

Assistance d'urgence

En cas d'urgence ou si vous avez besoin de soins médicaux, vous devez communiquer avec MSH Assistance immédiatement au :

+1 (800) 203 8508

sans frais depuis les États-Unis et Canada

+1 (416) 646 3107

à frais virés où disponible

mshassistance@mshassistance.com

Il est de votre responsabilité de vous assurer que MSH Assistance a été approché avant de recevoir des soins. Vos prestations seront limitées à 80 % des dépenses admissibles jusqu'à un maximum de 25 000,00 \$ CA si vous omettez de le faire, sauf dans des cas extrêmes lorsque les soins sont requis pour faire face à une crise médicale mettant la vie de la personne en danger.

AVIS IMPORTANT – Veuillez lire attentivement

- L'assurance voyage est conçue pour couvrir les pertes découlant de circonstances soudaines et imprévisibles. Il est important que vous lisiez et compreniez votre certificat d'assurance, car votre couverture est assujettie à certaines restrictions et exclusions.
- Il est possible que votre police ne couvre pas les affections médicales ni les symptômes apparus avant votre date d'effet. Vérifiez comment cette exclusion s'applique dans le cadre de votre police et l'important que peut avoir à cet égard la date d'effet de votre contrat.
- En cas d'accident, de blessure ou de maladie, vos antécédents médicaux seront examinés lorsqu'une réclamation est signalée.
- Les frais engagés dans votre pays d'origine ne sont pas couverts.
- Votre police fournit une assistance voyage; vous devez aviser MSH Assistance avant de recevoir des soins médicaux. Votre police peut limiter les prestations si vous ne communiquez pas avec MSH Assistance avant de recevoir des soins médicaux.

LA POLICE CONTIENT UNE CLAUSE POUVANT LIMITER LE MONTANT PAYABLE.

REMARQUE : les termes en italique sont définis dans la section des définitions de la police.

ADMISSIBILITÉ

Afin d'être admissible, à la date d'effet, vous devez :

- être âgé d'au moins 15 jours et de moins de 65 ans;
- ne pas être admissible aux prestations d'un régime d'assurance maladie gouvernemental;
- être résidant au Canada à titre temporaire; et
- représenter l'une des personnes suivantes :
 - un étudiant détenant une preuve d'admission à temps plein dans une institution d'enseignement canadienne reconnue; ou
 - un étudiant effectuant des recherches postdoctorales dans une institution d'enseignement canadienne reconnue; ou
 - le conjoint ou l'enfant à charge de l'étudiant assuré, résidant à temps plein avec lui; ou
 - le parent, le tuteur légal, l'enseignant ou le chaperon de l'étudiant assuré.

CONTRAT D'ASSURANCE

- En contrepartie du paiement intégral de la prime requise, l'assureur accepte de payer, jusqu'à concurrence de 2 000 000,00 \$ CA par personne assurée les frais raisonnables et habituels engagés par vous pour des dépenses admissibles pendant que vous êtes au Canada ou pendant une visite temporaire dans un autre pays (autre que votre pays d'origine), à condition que vous passiez au moins 51 % de la période de couverture au Canada. Les voyages aux États-Unis d'Amérique (É.-U.) sont limités à 30 jours par visite.
- L'assureur prend uniquement en charge les frais admissibles jusqu'au montant de la somme assurée établie par le plan gouvernemental dans votre province ou territoire de résidence au Canada pour les résidents non canadiens et seulement les frais en excédent des frais remboursables par tout régime collectif, individuel, privé ou public, y compris tout régime d'assurance auto.
- Sous réserve des conditions du présent contrat, nous remboursons les frais suivants jusqu'à concurrence de la somme assurée dans la mesure où ces services sont médicalement nécessaires. Les limites de garantie s'appliquent par personne assurée, par période de 12 mois consécutifs.
- Ce contrat, la proposition et la confirmation d'assurance constituent le contrat d'assurance.
- L'assureur se réserve le droit de refuser une proposition d'assurance ou une demande de prolongation de couverture.
- Une seule police peut être émise pour vous et toutes les primes payées pour toute police supplémentaire vous seront retournées. Si au moment de présenter une demande de règlement plus d'un contrat établi par l'assureur est en vigueur à votre égard, seul le contrat qui est entré en vigueur en premier s'applique.

DURÉE DE LA COUVERTURE

1. Date d'effet

Votre contrat d'assurance débute au plus tard de :

- à la date et à l'heure à laquelle vous souscrivez et payez cette assurance ou
- à 00 h 01 (heure locale) à la date d'effet, tel qu'indiqué sur la confirmation de votre assurance ou
- à la date à laquelle vous quittez votre pays d'origine pour vous rendre au Canada, à condition que le voyage, y compris les éventuelles escales, ne dure pas plus de sept jours.

Les congés scolaires et les voyages en dehors du Canada pendant la période de couverture sont couverts à condition qu'au moins 51 % de la durée de couverture est passée au Canada. La couverture pour les voyages aux États-Unis est limitée à un maximum de 30 jours par voyage et ne peut dépasser 49 % de la période de couverture.

Les visites dans votre pays d'origine sont autorisées, mais la couverture sera suspendue et les frais sont ni couverts, ni seront remboursés dans votre pays d'origine, sauf lorsque votre voyage est obligatoire dans le cadre d'une participation à une activité sportive ou extrascolaire organisée par l'établissement scolaire. 51 % de la période de couverture doit également être passée au Canada.

2. Période d'attente

Si vous achetez cette assurance après votre arrivée au Canada, aucune couverture n'est accordée pour toute maladie dont l'origine, la survenance ou les symptômes ont eu lieu au cours des cinq jours suivant la date d'entrée en vigueur même si des dépenses connexes sont engagées après la période d'attente.

Exception : La période d'attente est supprimée si ce contrat est souscrit avant ou à la date de prise d'expiration d'un contrat police d'assurance RIMI pour les étudiants étrangers au Canada déjà émis par l'assureur, qui doit prendre effet le jour qui suit cette date d'expiration, sous réserve qu'il n'y ait pas de changement de type de régime. Le contrat existant doit prendre effet à la date de souscription et la couverture doit être ininterrompue.

PRESTATIONS

L'assureur remboursera les frais raisonnables et habituels pour les dépenses admissibles dans cette section, qui sont engagés suite à une urgence couverte jusqu'à concurrence de 2 000 000,00 \$ CA, sous réserve de toute restriction, exclusion et disposition du présent contrat. Toutefois, certaines dépenses, telles que spécifiées ci-dessous, sont couvertes seulement avec l'approbation préalable de MSH Assistance.

