

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 \$ 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 un visiteur au Canada ou une personne se trouvant au Canada en vertu d'un visa de travail ou d'étudiant valide, un Canadien ou un immigré non admissible aux garanties d'un régime d'assurance maladie gouvernemental;
- être âgé d'au moins 15 jours et de moins de 90 ans;
- ne pas voyager contre l'avis d'un médecin et ne pas avoir reçu de diagnostic de maladie en phase terminale;
- ne pas présenter de signes ou de symptômes nouveaux ou non diagnostiqués et ne pas avoir connaissance d'une quelconque raison de consulter un médecin;
- ne pas avoir besoin d'aide pour effectuer les activités quotidiennes (telles que s'habiller, se laver, manger, se rendre aux toilettes, se mettre au lit ou sortir du lit et s'asseoir ou se lever d'une chaise);

- ne pas avoir été diagnostiqué ou traité pour un cancer du pancréas, du foie, du poumon ou du cerveau, ou pour tout autre type de cancer métastasé;
- ne pas avoir été diagnostiqué ou traité pour une maladie rénale nécessitant une dialyse au cours des 24 derniers mois;
- ne pas avoir été diagnostiqué ou traité pour une greffe de moelle osseuse ou d'organe au cours des 24 derniers mois;
- ne pas avoir été diagnostiqué pour une maladie en phase terminale avec moins de 2 ans à vivre; et
- ne pas avoir pris d'oxygène à domicile au cours des 12 derniers mois précédant la date d'entrée en vigueur.

CONTRAT D'ASSURANCE

- En contrepartie du paiement complet de la prime requise pour la somme assurée choisie, l'assureur accepte de payer les frais raisonnables et habituels jusqu'à concurrence de la somme assurée choisie que vous engagez en cas d'urgence lorsque vous êtes au Canada ou que vous vous rendez temporairement à l'étranger. Un minimum de 51 % de votre période de couverture doit être passée au Canada et le temps passé à l'extérieur du Canada est limité à un maximum de 30 jours par visite. Il n'y a pas de couverture lorsque vous êtes dans votre pays d'origine.
- L'assureur prend uniquement en charge les frais admissibles, moins la franchise si applicable, 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 voyage, incluant toute prolongation.
- 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.
- Ni le type de régime souscrit ni la somme assurée choisie ne peuvent être modifiés après la date d'effet indiquée sur votre confirmation d'assurance.
- 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

- L'assurance doit être souscrite pour une durée maximale de 365 jours.
- La couverture s'étendra à une visite temporaire pendant la période de couverture. Une preuve de toutes les dates de voyage sera exigée en cas de sinistre.
- 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 et à l'heure de votre arrivée au Canada. La preuve de votre date d'arrivée peut être requise.

Exception : Lorsque cette police est souscrite avant de quitter votre pays d'origine, sous réserve que la prime appropriée a été payée, l'assurance débutera à la date de départ de votre pays d'origine (date indiquée sur votre billet d'avion) pour votre voyage ininterrompu vers le Canada.

4. 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 :

- la période de 48 heures suivant la date d'entrée en vigueur de la police si l'assurance est souscrite dans les 30 jours suivant votre arrivée au Canada; ou
- la période de 8 jours suivant la date d'entrée en vigueur de la police si l'assurance est souscrite plus de 30 jours suivant votre arrivée au Canada,

même si des dépenses connexes sont engagés 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 d'assurance voyage Visiteurs au Canada Secure Travel RIMI déjà émis par l'assureur, qui doit prendre effet le jour qui suit cette date d'expiration, sous réserve que la somme assurée n'ait subi aucune augmentation. Le contrat existant doit prendre effet à la date de souscription et la couverture doit être ininterrompue.

5. Date d'expiration

La protection en vertu de ce régime prend fin au plus tôt :

- à 23 h 59 (heure locale) à la date d'expiration indiquée sur votre confirmation d'assurance ou
- 365 jours après la date de prise d'effet de votre assurance ou
- la date à laquelle vous devenez admissible à un régime d'assurance maladie gouvernemental au Canada 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 49 % de votre période de couverture durant votre séjour à l'étranger ou
- le 31^e jour d'un séjour temporaire dans un autre pays, autre que votre pays d'origine ou
- à 23 h 59 (heure locale) à une date antérieure calculée par l'assureur en raison d'un paiement de primes incorrect ou insuffisant, y compris un paiement mensuel périmé.

