votre état de santé ou la recherche d'un Traitement à tout moment au cours de la **période de 180 jours** précédant immédiatement la Date de départ et au plus tard jusqu'à celle-ci.

IV. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Toutes les dispositions et conditions suivantes s'appliquent à l'ensemble de la couverture accordée aux termes du présent Sommaire de couverture.

1. Votre couverture sera annulée si, pour une quelconque raison :
 - a. Nous ne recevons pas la Prime exigée;
 - b. Vous n'êtes pas admissible à la couverture

conformément à l'une des rubriques du présent Sommaire de couverture;

- c. Vous avez fourni des renseignements incomplets ou de faux renseignements lors de la souscription de l'assurance aux termes du présent Sommaire de couverture; ou
 - d. Vous dissimulez ou déformez tout fait ou toute circonstance important(e) concernant cette assurance, ou Vous commettez une fraude ou une tentative de fraude.
2. Les prestations, les montants maximums de prestations et tous les autres montants figurant au présent Sommaire de couverture sont exprimés en dollars canadiens. Lorsque les pertes couvertes sont facturées en devises étrangères, le taux de change utilisé est le taux en vigueur à la date à laquelle Nous payons la réclamation. Aucune somme payable ne porte d'intérêt. Pour faciliter le paiement direct aux Fournisseurs de soins, Nous pouvons choisir de payer la réclamation dans la devise du pays où les frais ont été engagés, en fonction du taux de change établi par toute banque à charte au Canada :
 - a. à la dernière date de signification; ou
 - b. à la date à laquelle la réclamation a été présentée, si un chèque est émis directement au Médecin, à l'Hôpital ou à tout autre Fournisseur de soins.
 3. Si Vous êtes couvert par plus d'une (1) de Nos polices, ou si Vous avez une couverture similaire auprès d'une autre compagnie d'assurance, le montant total qui Vous est versé ou qui est versé pour Votre compte ne pourra dépasser les frais réels que Vous avez engagés, et le maximum auquel Vous aurez droit correspondra au montant le plus élevé spécifié pour cette prestation dans l'une (1) de Nos polices.
 4. La couverture décrite dans le présent Sommaire de couverture est une assurance excédentaire. Si, au moment de la perte, Vous disposez d'une assurance d'une autre source, ou si toute autre partie est également responsable du paiement des prestations également prévues aux termes du présent Sommaire de couverture, Nous ne paierons que les frais admissibles en excédent de ceux couverts par toute autre compagnie d'assurance ou par toute autre partie responsable, notamment tout régime d'assurance offert par une carte de crédit, la responsabilité civile d'un tiers, tout contrat ou régime d'assurance collectif ou individuel de base ou complémentaire (notamment, tout régime privé, provincial ou territorial d'assurance automobile fournissant une assurance maladie, thérapeutique ou Hospitalisation), ou toute assurance responsabilité civile en vigueur qui est concordante au présent Sommaire de couverture.
 5. En cas de paiement d'une réclamation aux termes du présent Sommaire de couverture, Nous avons le droit de poursuivre, en Votre nom, mais à Nos frais, tout tiers qui

pourrait être responsable d'avoir donné lieu à une réclamation aux termes du présent Sommaire de couverture. Vous devrez signer et Nous remettre les documents demandés, et coopérer pleinement avec Nous afin de Nous permettre de faire valoir pleinement Nos droits. Vous ne devrez rien faire qui puisse porter atteinte à ces droits.