1. Hospitalisation

- Jusqu'à concurrence du tarif d'une chambre à deux lits. Si cela est nécessaire d'un point de vue médical, les dépenses relatives au traitement reçus dans une unité de soins intensifs ou dans une unité de soins coronariens sont également couverts. Si la couverture prend fin pour quelque raison que ce soit pendant le séjour à l'hôpital, les prestations continuent jusqu'à la sortie de l'hôpital, avec un maximum d'un an. En aucun cas, les frais de séjour des patients hospitalisés ne sont couverts pour une période supérieure à 365 jours par personne assurée.
- Frais liés à une salle d'urgence.

3. Date d'expiration

Votre contrat d'assurance au titre de cette police prend fin au plus tôt :

- à 23 h 59 (heure locale) à la date d'expiration indiquée sur votre confirmation d'assurance ou
- à la date à laquelle vous dépassez 49 % de votre période de couverture lors d'un séjour dans un autre pays ou
- à la date et à l'heure de votre arrivée dans votre pays d'origine avec aucune intention de retourner au Canada pendant la période de couverture ou
- à la date à laquelle vous dépassez les 30 jours consécutifs aux É.-U.

4. Prolongation de votre couverture

Si vous souhaitez rester au Canada au-delà de la date d'expiration du présent contrat, vous pouvez souscrire une nouvelle police sous réserve des conditions de la police et du barème des primes en vigueur au moment où la nouvelle police est demandée. Les frais liés aux jours d'assurance supplémentaires seront calculés en fonction de l'âge de l'assuré à la date d'effet de la nouvelle police sous réserve que :

- vous demeuriez admissible à l'assurance et
- votre état de santé n'ait pas subi de changement depuis la date d'effet de votre contrat ou la date de votre arrivée et
- la demande pour la nouvelle police ait été obtenue avant la date d'expiration de votre protection.

REMARQUE : La prime minimum est de 20,00 \$ CA par police.

- Services d'urgence dispensés en clinique externe par un hôpital lorsque cela s'avère nécessaire d'un point de vue médical.

2. Services médicaux

- Soins médicaux administrés par un médecin, un chirurgien, un anesthésiste ou une infirmière dûment autorisée (autre qu'un membre de la famille immédiate de la personne assurée).
- Plasma sanguin, sang ou oxygène, y compris l'injection.

3. Services diagnostiques

Les examens de laboratoire et les radiographies qui sont prescrites par le médecin traitant et qui font partie des soins médicaux d'urgence. Cette police ne couvre pas l'imagerie par résonance magnétique (IRM), le cathétérisme cardiaque, la tomographie par émission de positons (TEP), la radiographie numérique, les sonogrammes ou les échographies et les biopsies, à moins que de tels services soient approuvés à l'avance par MSH Assistance.

4. Médicaments d'ordonnances

Les médicaments, notamment les médicaments injectables et les sérums, qui peuvent seulement être obtenus sur ordonnance médicale, qui sont prescrits par un *médecin* et qui sont administrés par un pharmacien autorisé, lorsque cela s'avère *nécessaire d'un point de vue médical* en cas de *soins médicaux d'urgence*. Cette prestation est limitée à un maximum de 30 jours (60 jours pour le régime Premium), à moins que la *personne assurée* ne soit *hospitalisée*.

5. Soins dentaires

Lorsqu'ils sont réalisés par un dentiste ou par un chirurgien stomatologiste dûment autorisé, les soins dentaires *d'urgence* à hauteur de 2 500,00 \$ CA (4 000,00 \$ CA pour le régime Premium et le régime amélioré) pour réparer ou remplacer les dents entières ou saines ou des dents ou des prothèses fixes permanentes endommagées par suite d'un coup accidentel reçu au visage.

Les soins doivent commencer dans un délai de 7 jours à partir du début de *l'urgence* et prendre fin au plus tard 90 jours après le début des soins et avant la date d'expiration.

Lorsqu'ils sont réalisés par un dentiste ou par un chirurgien stomatologiste dûment autorisé, les soins dentaires *d'urgence* à hauteur de 600,00 \$ CA pour soulager des douleurs dentaires non causées par un coup accidentel au visage, y compris les dents de sagesse, pour lesquels *vous* n'avez préalablement reçu aucun soin ni conseil.

Les soins doivent commencer dans un délai de 7 jours à partir du début de *l'urgence* et prendre fin au plus tard 90 jours après le début des soins et avant la date d'expiration.

6. Transport d'urgence

- Services d'ambulance autorisés (couvre les frais de taxi en remplacement du transport par ambulance) vers l'établissement médical le plus proche capable de fournir des *soins médicaux d'urgence*;
- Transport entre les *hôpitaux* lorsque demandé par le *médecin* traitant pour des *soins médicaux d'urgence*.
- Si, suite à une *urgence* couverte, *votre médecin* traitant ou l'équipe médicale de *MSH Assistance* vous recommande de retourner au Canada ou dans *votre pays d'origine*, les frais engagés pour :
 - un billet aller simple en classe économique sur un vol commercial par l'itinéraire le plus direct, notamment les frais liés aux sièges supplémentaires afin d'y installer une civière;
 - un billet aller-retour en classe économique par l'itinéraire le plus direct pour un accompagnateur médical qualifié qui *vous* accompagne, si demandé par la compagnie ou si *votre médecin* traitant indique par écrit que cela s'avère *nécessaire d'un point de vue médical*;
 - une ambulance aérienne si cela s'avère *nécessaire d'un point de vue médical*

seulement lorsque ces services sont approuvés et organisés par *MSH Assistance*.

7. Examen physique

Jusqu'à 150,00 \$ CA pour un examen médical annuel effectué par un *médecin* au cours d'une période de 12 mois consécutifs, à condition qu'un minimum de neuf (9) mois consécutifs de couverture ait été souscrit.

8. Examen des yeux

Jusqu'à 100,00 \$ CA pour un examen de la vue par un optométriste ou un ophtalmologiste autorisé au cours d'une période de 12 mois consécutifs, à condition qu'un minimum de neuf (9) mois consécutifs de couverture ait été souscrit.

9. Soins psychiatriques/psychologiques

Lorsque le *médecin* traitant le juge essentiel, les coûts réels des visites chez un psychiatre, psychologue ou travailleur social agréé pour le soulagement de symptômes aigus, jusqu'à concurrence d'une limite maximale de 500,00 \$ CA par *personne assurée*.

10. Rapatriement du corps

Si *vous* décédez suite à un *accident* ou à une *maladie* imprévue couverte :

- à hauteur de 5 000,00 \$ CA (10 000,00 \$ CA pour le régime Premium ou le régime amélioré) en rapport avec les frais réels encourus lors de la préparation de la dépouille et du transport (y compris un conteneur de transport standard) jusqu'à *votre pays d'origine* ou
- jusqu'à 5 000,00 \$ CA pour la crémation ou l'enterrement sur le lieu du décès.

Le coût du cercueil, de l'urne ou des funérailles n'est pas couvert.