6. Retour temporaire dans son pays d'origine

Vous pouvez retourner dans votre pays d'origine pendant la période de couverture avant la date d'expiration, et votre couverture reprendra effet sans prime supplémentaire à votre retour au Canada, à condition que vous restiez admissible. La prime correspondant au nombre de jours de votre séjour temporaire ne sera pas remboursée ni réémise. Toute affection pour laquelle des symptômes avaient apparus ou pour lesquels vous avez reçu des soins médicaux durant une visite temporaire ne sont pas couverts.

7. Prolongation de votre couverture

Si vous souhaitez rester au Canada au-delà de la date d'expiration du présent contrat, vous devez contacter votre courtier ou votre représentant en assurance avant la date d'expiration et n'avoir aucune raison de consulter un médecin pendant la nouvelle période de couverture.

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 et
- la prime requise ait été payée.

Si vous avez présenté une réclamation, l'assureur examinera votre dossier avant d'accorder une prolongation. Toute condition pour laquelle vous avez été traité pendant la période initiale de la couverture sera automatiquement exclue de la période de prolongation. L'assureur se réserve le droit de refuser toute demande de prolongation.

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

8. Couverture familiale

Si vous souscrivez à une couverture familiale au moment de la demande, votre contrat vous couvre ainsi que tous les membres de votre famille mentionnés sur la demande (veuillez vous reporter à la définition de famille) si :

- les dates de protection sont les mêmes pour tous les membres de la famille et

- b. tous les membres de la *famille* habitent à la même adresse durant leur séjour au Canada et
- c. la prime familiale est payée avant la date d'effet du contrat, telle qu'indiquée sur *votre* proposition ou sur la confirmation de l'assurance.

9. Prolongation automatique de la protection

Après en avoir avisé *MSH Assistance*, *votre* couverture sera automatiquement prolongée, sans prime supplémentaire, jusqu'à 72 heures si *votre* séjour est prolongé au-delà de la date d'expiration, pour l'une ou l'autre des raisons suivantes :

- a. Tout retard, indépendamment de *votre* volonté, d'un avion, d'un autobus, d'un train ou d'un traversier dirigé par le gouvernement que *vous* utilisez ou que *vous* comptez utiliser à titre de passager. Le retard doit avoir lieu avant la date d'expiration et le moyen de transport est supposé arriver avant *votre* date d'expiration.

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 la *somme assurée*, 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

- a. Jusqu'à concurrence du tarif d'un lit de salle (chambre à deux lits pour le régime amélioré). 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.
- b. Frais liés à une salle d'urgence.
- c. 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*).

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 tomodensitométrie (TDM), 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*, sauf lorsque cela est nécessaire pour stabiliser une maladie chronique ou une affection médicale dont une *personne assurée* souffrait avant le voyage. Cette prestation est limitée à un maximum de 30 jours par ordonnance et la limite est de 500 \$ (1 000 \$ pour le régime amélioré), à moins que la *personne assurée* ne soit *hospitalisée*.

5. 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 \$ lorsqu'elle remplace l'*hospitalisation*.

6. Visites de suivi

Lorsqu'elles sont approuvées à l'avance par *MSH Assistance*, jusqu'à trois visites de suivi peuvent être données, à condition qu'elles soient directement liées à *votre urgence*.

7. Services paramédicaux

Lorsqu'ils sont approuvés à l'avance par *MSH Assistance*, les services (y compris les radiographies) d'un chiropraticien, d'un physiothérapeute, d'un podiatre, d'un ostéopathe ou d'un acupuncteur autorisé sont limités à 300 \$ (500 \$ pour le régime amélioré) par *personne assurée* et par profession énumérée ci-dessus.

8. Soins dentaires

Lorsqu'ils sont réalisés par un dentiste ou par un chirurgien stomatologiste dûment autorisé, les soins dentaires d'*urgence* :

- a. à hauteur de 1 000 \$ (3 000 \$ pour 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 et
- b. à hauteur de 300 \$ (500 \$ pour le régime amélioré) afin de soulager des douleurs dentaires non causées par un coup accidentel au visage et pour lesquels *vous* n'avez préalablement reçu aucun soin ni conseil.

Les soins doivent commencer dans un délai de 48 heures 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 ou *votre* retour dans *votre pays d'origine*.