6. Nous jouissons du plein droit de subrogation.
7. Nonobstant toute autre disposition du présent Sommaire de couverture, celui-ci est assujéti aux dispositions de la *Loi sur les assurances* qui s'applique aux contrats d'assurance contre les accidents et la maladie, ainsi qu'aux lois et règlements de Votre Pays d'origine. Les lois et règlements de la province ou du territoire du Canada dans lequel Vous résidez habituellement régissent le présent Sommaire de couverture et toute disposition du présent Sommaire de couverture qui est en conflit avec une telle loi est par les présentes modifiée de sorte à s'y conformer.
8. Si Vous n'êtes pas admissible à la couverture, si une réclamation est jugée non valable ou si les prestations sont réduites conformément à une disposition du Sommaire de couverture, Nous avons le droit de recouvrer auprès de Vous tout montant que Nous avons payé en Votre nom aux Fournisseurs de soins ou à toute autre partie.
9. Au cours de la procédure de réclamation, Nous pouvons Vous demander de passer un examen médical auprès d'un (1) ou de plusieurs Médecins de Notre choix, à Nos frais.
10. Nous ne sommes pas responsables de la disponibilité, de la qualité ou des résultats de tout Traitement médical. Nous ne sommes pas responsables des transports que Nous organisons. Nous ne sommes pas responsables du fait que vous ne soyez pas en mesure d'obtenir tout Traitement médical.
11. Vous devez, à tout moment pendant que Vous êtes couvert par le présent Sommaire de couverture, agir de manière prudente afin de minimiser les frais portés à Notre charge.
12. Toute référence à l'âge dans le présent document correspond à Votre âge à la date à laquelle Vous présentez une demande d'assurance.
13. Le Voyage doit être effectué à des fins d'affaires ou pour le plaisir, et en aucun cas pour obtenir des soins de santé ou tout Traitement de quelque nature que ce soit.
14. L'Assureur n'est pas tenu de fournir une garantie ou d'effectuer de paiement aux termes des présentes si cela contrevient à une loi ou à un règlement sur les sanctions qui exposerait l'Assureur, sa société mère ou son entité de contrôle à une pénalité en vertu de toute loi ou de tout règlement sur les sanctions.

V. EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Les exclusions suivantes s'appliquent à chaque garantie offerte dans le cadre du présent Sommaire de couverture. En plus des exclusions qui s'appliquent aux différentes garanties décrites dans chaque rubrique, Nous ne couvrons pas les réclamations, les pertes et les frais liés en totalité ou en partie, directement ou indirectement :

1. aux frais résultant d'une Maladie, d'une Blessure ou d'un état de santé antérieur à la Date de départ qui entraînerait un Traitement médical prévu ou une Hospitalisation pendant Votre Voyage;
2. au remboursement des frais une fois l'Urgence terminée si, selon l'avis du Médecin ou du dentiste traitant, Vous pouvez retourner dans Votre Pays d'origine pour recevoir tout autre Traitement lié à la Maladie ou à l'Accident ayant entraîné l'Urgence, à l'exception d'une Visite de suivi telle que mentionnée à la garantie de l'assurance médicale et dentaire en cas d'urgence;
3. Prolongation facultative de la couverture : si Nous avons approuvée à l'avance Votre prolongation facultative de couverture, toute Maladie ou Blessure qui est apparue, a été diagnostiquée ou pour laquelle Vous avez reçu un Traitement médical avant la Date de départ, tel qu'indiqué dans Votre prolongation facultative de couverture, peut ne pas être couverte.
4. à tout Traitement qui n'est pas un Traitement d'Urgence, comprenant, sans s'y limiter :
 - a. les frais engagés pour les médicaments couramment disponibles sans ordonnance, les vaccinations, les injections et les médicaments reçus à titre préventif ou pour une Condition médicale, les contraceptifs, les médicaments pour la fertilité, les préparations vitaminiques, les examens physiques généraux, ou les tests médicaux de routine;
 - b. les greffes, y compris, sans s'y limiter, les greffes d'organes ou de moelle osseuse, d'articulations artificielles, ou de dispositifs et d'implants prothétiques, y compris les frais connexes; et
 - c. les frais engagés pour tout traitement d'acupuncture, de naturopathie ou holistique;
5. aux rayonnements ionisants ou à la Contamination radioactive par tout combustible nucléaire ou tout déchet nucléaire résultant de la combustion de combustibles nucléaires, ou les propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses d'appareil nucléaire ou de toute partie de celui-ci;
6. aux dépenses engagées pour toute partie des prestations qui nécessitent une autorisation et des arrangements préalables de Notre part si ces prestations n'ont pas été autorisées et organisées par Nous;
7. à plus d'un(e) (1) Traitement de suivi, Réurrence ou complication d'une Condition médicale ou d'une affection connexe, suite à un Traitement d'Urgence de ce

problème pendant Votre Voyage si Notre service médical détermine que Vous étiez médicalement capable de retourner dans Votre Pays d'origine et que Vous avez choisi de ne pas y retourner;