11. Décès accidentel et mutilation

L'assureur accepte de verser jusqu'à 10 000,00 \$ CA (25 000,00 \$ CA pour le régime Premium ou le régime amélioré) pour le décès ou la perte d'un des membres ou de la vue de la *personne assurée* découlant directement d'une *blessure* accidentelle survenue pendant la période de couverture.

Les prestations sont payables selon la barème suivant :

- 100 % de la *somme assurée* découlant de la même *blessure* accidentelle en cas de perte de :
 - la vie ou
 - la totalité de la vision des deux yeux ou
 - des deux mains ou
 - des deux pieds ou
 - d'une main et de la totalité de la vision d'un oeil ou
 - d'un pied et de la totalité de la vision d'un oeil.
- 50 % de la *somme assurée* découlant de la même *blessure* accidentelle en cas de perte de :
 - la totalité de la vision d'un oeil ou
 - d'une main ou
 - d'un pied.

La perte d'une ou des deux mains ou d'un ou des deux pieds signifie l'amputation, au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville, respectivement.

La perte d'un oeil ou des deux yeux signifie une perte totale et irrévocable de la vue.

Seulement une somme est payable (la plus importante) si *vous* subissez plus d'une de ces pertes.

EXCLUSIONS

Cette police ne couvre pas les pertes ni les dépenses liées, en totalité ou en partie, directement ou indirectement à l'une ou l'autre des situations suivantes :

- Toute *maladie*, *blessure* ou affection médicale qui n'était pas *stable* au cours des 90 jours avant la date d'effet.
- Toute condition médicale pour laquelle, avant le départ de *votre pays d'origine*, des preuves médicales suggèrent une attente raisonnable qu'un traitement ou une *hospitalisation* puisse être nécessaire.
- Les *soins médicaux* qui ne sont pas *urgents* pour le soulagement immédiat de la douleur et de la souffrance aiguë, y compris la chirurgie ou les soins non urgents ou cosmétiques, y compris ses complications.
- Une *maladie* ou une *blessure* qui est survenue avant la date d'effet de *votre* contrat lorsque la protection a été prolongée après *votre* arrivée au Canada.
- Les frais engagés aux É.-U., après avoir passé plus de 30 jours consécutifs aux É.-U. pendant la période de couverture.

Exposition et disparition

Si *vous* êtes exposé aux intempéries ou que *vous* disparaissiez suite à un *accident*, une perte sera couverte si :

- suite à une telle exposition, *vous* souffrez de l'une de ces pertes indiquées dans le barème des pertes ci-dessus ou
- votre* corps n'a pas été retrouvé dans un délai de 52 semaines suivant la date de *l'accident*. Il sera présumé, sous réserve de preuve du contraire, que *vous* avez perdu la vie.

12. Transporteur public

L'assureur accepte de verser jusqu'à 25 000,00 \$ CA (100 000,00 \$ CA pour le régime Premium ou le régime amélioré) en cas de décès d'une *personne assurée* découlant directement d'une *blessure* accidentelle survenue pendant la période de couverture alors qu'*elle* voyageait en tant que passager payant sur un *transporteur public*.

Si le total des demandes de règlement pour le même *accident* dépasse 300 000,00 \$ CA, la responsabilité de *l'assureur* pour cet *accident* est limitée à 300 000,00 \$ CA qui seront partagés proportionnellement entre tous les demandeurs impliqués dans le même *accident* et qui sont couverts par toutes les polices souscrites par *l'assureur*.

Les prestations suivantes ne s'appliquent que si *vous* avez choisi et payé le régime Premium ou amélioré, comme indiqué sur la confirmation de *votre* assurance.

13. Infirmière en service privé

Lorsqu'ils sont préautorisés par *MSH Assistance* et prescrits par un *médecin* traitant, les services professionnels d'une infirmière en service privé (autre qu'un *membre de votre famille immédiate*), suite à une *urgence* couverte lorsque cela s'avère *nécessaire d'un point de vue médical* et quand *vous* êtes *hospitalisé* ou pour remplacer *l'hospitalisation*. La couverture est limitée à 5 000,00 \$ CA lorsqu'elle remplace *l'hospitalisation*.

14. Appareils médicaux

Lorsqu'ils sont approuvés à l'avance par *MSH Assistance* et prescrits par le *médecin* traitant :

- les appareils mineurs tels que les béquilles, les plâtres, les attelles, les cannes, les écharpes, les bandages, les appareils orthopédiques, les déambulateurs; ou
- la location temporaire d'un lit d'*hôpital*, d'un fauteuil roulant, de poumons d'acier ou d'un autre équipement durable pour les soins thérapeutiques, n'excédant pas le prix d'achat.

15. Maternité

Si la grossesse d'une *personne assurée* commence pendant la période de couverture, *l'assureur* remboursera les *frais habituels et raisonnables* engagés au Canada pour un *traitement médical d'urgence* pendant une période maximale de 6 mois suivant la naissance de l'enfant et jusqu'à un montant maximal de 10 000,00 \$ CA pour le régime amélioré ou de 15 000,00 \$ CA pour le régime Premium, pour les complications découlant de cette grossesse ou de cet accouchement.

Cette prestation n'est versée que si la couverture est en vigueur pendant toute la durée de la grossesse. Les frais engagés à l'extérieur du Canada ne sont pas couverts.

Les interruptions de grossesse spontanées, ou non provoquées, sont couvertes. Les interruptions provoquées sont limitées à une par période de couverture.

La prestation n° 9 pour les soins psychiatriques et psychologiques est supprimée dans son intégralité et remplacée par ce qui suit :

16. Soins psychiatriques et psychologiques

Lorsque le *médecin* traitant le juge essentiel, les coûts réels :

- des visites chez un psychiatre, psychologue ou travailleur social agréé pour le soulagement de symptômes aigus, jusqu'à concurrence d'une limite maximale de 1 000,00 \$ CA par *personne assurée*; ou
- de *l'hospitalisation* de la *personne assurée* pour cause de troubles psychologiques, mentaux ou émotionnels, jusqu'à un maximum à vie de 15 000,00 \$ CA.

Cette prestation comprend le coût de la visite initiale chez un *médecin*.

17. Consultation en traumatologie

Les frais engagés pour un maximum de six (6) séances de consultation en traumatologie si *vous* subissez un sinistre en vertu de la garantie n° 11 - Décès et mutilation accidentels dans les 90 jours suivant la date d'un *accident* survenu pendant la période de couverture.

18. Équipements correctifs

Jusqu'à concurrence de 1 000,00 \$ CA pour la réparation ou le remplacement d'un dispositif correctif dont *vous* avez besoin si, pendant la période de couverture, *votre* dispositif correctif est volé et non retrouvé ou subit un mauvais fonctionnement ou un défaut qui le rend inutilisable. Cette prestation ne couvre pas les défauts ou le mauvais fonctionnement qui sont couverts par la garantie du fabricant.