9. Appareils médicaux

Lorsqu'ils sont approuvés à l'avance par *MSH Assistance* et prescrits par le *médecin* traitant, jusqu'à un maximum de 5 000 \$, 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 fauteuil roulant, n'excédant pas le prix d'achat.

10. Transport d'urgence

- a. 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*;
- b. Transport entre les *hôpitaux* lorsque demandé par le *médecin* traitant pour des *soins médicaux d'urgence*.
- c. 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 :
 - i. 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 ou les frais de surclassement si *votre médecin* traitant indique par écrit que cela s'avère *nécessaire d'un point de vue médical*;
 - ii. 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*;
 - iii. 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*.

11. Décès accidentel et mutilation

L'assureur accepte de verser jusqu'à 50 000 \$ pour le décès ou la perte d'un des membres ou de la vue de la *personne assurée* découlant directement d'une *blesseure* accidentelle survenue pendant

- b. Une justification médicale indiquant que *vous* êtes médicalement inapte à retourner dans *votre pays d'origine*, en raison d'une *maladie* ou d'une *blesseure* couverte à la date ou avant la date d'expiration.

- c. *Vous* êtes *hospitalisé* en raison d'une *urgence* à la date d'expiration indiquée sur la confirmation de *votre* assurance en raison d'une *maladie* ou d'une *blesseure* couverte. La couverture se prolonge pendant la période d'*hospitalisation* et la prolongation de 72 heures débutera à la sortie de l'*hôpital*.

REMARQUE : toutes les demandes émises après la date d'expiration de la police d'assurance de la *personne assurée* doivent être appuyées d'une preuve documentée de l'événement à l'origine du retour retardé. Cette prestation ne comprend pas les coûts associés au changement de vol.

la période de couverture, sauf au moment de l'embarquement, du débarquement ou d'un voyage à bord d'un avion.

Les prestations sont payables selon la barème suivant :

- a. 100 % de la *somme assurée* découlant de la même *blesseure* accidentelle en cas de perte de :
 - i. la vie ou
 - ii. la vision des deux yeux ou
 - iii. des deux mains ou
 - iv. des deux pieds ou
 - v. d'une main et de la vision d'un oeil ou
 - vi. d'un pied et de la vision d'un oeil.
- b. 50 % de la *somme assurée* découlant de la même *blesseure* accidentelle en cas de perte de :
 - i. la vision d'un oeil ou
 - ii. d'une main ou
 - iii. 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.

Exposition et disparition

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

- a. suite à une telle exposition, *vous* souffrez de l'une de ces pertes indiquées dans le barème des pertes ci-dessus ou
- b. *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. Accident d'avion

À hauteur de 50 000 \$ si la *personne assurée* décède à la suite d'une *blesseure* survenue pendant *votre* période de couverture alors que *vous* voyagez en tant que passager payant sur une ligne aérienne commerciale. Si les demandes de règlement totales pour ce même *accident* dépassent 300 000 \$, la responsabilité de l'*assureur* pour cet *accident* est limitée à 300 000 \$, somme qui sera partagée proportionnellement entre les requérants impliqués dans cet *accident* et qui sont couverts par toutes les polices souscrites par l'*assureur*.

13. Rapatriement du corps

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

- a. à hauteur de 5 000 \$ (10 000 \$ pour 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
- b. jusqu'à 2 500 \$ (5 000 \$ pour le régime amélioré) 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.

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

14. Visite à votre chevet

Lorsque ce service est approuvé à l'avance par *MSH Assistance*, un billet d'avion aller-retour en classe économique plus 150 \$ par jour à hauteur de 3 000 \$ pour les frais de repas et l'hébergement commercial pour un maximum d'une personne de *votre* choix afin de :

- a. être être aux côtés de la personne assurée si cette dernière voyage seule et qu'elle a été hospitalisée suite à une *urgence* assurée. Afin d'être payable, cette prestation nécessite que la personne assurée soit éventuellement hospitalisée pendant au moins 3 jours consécutifs et que le *médecin* traitant fournisse une certification écrite comme quoi la situation était assez grave pour justifier la visite ou
- b. identifier la *personne assurée* décédée avant la remise du corps, au besoin.