8. à toute Condition médicale si Notre service médical Vous recommande de retourner dans Votre Pays d'origine après Votre Traitement d'Urgence et que Vous choisissez de ne pas voyager;
9. aux frais engagés pour recevoir des Traitements ou des services qui sont interdits par un Régime public d'assurance maladie;
10. aux frais dépassant les taux raisonnables et habituels lorsque le Traitement a eu lieu avant que Vous ne nous appelez ou que quelqu'un le fasse en Votre nom;
11. aux frais médicaux engagés pendant que vous voyagez dans Votre Pays d'origine, sauf si Nous les avons approuvés au préalable;
12. aux frais pour les soins prénataux de routine, un enfant né pendant Votre Voyage, l'accouchement ou les complications de l'accouchement, la grossesse ou ses complications après la 26^e semaine de grossesse ou à tout moment après la date prévue de l'accouchement;
13. à tout trouble mental ou émotionnel dont Vous souffrez;
14. à tout suicide ou à toute tentative de suicide de Votre part, à toute Blessure que vous vous infligez intentionnellement (que Vous soyez sain d'esprit ou non);
15. à toute Maladie, tout décès ou toute Blessure lié(e) à l'alcool ou à l'abus de médicaments, de drogues ou de toute autre substance toxique pendant le Voyage (l'abus d'alcool inclut la présence d'un taux d'alcoolémie supérieur à 80 mg d'alcool par 100 ml de sang);
16. à tout Traitement ou à toute chirurgie pour une Condition médicale ou une affection connexe qui a amené Votre Médecin à Vous déconseiller de voyager;
17. à tout Voyage entrepris contre la recommandation d'un Médecin ou après la manifestation de symptômes médicaux qui amèneraient une personne normalement prudente à consulter un Médecin ou à suivre un Traitement dans les 180 jours précédant la Date de départ, ou lorsqu'un pronostic de Maladie en phase terminale a été diagnostiqué par un Médecin;
18. à toute Condition médicale ou toute affection connexe survenant au cours d'un Voyage que Vous entreprenez en sachant qu'il Vous faudra ou que Vous demanderez un Traitement ou une intervention chirurgicale pour cette Condition médicale ou cette affection connexe;
19. à toute Condition médicale pour laquelle un examen approfondi ou un Traitement est prévu avant la Date de départ (cela n'inclut pas les suivis de routine);
20. à toute perpétration ou tentative directe ou indirecte de perpétrer un acte criminel de Votre part, ou à toute Blessure subie pendant que Vous commettez ou tentez de commettre un acte criminel;
21. à Votre participation à des activités telles que l'Escalade,

le deltaplane, le parachutisme, le saut à l'élastique, le saut à ski, le vol à ski, l'hélisti, le ski acrobatique, les cascades de ski, le ski « freestyle », les courses de ski, le bobsleigh ou le ski sur piste et hors-piste dans des zones désignées comme dangereuses par la direction de la station, et toute réclamation résultant de ces activités, ainsi qu'à Votre participation en tant qu'athlète professionnel à un événement sportif ou à Votre participation à une course automobile ou à un concours de vitesse automobile;

22. à l'utilisation ou l'apprentissage de l'utilisation d'un aéronef, en tant que pilote ou membre d'équipage, à l'exécution de tâches liées à un emploi sur un aéronef ou un navire, et l'exécution de tâches dans un service régulier des forces armées;
23. aux frais engagés pendant que Vous êtes dans un pays dans lequel le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international du gouvernement canadien ou Santé Canada a déconseillé aux voyageurs de se rendre. Cette exclusion s'applique si l'avis est émis avant la Date de départ;
24. à toute guerre (déclarée ou non), tout acte d'un ennemi étranger ou toute rébellion;
25. aux intérêts sur un paiement ou un remboursement;
26. aux frais découlant d'une malformation congénitale ou liés à celle-ci si Vous êtes âgé de deux (2) ans ou moins; et
27. à tout Voyage qui n'est pas effectué qu'à des fins d'affaires ou pour le plaisir, mais plutôt pour obtenir des soins de santé ou tout Traitement de quelque nature que ce soit.

VI. MONTANTS MAXIMUMS DES PRESTATIONS

Responsabilité générale : Notre engagement aux termes du présent Sommaire de couverture se limite uniquement au paiement des prestations admissibles, jusqu'aux montants maximums de prestations spécifiés dans le présent document, pour toute perte ou tous frais.

VII. PROCÉDURES POUR PRÉSENTER UNE RÉCLAMATION

Paiement des réclamations :

Les prestations seront versées à l'Assuré qui a souscrit l'assurance et qui a dûment payé les primes associées au régime d'assurance.

Toute prestation payable en raison du décès de l'Assuré sera versée aux survivants dans l'ordre suivant :

1. le bénéficiaire désigné par l'Assuré dont le nom figure à Nos dossiers;
2. son ou sa Conjoint(e), s'il ou elle est vivant(e); ou

3. en l'absence de Conjoint(e) vivant(e), à la succession de l'Assuré.