Les prestations suivantes ne s'appliquent que si *vous* avez choisi et payé le régime Premium, comme indiqué sur la confirmation de *votre* assurance.

19. Consultation en santé sexuelle

Jusqu'à 100,00 \$ CA pour un test de dépistage facultatif des maladies transmises sexuellement (MTS) au cours de toute période consécutive de 12 mois, à condition qu'un minimum de six (6) mois consécutifs de couverture ait été souscrit.

20. Services de tutorat

Si *vous* êtes *hospitalisé* pour une période minimale de 30 jours consécutifs en raison d'une *maladie* ou d'une *blessure* couverte, *l'assureur* paiera jusqu'à 20,00 \$ CA l'heure jusqu'à concurrence de 500,00 \$ CA pour les frais réels engagés d'un service de tutorat privé admissible, à condition qu'un minimum de 9 mois d'assurance consécutifs ait été souscrit et qu'un minimum de 4 mois se soit écoulé depuis l'entrée en vigueur de la police.

12. Les drogues et les médicaments qui :
 - a. sont couramment disponibles sans ordonnance, les médicaments préventifs ou les vaccins, les médicaments contre l'acné, les remèdes contre la calvitie, les produits à base de résine nicotinique, les suppléments alimentaires ou les produits pour perdre du poids;
 - b. sont tout type de contraceptif, test de grossesse, médicament ou test de fertilité ou de dysfonction érectile;
 - c. ne sont pas légalement enregistré et approuvé au Canada ou ne sont pas *médicalement nécessaires*.
13. Les dépenses encourues dans le cas où cette police a été achetée spécifiquement pour obtenir des *soins médicaux* à l'extérieur de *votre pays d'origine*, qu'ils aient été ou non recommandés par votre *médecin* traitant.
14. Tout *traitement médical* dans *votre pays d'origine* ou tout problème de santé dont les symptômes étaient présents lors d'une visite temporaire dans *votre pays d'origine* pendant la période de couverture, sauf s'il s'agit expressément de participer à un événement sportif ou parascolaire organisé par l'école.
15. Les transplantations comprenant, mais ne se limitant pas aux greffes de cornée ou d'organes ou aux greffes de moelle osseuse, d'articulations artificielles, de prothèses ou d'implants, y compris tous les frais qui y sont associés. Les implants nécessaires pour stabiliser un problème médical *d'urgence* peuvent être couverts s'ils sont préapprouvés par *MSH Assistance*.
16. Les examens médicaux effectués à la demande d'un tiers (y compris les examens médicaux aux fins de l'immigration) ou les consultations avec un *médecin* par téléphone ou par courriel.
17. Frais associés à toute prestation ou *soins médicaux* qui nécessitent l'approbation préalable de *MSH Assistance* si une telle approbation n'était pas fournie, sauf dans des circonstances extrêmes où de tels *soins médicaux* sont effectués dès l'admission à l'hôpital.
18. La perte, le décès ou la *blessure* si, à ce moment, il existait des preuves indiquant que vous étiez affecté par une consommation d'alcool, de drogues interdites ou de toute autre substance intoxicante ou que l'affection médicale à l'origine de la perte ait contribué de manière significative à cette consommation.
19. La perpétration ou la tentative de perpétration, par une *personne assurée*, d'un acte illégal ou d'un acte criminel.
20. Des troubles émotifs, psychologiques ou mentaux ou une maladie, état de santé ou symptôme du même ordre, à l'exception de ce qui est fourni dans les prestations n°s 9 et 16 pour les soins psychiatriques et psychologiques.
21. Le suicide, la tentative de suicide ou les *blessures* auto-infligées d'une *personne assurée*, que la *personne assurée* soit saine d'esprit ou non.
22. La pratique de l'*escalade de rochers* et de l'*alpinisme*, du deltaplane, du saut en parachute, du saut à l'élastique ou du parachutisme; la participation à des courses motorisées ou à des concours de vitesse; la participation à une activité sportive en tant qu'athlète professionnel (pour laquelle la *personne assurée* est rémunérée); la plongée (à moins de détenir une certification d'un programme reconnu et accepté à l'international tel que NAUI ou PADI ou si la profondeur de plongée ne dépasse pas 30 mètres).
23. La mort ou la *blessure* subie aux commandes d'un avion ou lors de l'enseignement du pilotage d'un avion en tant que pilote ou membre de l'équipage.
24. Traverser, voyager vers ou à partir d'un pays, d'une région ou d'une ville pour laquelle, avant *votre* date de départ, le gouvernement canadien, ou l'un de ses ministères, a émis un avertissement afin d'éviter tous les voyages ou d'éviter les voyages non essentiels si la perte découle de la raison pour laquelle l'avertissement a été émis.
25. Guerre civile ou étrangère, actes d'ennemis étrangers, hostilités déclarées ou non, rébellion, révolution, insurrection ou pouvoir militaire ou *votre* visite illégale dans un pays.
26. *Terrorisme* ou toute activité ou décision d'un organisme gouvernemental ou de toute autre entité afin d'empêcher, de réagir à ou de mettre fin au *terrorisme*, excepté la perte ou le dommage qui résulte directement d'un incendie ou d'une explosion. Une telle perte ou dommage est exclue indépendamment de toute autre cause ou événement qui contribue simultanément ou dans n'importe quel ordre aux pertes ou aux dommages.
27. La contamination découlant de l'utilisation de matériel radioactif, de combustible nucléaire, de déchets nucléaires ou l'utilisation d'arme(s) de destruction massive (nucléaire, chimique ou biologique).
28. Servir ou faire une formation dans les forces armées, à la garde nationale ou dans le corps de réserve organisé de n'importe quel pays ou une autorité internationale.
29. Les services ou *traitements médicaux* normalement couverts ou remboursables par toute autre assurance dont la *personne assurée* pourrait bénéficier.

DÉFINITIONS

Certains termes en italiques utilisés dans cette police sont définis dans cette section.

Accident signifie un événement soudain, imprévu, inattendu et involontaire exclusivement attribuable à une cause externe suite à une *blessure* corporelle.

Assuré, personne assurée, elle s'entend d'une personne admissible nommée dans la proposition et dans la confirmation de l'assurance et pour laquelle la prime requise a été payée.

Assureur se rapporte à Industrial Alliance Insurance et Financial Services inc. (« IA Groupe financier »).

Blessure s'entend d'un dommage corporel imprévu ou inattendu attribuable directement à un *accident* que la *personne assurée* subit pendant la période de couverture et qui requiert des soins *d'urgence* couverts par cette police.

Chaperon désigne un particulier qui est en visite temporaire au Canada afin d'y accompagner un ou plusieurs étudiants assurés pour surveiller leur comportement et assurer leur sécurité pendant qu'ils sont inscrits dans une institution d'enseignement canadienne reconnue.