15. Repas et hébergement

Une fois approuvé par Intrepid 24/7™, jusqu'à 150 \$ par jour pour un montant maximum de 3 000 \$ pour *votre* logement commercial, vos repas, vos appels téléphoniques indispensables, vos frais Internet, les frais de la location de voiture au lieu des frais d'autobus ou de taxi, ainsi que les frais de garde d'enfants pour *vos personnes à charge* âgés de moins de 18 ans (à l'exception des soins pour enfants fournis par un *membre de votre famille immédiate*), si, sur avis d'un *médecin* :

- a. *vous* ou *votre compagnon de voyage* êtes *hospitalisé* à la date prévue de *votre* retour dans *votre pays d'origine* ou lieu de résidence au Canada ou
- b. *vous* ou *votre compagnon de voyage* êtes transféré dans un *hôpital* d'une autre ville pour bénéficier de *soins médicaux d'urgence*.

Le fait que la *personne assurée* ne soit pas en mesure de voyager doit être certifié par le *médecin* traitant, et les réclamations doivent être accompagnées des reçus originaux des organisation commerciales.

16. Allocation pour frais hospitalier

Jusqu'à 50 \$ par jour à hauteur de 500 \$ pour les dépenses accessoires facturées par l'*hôpital*, telles que les frais de téléphone, de télévision ou d'Internet pendant *votre hospitalisation*.

17. Retour et accompagnement des enfants

Si approuvé et organisé à l'avance par *MSH Assistance*, jusqu'à concurrence du tarif aérien en classe économique pour le retour d'un *enfant à charge* accompagnant le requérant au point de départ, au cas où *vous* retournez dans *votre pays d'origine* ou au Canada en vertu de la prestation pour transport d'*urgence*. L'*assureur* paiera également une escorte afin d'accompagner l'*enfant à charge*.

18. Retour des bagages supplémentaires

Si approuvé et organisé à l'avance par *MSH Assistance*, à hauteur de 500 \$ pour les frais de retour de *vos* bagages supplémentaires vers le point de départ, au cas où *vous* retournez dans *votre pays d'origine* ou au Canada au titre de la prestation pour transport d'*urgence*.

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 existait avant la date d'effet si vous avez choisi et payé le régime 1, tel qu'indiqué sur votre confirmation d'assurance.
Si vous avez choisi et payé le régime 2, tel qu'indiqué sur votre confirmation d'assurance, il n'y a aucune couverture pour toute *maladie*, toute *blessure* ou tout problème médical qui existait avant la date d'entrée en vigueur, hormis :
 - Jusqu'à l'âge de 69 ans** : toute *maladie*, *blessure* ou affection médicale qui était *stable* au cours des **90 jours** avant la date d'effet.
 - Entre 70 et 84 ans** : toute *maladie*, *blessure* ou affection médicale qui était *stable* au cours des **180 jours** avant la date d'effet, à condition d'avoir répondu correctement par la négative à toutes les questions de déclaration médicale. Si la réponse à l'une des questions de la déclaration médicale est affirmative, il n'y a pas de couverture pour toute *maladie*, toute *blessure* ou tout problème médical qui existait avant la date d'entrée en vigueur, qu'elle soit stable ou non.
- Les dépenses liées à une *maladie* ou à une *blessure* qui inciterait une personne normalement prudente à obtenir des *soins médicaux*, des conseils, un diagnostic ou des soins au cours de la période de 90 jours immédiatement avant la date d'effet.
- 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.
- 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 à l'extérieur du Canada après avoir passé plus de 30 jours consécutifs dans un pays autre que le Canada pendant la période de couverture.
- Les frais engagés pour vos déplacements contre l'avis d'un *médecin*, ou les pertes découlant de votre *maladie* ou de votre condition médicale, qui d'après le diagnostic d'un *médecin*, était jugée *terminale* avant la date d'effet.
- Les *soins médicaux* pouvant être raisonnablement retardés jusqu'à votre retour dans votre *pays d'origine* par le prochain moyen de transport disponible, que vous le vouliez ou non.
- Les *soins médicaux* d'une maladie chronique, les soins réguliers d'une maladie chronique, les *soins médicaux* à domicile, les examens exploratoires, la réadaptation, le service de convalescence ou les soins continus ou les *soins médicaux* d'une *maladie* ou d'une *blessure* aiguë après que l'*urgence* initiale a pris fin.
- 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.
- Les *soins médicaux* dispensés dans votre *pays d'origine*.
- Les problèmes médicaux pour lesquels des symptômes étaient présents ou pour lesquels vous avez reçu un *traitement médical* au cours d'une visite temporaire dans votre *pays d'origine* pendant la période de couverture.
- 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.
- Le remplacement d'une ordonnance existante, que vous l'ayez perdue, sauf indication contraire ailleurs dans la police, d'un renouvellement ou d'une provision insuffisante, ou

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.