Si une prestation est payable à un mineur ou à une autre personne incapable de consentir à une décharge valable, l'Assureur pourrait verser jusqu'à 3000 \$ à un parent par le sang ou par alliance qui a assumé la garde ou la responsabilité des affaires du mineur ou de la personne incapable. Tout paiement que l'Assureur effectue de bonne foi libère entièrement l'Assureur dans la mesure de ce paiement.

Les prestations pour les frais médicaux d'urgence, l'évacuation d'urgence et le rapatriement de la dépouille peuvent être versées directement au Fournisseur de soins. Toutefois, le Fournisseur de soins :

1. doit se conformer à la disposition légale relative au paiement direct; et
 2. ne doit pas avoir été payé par d'autres sources.
- Pour les résidents du Nouveau-Brunswick, de Terre-Neuve et de la Saskatchewan :
- Travel Guard Canada
Aux soins de : Gestion Global Excel
73 rue Queen
Sherbrooke (Québec) J1M 0C9

Pour les résidents des autres provinces :

Travel Guard Canada
À l'attention du Service des réclamations
120 boulevard Bremner, bureau 2200
Toronto (Ontario) M5J 0A8

Pour présenter une réclamation d'assurance médicale et dentaire en cas d'urgence :

Vous devez Nous aviser aux numéros ci-dessous avant de recevoir tout Traitement médical d'urgence et avant toute intervention chirurgicale, procédure invasive ou Hospitalisation. Les coordonnateurs de Notre service d'assistance Vous conseilleront. Nous ferons tout Notre possible, bien que Nous ne puissions rien garantir, pour payer directement les Fournisseurs de soins. Vous devez Nous fournir les reçus originaux des frais engagés, y compris pour les Frais de subsistance.

Pour les résidents du Nouveau-Brunswick, de Terre-Neuve et de la Saskatchewan :

Canada et zone continentale des États-Unis : 1-888-566-8028
Ailleurs dans le monde (à frais virés) : 1-819-566-8028

Pour les résidents des autres provinces :

Canada et zone continentale des États-Unis : 1-866-878-0192
Ailleurs dans le monde (à frais virés) : 1-416-646-3723

FORMULAIRES DE DEMANDE D'INDEMNITÉ

L'Assureur doit fournir un formulaire de demande d'indemnité dans les 15 jours après la réception de l'avis de réclamation. Si le demandeur n'a pas reçu le formulaire dans ce délai, il peut présenter sa demande d'indemnité sous la forme d'une déclaration écrite de la cause ou de la nature de l'Accident, de la Maladie ou de l'invalidité donnant lieu à la perte et de l'étendue de la perte.

DROIT D'EXAMEN

Comme condition préalable au recouvrement des sommes assurées aux termes du contrat :

- le demandeur est tenu d'offrir à l'Assureur la possibilité d'interroger la personne assurée quand et aussi souvent qu'il est raisonnable de le faire, tant que la réclamation est en suspens;
- en cas de décès de la personne assurée, l'Assureur peut exiger une autopsie sous réserve des lois de la juridiction compétente en matière d'autopsies.

Délai de versement des sommes à l'Assuré

Nous verserons toute somme payable aux termes des présentes dans un délai de soixante (60) jours après la réception de Votre formulaire de réclamation dûment rempli et de tous les documents requis pour étayer Votre réclamation.

Désignation et changement de bénéficiaire

Le(s) bénéficiaire(s) de l'Assuré est/sont la/les personne(s) désigné(es) par l'Assuré dont le(s) nom(s) figure(nt) à Nos dossiers. Si aucun bénéficiaire n'a été désigné, le paiement sera effectué à la succession de l'Assuré. Un Assuré ayant l'âge de la majorité et ayant la capacité juridique de le faire peut changer la désignation de ses bénéficiaires à tout moment, sauf si la désignation des bénéficiaires est irrévocable, sans le consentement du/des bénéficiaire(s) désigné(s), en Nous fournissant une demande écrite de changement. À la réception de la demande, que l'Assuré soit alors vivant ou non, le changement de bénéficiaire prendra effet à la date d'exécution de la demande écrite, sans toutefois porter préjudice à la Compagnie du fait de tout paiement effectué avant la réception de la demande.

DROIT D'EXAMINER LA POLICE

Vous disposez de 10 jours à compter de la date de souscription 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 d'assurance ne Vous offre pas la couverture que Vous voulez, Vous avez droit à un remboursement intégral de la Prime que Vous avez payée.

Si, dans les 10 jours, Vous êtes parti en Voyage ou si Vous avez des raisons de présenter une réclamation, Vous ne pourrez pas bénéficier d'un remboursement intégral.