Conjoint s'entend de la personne avec laquelle la *personne assurée* est mariée légalement ou avec laquelle la *personne assurée* cohabite en union de fait depuis au moins les 12 derniers mois.

Dispositif correcteur s'entend d'un dispositif dont vous avez besoin, sur l'avis d'un *médecin*, pour compenser une déficience physique et sans lequel il vous serait physiquement impossible de poursuivre vos études à l'institution d'enseignement où vous êtes inscrit : Comprend les prothèses de membres, les fauteuils roulants, les chiens d'aveugle et les prothèses auditives, mais ne comprend pas les lunettes.

Les **enfants à charge** sont les enfants célibataires qui habitent avec vous et qui dépendent de *votre* soutien si vous êtes leur parent, grand-parent ou tuteur légal, et à la date d'effet, ils sont âgés d'au moins 15 jours et :

- a. moins de 21 ans ou
- b. moins de 26 ans et étudiant à temps plein ou
- c. atteint d'un handicap mental ou physique.

Escalade de rochers et alpinisme s'entend de l'ascension ou de la descente d'une montagne au moyen d'un équipement spécialisé, notamment des crampons, piolets, relais, pitons à expansion, mousquetons et dispositifs d'ancrage pour l'ascension en moulinette ou en premier de cordée.

Enseignant s'entend d'un membre de la profession enseignante qui est en visite temporaire au Canada pour accompagner un ou plusieurs étudiants assurés et/ou qui est parrainé par une institution d'enseignement canadienne reconnue dans le cadre d'un échange culturel ou d'un programme similaire.

Frais raisonnables et habituels s'entend des frais encourus pour des services médicaux ou des fournitures médicales approuvées et couvertes, qui ne dépassent pas les frais exigés normalement par des fournisseurs de rang professionnel comparable, établis dans la même localité ou région, pour pour le même traitement d'une *maladie* ou *blessure* similaire.

Hôpital s'entend d'un établissement reconnu légalement comme étant un *hôpital*, offrant en permanence les services d'un ou de plusieurs *médecins* en tout temps ainsi que les services d'infirmières diplômées, qui s'engage principalement à fournir des services de diagnostic ainsi que des *soins médicaux* et chirurgicaux de *maladie* ou de *blessure* durant la phase aiguë ou des soins actifs de maladie chronique; qui offre des services de diagnostic, des interventions chirurgicales majeures ainsi que de soins hospitaliers. Le terme *hôpital* n'englobe pas les établissements de convalescence, de soins, de repos, ou les soins infirmiers spécialisés, qu'ils fassent partie ou non d'un *hôpital* général ordinaire ou un établissement principalement exploité comme une clinique, un établissement de soins palliatifs ou de longue durée, un établissement de réadaptation, un centre de traitement pour toxicomanie ou un centre de santé.

Hospitalisation ou hospitalisé s'entend d'une *personne assurée* qui occupe un lit d'*hôpital* pendant plus de 24 heures pour des *soins médicaux* et pour qui l'admission a été recommandée par un *médecin* lorsque cela s'avérait *nécessaire d'un point de vue médical*.

Malade hospitalisé s'entend d'un patient qui occupe un lit d'*hôpital* pendant plus de 24 heures pour des *soins médicaux* et pour qui l'admission a été recommandée par un *médecin* lorsque cela s'avère *nécessaire d'un point de vue médical*.

Maladie s'entend d'une affection ou d'un trouble physiologique soudain et imprévu qui donne lieu à une perte pendant la période de couverture. La *maladie* doit être suffisamment grave pour obliger une personne raisonnable à chercher à obtenir des *soins médicaux* auprès d'un *médecin*.

Une **maladie en phase terminale** signifie qu'en raison de l'état de santé de la *personne assurée*, le *médecin* estime que son espérance de vie est de moins de six mois.

Médecin s'entend d'un praticien qui est enregistré et autorisé à pratiquer sa profession médicale conformément aux règlements en vigueur dans la juridiction où il pratique. Le *médecin* ne peut être vous ni un *membre de votre famille immédiate*.

Membre de la famille immédiate signifie le *conjoint*, l'enfant naturel ou adopté, le beau-fils, les parents, les beaux-parents, le tuteur légal, le pupille, le frère, la sœur, le demi-frère, la demi-sœur, le beau-frère, la belle-sœur, les grands-parents, les petits-enfants, la tante, l'oncle, la nièce et le neveu de la *personne assurée*.

MSH Assistance se rapporte à la société désignée par l'*assureur* pour fournir des services d'assistance *d'urgence*.

Nécessaire d'un point de vue médical, à propos d'un service ou de fournitures, signifie :

- a. qu'ils sont appropriés et conformes au diagnostic, selon les normes reconnues en matière de *soins médicaux* dans la collectivité;
- b. qu'ils ne sont pas fournis à des fins expérimentales ni de recherche;
- c. que leur omission nuirait à l'état de santé ou à la qualité des *soins médicaux* de la *personne assurée*;
- d. qu'ils ne peuvent être retardés avant que la *personne assurée* retourne dans son *pays d'origine*.

Pays d'origine s'entend d'un pays pour lequel la *personne assurée* possède un passeport. Si la *personne assurée* possède plus d'un passeport, le *pays d'origine* sera choisi comme pays que la *personne assurée* a déclaré dans la demande.

Le **régime d'assurance santé du gouvernement** s'entend de la couverture de soins de santé offerte par les gouvernements fédéraux, provinciaux et territoriaux canadiens aux résidents.

Soins médicaux et traitement médical s'entend de toute mesure raisonnable de nature médicale, thérapeutique ou diagnostique, *nécessaire d'un point de vue médical* et prescrite par un *médecin* traitant. Les *soins médicaux* comprennent l'*hospitalisation*, les examens ou les tests de base à des fins d'investigation, la chirurgie, les médicaments d'ordonnance (incluant ceux prescrits au besoin) ou tout autre soin directement attribuable à la *maladie*, à la *blessure* ou au symptôme en question.

Stable s'entend de toute affection médicale (qu'un diagnostic ait été posé ou non) pour laquelle aucun des éléments ne se vérifie :

- a. aucune *hospitalisation* et
- b. aucun nouveau diagnostic, traitement ou médicament prescrit et
- c. aucun changement* de traitement ou de médicaments et
- d. aucun nouveau symptôme, plus fréquent ou plus sévère et
- e. aucun nouveau résultat aux examens indiquant une détérioration et
- f. aucun aiguillage vers un spécialiste (effectué ou recommandé) et vous n'êtes pas dans l'attente d'une intervention chirurgicale ou de résultats d'analyses supplémentaires effectuées par un professionnel médical.