Compagnon de voyage s'entend d'une personne qui partage des arrangements de voyage avec vous, jusqu'à un maximum de 4 personnes.

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 12 mois.

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 légale, et à la date d'effet, ils sont âgés d'au moins 15 jours et :

- moins de 21 ans ou
- moins de 26 ans et étudiant à temps plein ou
- 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.

Famille s'entend de vous et de votre *conjoint(e)* jusqu'à 69 ans ainsi que vos *enfants à charge* lorsque vos noms apparaissent sur la demande ou sur la confirmation d'assurance. Les dates de protection doivent être les mêmes pour tous les membres de la *famille*. Tous les membres de la *famille* doivent habiter à la même adresse au Canada.

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.

La **franchise** s'entend du montant (le cas échéant), en dollars canadiens, que la *personne assurée* doit payer avant que toute dépense admissible restante soit remboursée au titre de cette police. La *franchise* s'applique une fois par *personne assurée* et par *urgence* couverte.

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

l'achat de drogues et de médicaments (vitamines comprises) que l'on peut normalement se procurer sans ordonnance ou qui ne sont pas enregistrés ou approuvés légalement au Canada ou qui ne sont pas requis dans le cadre d'une *urgence* médicale.

- Tout dommage à des prothèses auditives, lunettes, lunettes de soleil, verres de contact, prothèses dentaires, membres artificiels ou des appareils et toute ordonnance qui s'ensuit.
- Soins prénataux de routine; votre grossesse ou votre accouchement, ou des complications y étant liées lorsqu'elles surviennent 9 semaines avant ou après la date prévue d'accouchement.
- Pour les enfants âgés de moins de 2 ans, toute *maladie* ou condition médicale découlant d'une infirmité congénitale.
- 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*.
- Des troubles émotifs, psychologiques ou mentaux ou une *maladie*, état de santé ou symptôme du même ordre, sauf si la *personne assurée* est *hospitalisée*.
- 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.
- La perpétration ou la tentative de perpétration, par une *personne assurée*, d'un acte illégal ou d'un acte criminel.
- Votre suicide, votre tentative de suicide ou une *blessure* que vous vous infligez, que vous soyez sain d'esprit ou non.
- 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).
- 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.
- 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 pendant la durée de votre *voyage* si la perte découle de la raison pour laquelle l'avertissement a été émis.
- 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.
- 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).
- 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.
- L'aggravation, la récurrence, les effets secondaires ou les complications d'un état de santé résultant de votre non-conformité ou de votre défaut de suivre les directives d'un *médecin* ou d'un autre fournisseur de soins de santé, sous réserve des dispositions de la garantie n° 13 - Rapatriement du corps.

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 assuré*.

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 :

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

Par maladie ou affection cardiaque, on entend toute angioplastie ou pose d'endoprothèse dans ou autour du cœur (artères coronaires ou carotides ou aorte), angine de poitrine, fibrillation auriculaire, insuffisance cardiaque (avec fraction d'éjection réduite ou préservée), crise cardiaque/infarctus du myocarde, rythme cardiaque irrégulier ou souffle cardiaque dû à une pathologie valvulaire, insertion d'un stimulateur/débrillateur cardiaque, toute chirurgie cardiovasculaire, valvulaire ou de pontage ou toute autre affection ou diagnostic concernant le cœur ou les vaisseaux sanguins du cœur.

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. Lorsqu'une *famille* doit être couverte par cette police, un pays sera considéré comme le *pays d'origine* pour la *famille*, qui sera le *pays d'origine* déclaré sur 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 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.

Somme assurée s'entend de la somme payable maximum opté au moment de la souscription du contrat et pour laquelle vous avez payé la prime exigible, ou qui s'applique à une protection d'assurance donnée.

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

- aucune *hospitalisation* et
- aucun nouveau diagnostic, traitement ou médicament prescrit et
- aucun changement* de traitement ou de médicaments et
- aucun nouveau symptôme, plus fréquent ou plus sévère et
- aucun nouveau résultat aux examens indiquant une détérioration et

- f. aucun aigüillage 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.

Urgence s’entend d’une *maladie* ou *blessure* imprévue ou inattendue qui survient pendant la

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* 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. *Vous* serez responsable de payer les 20 % restants du montant d’assurance payable. *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, récidive 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.