Les demandes de remboursement doivent être faites par courriel à l'administrateur du régime à refund@travelguard.ca. Veuillez prévoir un délai de 15 jours ouvrables pour que le remboursement apparaisse sur Votre carte de crédit. Vous devrez fournir Votre nom complet et le numéro de Votre police.

VIII. SERVICES POUR MIEUX VOUS SERVIR

Ces services sont à Votre disposition pendant toute la durée de Votre Voyage.

Les services d'assistance décrits ci-dessous ne sont pas des garanties d'assurance et ne sont pas offerts par Nous. Travel Guard fournit un service d'assistance par la coordination, la négociation et la consultation en utilisant un vaste réseau de partenaires dans le monde entier. Les dépenses pour les biens et services fournis par des tiers sont à la charge du voyageur.

Canada et zone continentale des États-Unis : 1-866-878-0191

Ailleurs dans le monde (à frais virés) : 1-416-646-3723

Service mondial d'assistance voyage

- Assistance en cas de perte de passeport ou de documents de voyage
- Répertoire des GAB
- Assistance avec le virement de fonds en cas d'urgence
- Renseignements de voyage, notamment au sujet des exigences en matière de visa ou de passeport
- Assistance avec les services d'interprète téléphonique d'urgence
- Acheminement de messages urgents à la famille, aux amis ou aux associés
- Renseignements de dernière minute sur les voyages retardés
- Cartes d'appels interurbains pour faire des appels partout dans le monde
- Renseignements au sujet des vaccins
- Renvois à l'ambassade ou au consulat
- Aide pour la conversion ou l'achat de devises
- Renseignements de dernière minute sur les avis médicaux locaux, les épidémies, les vaccins requis et les mesures préventives disponibles
- Renseignements de dernière minute sur les grèves de fournisseurs de services de voyage
- Renseignements sur les jours fériés partout dans le monde
- Assistance voyage en cas d'urgence
- Organisation du voyage de retour en cas d'urgence

PRINCIPES DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nous respectons les Principes de protection des renseignements personnels de la Compagnie d'assurance AIG du Canada, et voulons que Vous, les titulaires de police, les Assurés et les demandeurs (désignés sous le nom de « Clients » ou « Vous »), sachiez comment et pourquoi Nous traitons les renseignements personnels. Nous Nous efforçons de respecter et de maintenir Votre vie privée. Cependant, la nature même de Nos activités est telle que la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels sont essentielles aux produits et services que Nous offrons.

Aux fins des Principes de protection des renseignements personnels, le terme « renseignements personnels » désigne les renseignements permettant d'identifier une personne. Par exemple, le nom, la date de naissance, l'adresse, l'âge, l'état de santé et les renseignements financiers constituent des renseignements personnels que Nous pouvons recueillir, utiliser et, dans certaines circonstances, divulguer, au besoin, dans le cadre de la prestation de services d'assurance et de la conduite de Nos activités commerciales. En demandant ou en achetant les produits et services d'AIG, Vous consentez à ce que Nous recueillions, utilisions et divulguions Vos renseignements personnels à des fins d'assurance et de conduite d'activités commerciales, conformément aux Principes de protection des renseignements personnels.

Vous pouvez consulter les Principes de protection des renseignements personnels sur Notre site au www.aig.ca ou demander un exemplaire en communiquant avec Nous aux coordonnées suivantes :

Responsable de la protection des renseignements personnels
La Compagnie d'assurance AIG du Canada
120 boulevard Bremner, bureau 2200
Toronto (Ontario) M5J 0A8
1-800-387-4481

**SERVICE D'ASSISTANCE D'URGENCE 24 PAR
JOUR**

Vous devez nous aviser avant de recevoir tout traitement
médical d'urgence et avant toute intervention
chirurgicale, procédure invasive ou hospitalisation, à
défaut de quoi vous devrez assumer 30 % des frais
admissibles engagés.

Les résidents du Québec, Nouveau-Brunswick, de
Terre-Neuve et de la Saskatchewan doivent téléphoner
à Gestion Global Excel :

Canada et zone continentale des États-Unis : **1-888-
566-8028**

Ailleurs dans le monde (à frais virés) au **1-819-566-
8028**

Les résidents des autres provinces doivent
téléphoner à Travel Guard :

Canada et zone continentale des États-Unis : **1-866-
878-0192**

Ailleurs dans le monde (à frais virés) au **1-416-
646-3723**



Code produit 396400 P1-P2 03/21