*Changement se rapporte à un nouveau traitement ou un nouveau médicament, l'arrêt d'un traitement ou d'un médicament, l'augmentation ou la diminution d'un traitement ou d'un médicament, mais ne comprend pas la transition entre des versions génériques et de marque des médicaments avec le même ingrédient actif et concentration, ni l'ajustement de routine du dosage dans les limites des paramètres fixés lorsque vous prenez de l'insuline ou des médicaments oraux contre le diabète ou des médicaments contre l'asthme.

Terrorisme s'entend de toute acte ou de toute série d'actes illégaux motivées par des considérations idéologiques, notamment le recours à la violence, à la force ou à la menace de violence ou de force, commis par ou pour un groupe, une organisation ou un gouvernement dans le but d'influencer tout gouvernement ou de semer la peur au sein de la population ou d'une partie de la population.

Transporteur public désigne un moyen de transport public qui est autorisé à transporter des passagers pour le compte de tiers et qui est fourni et exploité pour un service régulier de transport des passagers par voie terrestre, maritime ou aérienne sur une ligne régulière de transport de passagers avec un horaire régulier défini de départs et d'arrivées entre des points de départ et d'arrivée établis et reconnus.

Urgence s'entend d'une *maladie* ou *blessure* imprévue ou inattendue qui survient pendant la période de couverture et pour laquelle vous avez besoin de *soins médicaux* immédiats afin de réduire les risques pour la vie ou pour la santé qui surviennent lorsque vous faites un *voyage* couvert par l'assurance, et de tels *soins médicaux* ne peuvent être retardés avant *votre* retour dans *votre pays d'origine* que vous en ayez l'intention ou non. Une *urgence* n'existe plus lorsque vous êtes déclaré médicalement apte à voyager par l'équipe médicale de *MSH Assistance* et qu'aucune autre prestation n'est payable au titre du problème médical qui a provoqué l'*urgence*.

Vous, votre, vos désigne la *personne assurée*.

LIMITES ET RESTRICTIONS

Notification à MSH Assistance

MSH Assistance doit approuver au préalable toute intervention chirurgicale, tout procédé invasif, tout test diagnostique ou tout traitement (y compris, mais non de façon limitative, le cathétérisme cardiaque), et ce, avant que la *personne assurée* ne subisse l'intervention, le procédé, le test diagnostique ou le traitement en question. C'est à vous qu'il incombe de demander à *votre médecin* de communiquer avec *MSH Assistance* pour obtenir son approbation, sauf dans les cas extrêmes où la demande d'approbation préalable retarderait une intervention chirurgicale nécessaire pour corriger une situation grave qui mettrait *votre* vie en péril.

En cas d'*urgence* médicale, *vous* devez aviser *MSH Assistance* avant de recevoir tout *traitement médical* et dans les 24 heures suivant l'admission à l'*hôpital* et avant que toute intervention chirurgicale ne soit effectuée.

Si *vous* omettez de communiquer avec *MSH Assistance* sans motif raisonnable, *l'assureur* paiera seulement 80 % de la demande payable à hauteur de 25 000,00 \$ CA. *Vous* serez responsable de tous les frais qui ne sont pas payables par *l'assureur*.

Limite des prestations

Une fois que la *personne assurée* est jugée médicalement *stable* pour retourner dans son *pays d'origine*, ou après qu'un établissement de santé *lui* a accordé son congé, la situation d'*urgence* est réputée avoir pris fin; aucun autre traitement, aucune autre consultation, récidence ou complication liée à cette situation d'*urgence* ne pourra alors ouvrir droit à l'assurance au titre du présent contrat.

Impossibilité d'obtenir les dossiers médicaux

Si *l'assureur* n'est pas en mesure d'obtenir des dossiers médicaux de *votre pays d'origine*, vos antécédents médicaux seront basés sur les renseignements obtenus dans le rapport de *votre médecin* traitant, d'un examen médical ou d'autres sources d'information pertinentes.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Arbitrage

Malgré toute stipulation au présent contrat d'assurance, les parties aux présentes s'engagent à soumettre tout différend né ou éventuel concernant une demande de règlement à une procédure d'arbitrage, à l'exclusion des tribunaux. La procédure d'arbitrage sera celle prévue par les lois relatives à l'arbitrage en vigueur dans la province ou le territoire canadien de la *personne assurée*. Les parties consentent au renvoi de tout litige devant l'arbitrage.

Autre assurance

Cette assurance est une assurance « second payeur ». Relativement à toute perte ou à tout dommage assuré ou à tout sinistre payable en vertu de tout régime, qu'il s'agisse d'une assurance de responsabilité, d'une assurance collective ou individuelle de base ou d'une assurance maladie complémentaire, d'une assurance automobile privée, provinciale ou territoriale offrant une couverture pour soins hospitaliers, médicaux ou thérapeutiques, ou encore de toute autre assurance concurrentement, les sommes payables au titre de la présente assurance se limitent aux frais admissibles à l'extérieur de *votre pays d'origine* excédant les montants pour lesquels une *personne assurée* est admissible au titre de cette assurance.

Devise

Toutes les sommes payables en vertu du présent certificat le sont en monnaie légale du Canada.

Fausse déclaration et omission de dévoiler des faits essentiels

L'assurance en vertu de cette police pourra être annulée si *l'assureur* établit avant ou après l'occurrence d'un sinistre que la *personne assurée* a dissimulé, omis ou faussement déclaré des faits essentiels ou des événements entourant le présent contrat ou *votre* intérêt dans celui-ci, ou si la *personne assurée* refuse de communiquer des renseignements ou de permettre l'utilisation de renseignements concernant toute *personne assurée* aux termes de ce contrat d'assurance. Par conséquent et suite à un sinistre, aucune demande ne doit être payable par *l'assureur* et la *personne assurée* doit être l'unique responsable de toutes les dépenses liées à la demande, y compris les frais de rapatriement.

Limite des actions

Toute action ou procédure contre un *assureur* visant le recouvrement d'une somme d'argent d'assurance payable en vertu du contrat est absolument écarté, à moins que cette action ou ce recours soit entamé pendant le délai prévu dans la Loi sur les assurance ou dans toute autre législation applicable.

Limite des prestations

Une fois que la *personne assurée* est jugée médicalement stable pour rentrer au Canada ou en vertu de sa sortie d'un établissement médical, *l'urgence* est réputée avoir pris fin, après quoi toute consultation, tout traitement, toute récidence ou toute complication liés à *l'urgence* ne sont plus éligibles à la couverture au titre de la présente police.

Loi applicable

Le présent contrat est régi par les lois de la province ou du territoire canadien où ce contrat a été émis. Toute action en justice que *vous*, vos héritiers légaux ou vos ayants cause pourraient intenter devra être soumise aux tribunaux de la province ou du territoire où ce contrat a été émis.

Paiement des primes

La prime requise est due et payable au moment de la demande et sera déterminée selon la grille de tarification en vigueur à ce moment-là. Tous les paiements doivent être effectués par carte de crédit. Les taux de prime et les termes et conditions de la police sont basées sur *votre* âge à partir de la date d'effet. Si la prime payée est suffisante pour la protection choisie, *l'assureur* facturera et recueillera tout sous-paiement. La protection sera caduque si la prime n'est pas obtenue, si les frais de carte de crédit sont invalides, si le chèque est sans provision ou si aucune preuve de *votre* paiement existe.

Protéger vos renseignements personnels

L'assureur accorde une grande importance à la protection de vos renseignements personnels. Vos renseignements seront recueillis, utilisés et divulgués seulement en vue de *vous* fournir les services d'assurance que *vous* avez demandés. Les renseignements restent confidentiels, tel qu'exigé en vertu des lois fédérales et provinciales applicables. En cas de sinistre, *MSH Assistance* et *l'assureur* peut recueillir vos renseignements médicaux personnels détenus par un tiers. Ces renseignements peuvent être divulgués aux employés de *MSH Assistance* et à *l'assureur* à des fins d'analyse de *votre* demande ainsi que pour mieux *vous* servir.

CONDITIONS LÉGALES (CONDITIONS GÉNÉRALES AU QUÉBEC)

Nonobstant toute autre condition stipulée dans la présente, ce contrat est soumis aux conditions statutaires de la Loi sur les assurances qui régit les contrats d'assurance accident.

Le contrat

La proposition, la présente police, tout document annexé à la présente police lors de son émission et toute modification par écrit une fois le contrat émis, constituent le contrat intégral, et aucun mandataire ne peut le modifier ni renoncer à l'une de ses dispositions.

Dérogation

Aucune condition de ce contrat ne sera réputée avoir été abandonnée en tout ou en partie par *l'assureur* à moins que la renonciation n'ait été clairement exprimée par écrit et signée par *l'assureur*.

Copie de la proposition

Sur demande, *l'assureur* doit fournir à la *personne assurée* une copie de la proposition ou la fournir à l'auteur d'une demande de règlement au titre du contrat.

Faits essentiels

Aucune déclaration faite par la *personne assurée* lors de la souscription du présent contrat ne peut être invoquée pour contester une demande de règlement au titre du présent contrat ni pour

Disponibilité et qualité des soins

Ni *l'assureur* ni *MSH Assistance* ne doivent être tenus responsables de la disponibilité ni de la qualité des *soins médicaux* (ni même de leurs résultats) ou de *votre* défaut à obtenir des *soins médicaux* au cours de la période couverte.

Transfert médical et rapatriement

L'assureur se réserve le droit, tel que requis dans une mesure raisonnable et à ses frais, de *vous* transférer dans un *hôpital* ou de *vous* rapatrier au Canada ou dans *votre pays d'origine* en cas d'*urgence* pour le *traitement médical* de *votre maladie* ou de *votre blessure*.

Si *vous* refusez d'être transféré ou rapatrié alors que *vous* êtes jugé apte à voyager par l'équipe médicale de *MSH Assistance*, tous les coûts permanents encourus pour cette *maladie* ou cette *blessure* suite à *votre* refus ne seront pas couverts et le paiement de ces coûts est de *votre* seule responsabilité. La protection pour une *maladie* ou une *blessure* vient à échéance au moment de *votre* refus et aucune protection pour cette *maladie* ou cette *blessure* ne *vous* sera fournie pour le reste de la période de protection.

Limites aux prestations d'assistance

MSH Assistance se réserve le droit de suspendre, de réduire ou de limiter les services dans n'importe quelle région ou pays en cas de guerre, d'instabilité politique ou d'hostilité qui rend la région inaccessible par *MSH Assistance*. *MSH Assistance* fera son possible pour fournir des services dans ce genre de situation.

En aucun cas *l'assureur* ne divulguera les renseignements à quelque personne ou organisme qui ne possède pas clairement le droit de la consulter, sans obtenir *votre* consentement au préalable. Pour obtenir des renseignements au sujet de la politique sur la protection des renseignements personnels, veuillez consulter :

<https://ia.ca/privacy-policy>

Remboursements

- Si *vous* devez résilier *votre* contrat avant la date d'effet, la totalité de la prime sera remboursée.
- Un remboursement au prorata de la partie non utilisée de la prime peut être accordé si :
 - le visa nécessaire à l'admission dans une institution d'enseignement canadienne reconnue a été refusé;
 - l'étudiant quitte définitivement l'institution d'enseignement canadienne reconnue;
 - vous* retournez définitivement dans *votre pays d'origine* sans intention d'y retourner 30 jours ou plus avant la date d'expiration; ou
 - vous* devenez admissible à un *régime d'assurance maladie gouvernemental* dans *votre* province ou territoire de résidence au Canada.

Une demande de remboursement de prime ne sera prise en considération que si aucune réclamation n'a été payée ou n'est en cours.

Aucun remboursement ne *vous* sera accordé si le montant de la prime à être remboursé est de moins de 20,00 \$ CA par contrat.

Subrogation

Dans le cas où une *personne assurée* subirait une perte couverte au titre du présent contrat, la *personne assurée* accorde à *l'assureur* le droit d'intenter une action en justice contre toute personne, personne morale ou entité juridique ayant causé le sinistre, et ce, afin de faire respecter tous les droits, pouvoirs, privilèges et recours de la *personne assurée* relativement aux sommes payables au titre du présent contrat. En outre, si la *personne assurée* a droit à une assurance ou à d'autres garanties sans égard à la responsabilité, *l'assureur* a le droit d'exiger et d'obtenir les sommes payables au titre de ces garanties. Si *l'assureur* décide d'intenter une action en justice, il le fera à ses frais, au nom de la *personne assurée*, et la *personne assurée* devra se présenter sur les lieux du sinistre afin de faciliter le déroulement des procédures, en plus de fournir à *l'assureur* tous les renseignements, la collaboration et l'aide dont il peut avoir besoin. Si la *personne assurée* présente une requête ou si *elle* intente une action en justice relativement à un sinistre couvert, *elle* doit en aviser immédiatement *l'assureur* afin que celui-ci puisse protéger ses droits. Après la survenance d'un sinistre, la *personne assurée* ne peut intenter une action en justice qui porterait atteinte aux droits de *l'assureur*, tels qu'énoncés dans le présent paragraphe et *elle* doit prendre toute mesure nécessaire pour protéger ces droits.

Valeur d'assurance

La valeur d'assurance totale pour toutes les pertes résultant d'un même incident en vertu de toutes les polices d'assurance voyage souscrites par *l'assureur* est de 20 000 000,00 \$ CA.

Versement excédentaire des prestations

Rien dans cette police n'empêchera *l'assureur* d'obtenir auprès de la personne ou de l'organisation à laquelle le paiement a été effectué tout versement excédentaire de prestation, indépendamment de la cause du versement excédentaire.

annuler celui-ci, à moins qu'elle ne figure dans *votre* proposition ou dans toute autre déclaration ou réponse donnée par écrit comme preuve d'assurabilité.

Avis de sinistre et preuve de réclamation

La *personne assurée* ou un bénéficiaire ayant le droit de faire une demande, ou l'agent de l'une de ces personnes, doit,

- fournir un avis écrit d'une demande à *l'assureur*,
 - en le remettant ou en l'envoyant par courrier recommandé au siège social ou à l'agence principale de *l'assureur* dans la province ou
 - en le remettant à un agent autorisé de *l'assureur* dans la province,

au plus tard 30 jours à compter de la date du sinistre au titre du contrat suite à un *accident*, une *maladie* ou une invalidité;

- dans les 90 jours qui suivent la date du sinistre au titre du contrat à la suite d'un *accident* ou d'une *maladie*, fournir à l'assureur une preuve aussi raisonnable que possible dans les situations suivantes :
 - la survenue d'un *accident* ou le début d'une *maladie*,

- ii. le sinistre causé par l'accident ou la maladie,
 - iii. le droit du requérant à obtenir le paiement,
 - iv. l'âge du requérant et
 - v. le cas échéant, l'âge du bénéficiaire et
- c. si l'assureur l'exige, fournir un certificat établissant de façon satisfaisante la cause ou la nature de l'accident, de la maladie ou de l'invalidité qui pourrait motiver une réclamation en vertu de cette assurance et en ce qui concerne la durée d'une maladie ou d'une invalidité.

Défaut de notification ou preuve

Le défaut de fournir un avis du sinistre ou de fournir des preuves du sinistre dans les délais prescrits par cette condition n'invalide pas la demande si

1. l'avis est donné ou la preuve fournie dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, et au plus tard 1 an après la date de l'accident ou à la date du sinistre au titre du contrat suite à un accident, à une maladie ou à une invalidité, et qu'il est indiqué qu'il n'était pas raisonnablement possible de fournir un avis du sinistre ou une preuve dans les délais prescrits par cette condition ou
2. dans le cas de votre décès, si une déclaration de décès présumé est nécessaire, l'avis est donné ou la preuve fournie au plus tard 1 an à partir de la date à laquelle une cour fait une déclaration.

SERVICES D'ASSISTANCE

En cas d'urgence ou si vous avez besoin de soins médicaux, vous devez communiquer avec MSH Assistance immédiatement au :

+1 (800) 203 8508
sans frais depuis les
États-Unis et Canada

+1 (416) 646 3107
à frais virés où disponible

mshassistance@mshassistance.com

Centre d'appels d'urgence — Peu importe votre destination, le personnel de soutien professionnel est prêt à vous répondre 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Renvoi à des spécialistes — MSH Assistance peut vous diriger vers des fournisseurs de services médicaux préférés (hôpitaux, cliniques et médecins).

Renseignements sur les prestations — L'explication de cette police est à votre disposition et à la disposition des fournisseurs médicaux soignent la personne assurée.

Médecins consultants — L'équipe de professionnels de santé de MSH Assistance, disponible 24 heures par jour, surveillera les services offerts en cas d'une urgence grave.

Facturation directe — Lorsque c'est possible, MSH Assistance demandera à l'hôpital ou à la clinique de facturer directement MSH Assistance.

Formulaires de preuve de sinistre fournis par l'assureur

L'assureur doit fournir des formulaires de preuve de sinistre dans un délai de 15 jours après réception de l'avis de sinistre, mais si le requérant n'a pas reçu les formulaires dans ce délai, le requérant peut envoyer sa preuve de sinistre sous la forme d'une déclaration écrite énonçant la cause ou la nature de l'accident, de la maladie ou de l'invalidité donnant lieu à la demande et à l'étendue du sinistre.

Droits d'examen

Comme condition préalable au recouvrement des sommes d'assurance en vertu du présent contrat,

- a. le requérant doit fournir à l'assureur l'occasion de vous examiner quand et aussi souvent qu'il en est raisonnablement requis pendant que la demande de règlement en vertu du présent contrat est en suspens et
- b. advenant votre décès, il se peut que l'assureur exige une autopsie sous réserve de toute loi en matière d'autopsies du territoire compétent.

Sommes payables

Tout argent payable en vertu de ce contrat doit être payé par l'assureur dans un délai de 60 jours après réception de la preuve de sinistre.

Renseignements relatifs aux réclamations — MSH Assistance répondra à toutes les questions que vous avez au sujet de l'admissibilité de votre réclamation, les procédures standards de vérification et la manière dont les prestations en vertu de cette police sont administrées.

Vous devez communiquer avec MSH Assistance avant d'obtenir des soins médicaux. Si votre état de santé ne vous permet pas de le faire, une autre personne doit communiquer immédiatement avec MSH Assistance en votre nom. Il est de votre responsabilité de vous assurer que vous avez communiqué avec MSH Assistance avant de recevoir des soins médicaux ou dès qu'il est raisonnablement possible de le faire.

RÉCLAMATIONS

Procédures de réclamation

Les réclamations doivent être envoyées dans un délai de 30 jours qui suivent les premiers frais médicaux. Il est de la responsabilité de la personne assurée de fournir tous les documents énumérés ci-après et de régler les frais y afférents. Pour présenter une demande, la personne assurée doit :

- a. remplir et envoyer un formulaire de réclamation pour chaque nouvelle maladie ou blessure;
- b. envoyer toutes les factures détaillées originales du/des fournisseurs de soins, où sont indiqués le nom du patient, le diagnostic, toutes les dates et le type de soins, ainsi que le nom de l'établissement de soins de santé ou le médecin;
- c. fournir des reçus de médicament sur ordonnance (pas le reçu de caisse) du pharmacien, du médecin ou de l'hôpital indiquant le nom du médecin prescripteur, le numéro de la prescription, le nom de la préparation, la date, la quantité et le coût total;

- d. fournir une preuve de la date (des dates) de départ et de la date (des dates) de retour;
- e. fournir une preuve écrite de la réclamation dans un délai de 90 jours suivant la date de réception des services couverts en vertu de la police;
- f. fournir des renseignements supplémentaires relatifs à votre réclamation, tel que requis par MSH Assistance à la réception de la demande;
- g. renvoyer la partie inutilisée du billet d'avion de la personne assurée à MSH Assistance, si la prestation pour transport aérien d'urgence est utilisée.

Tous les documents pertinents doivent être envoyés à MSH Assistance.

IDENTIFICATION DE L'ASSUREUR

Souscrit par :

INDUSTRIELLE ALLIANCE, ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.
400 – 988 West Broadway
Vancouver BC, V5Z 1K7

Réclamations administrées par :

MSH Assistance
150 King Street West, Suite 602, PO Box 75
Toronto, Ontario M5H 1J9