Disponibilité et qualité des soins

Ni *l’assureur* ni *MSH Assistance* ne doivent être tenus responsables de la disponibilité ni de la

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.

Il est possible que *vous* ne puissiez demander ni recevoir plus de 100 % du sinistre causé par l’événement assuré.

Cession des prestations

Lorsque *l’assureur vous* a payé les dépenses ou les prestations en *votre* nom en vertu de la présente police, *l’assureur* a le droit de recouvrer, à ses frais, ces paiements de toute source applicable ou toute police d’assurance ou régime qui fournit les mêmes prestations ou recouvrements. Cette police permet également à *l’assureur* de recevoir, d’approuver et de négocier des paiements admissibles de ces parties en *votre* nom. Lorsque *l’assureur* reçoit le paiement d’un autre assureur, ou de toute autre source de recouvrement à *l’assureur*, le payeur respectif est déchargé de tout paiement.

Devis

Toutes les sommes payables en vertu du présent certificat le sont en monnaie légale du Canada. Si une *personne assurée* a réglé des frais couverts dans une devise autre que la devise canadienne, *elle* sera remboursée en dollars canadiens au taux d’échange en vigueur à la date à laquelle le paiement des réclamations est effectué. L’assurance ne paiera pas les intérêts.

Erreur liée à l’âge

En cas d’erreur sur *votre* âge, la police ou la prime peut être ajustée en fonction de l’âge réel à partir de la date à laquelle *vous* avez demandé à ce que l’assurance prenne effet. Tout ajustement de prime est payable à la réception d’un avis de perception de prime.

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.

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 ou si aucune preuve de *votre* paiement existe.

Si *vous* avez choisi l’option de paiement mensuel, le montant des paiements mensuels sera calculé comme 1/12 de la prime totale due. Un montant égal à deux mois de prime plus des frais d’émission de police sera facturé à la date d’entrée en vigueur de la police. Les dix autres mensualités seront facturées à la même date pour les dix mois suivants.

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*.

Voyage s’entend d’un déplacement que *vous* entreprenez et qui commence lorsque *vous* quittez *votre pays d’origine* et qui se termine lorsque *vous* retournez dans *votre pays d’origine*.

Vous, votre, vos

Voyage

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.

Limites au renouvellement

Lors du renouvellement de la couverture, pour une réclamation au titre de la police précédente, la formulation suivante peut être incluse dans la police :

Tout rendez-vous de suivi médicalement nécessaire qui est prévu après la date d’expiration de la police en ce qui concerne un accident ou une maladie (limité à 1 000 \$ pour la maladie) doit être approuvé au préalable par le centre d’assistance et ne sera pris en compte pour le remboursement que si *l’urgence* initiale est signalée au centre d’assistance avant la date d’expiration et si cette *urgence* initiale est une réclamation payable.

Vous, votre, vos

Voyage

Si un paiement n’est pas reçu, *l’assureur* en informera *votre* courtier. La date d’expiration sera calculée en fonction de tous les paiements de primes reçus. Si un paiement de remplacement n’est pas reçu avant la date d’expiration, toute couverture cessera en vertu de cette police. *L’assureur* ne sera pas responsable des sinistres survenus après l’expiration de la police.

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.

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://www.lloyds.com/common/privacy-notice

Remboursements

- Si *vous* devez résilier *votre* contrat avant la date d’effet, la totalité de la prime payée sera remboursée, moins les frais administratifs applicables. Si le contrat a été souscrit pour une demande de super visa, une preuve satisfaisante de Citoyenneté et immigration Canada que *votre* super visa a été refusé sera requis avant que le remboursement soit accepté et traité.

- La prime payée (moins les frais administratifs) peut être partiellement remboursée pour la portion non utilisée de la prime si *vous* devez résilier *votre* contrat parce que *vous* devez retourner dans *votre pays d’origine* avant *votre* date de retour prévue, ou *vous* devenez admissible ou assuré en vertu d’un *régime d’assurance santé du gouvernement* pendant la période de couverture. Tous les remboursements partiels sont assujettis à des frais administratifs de 25 \$. Les demandes de remboursement en raison de changements de dates de couverture causés par des arrivées tardives doivent être faites par écrit avant la date d’entrée en vigueur de la couverture. Sinon, une nouvelle police sera établie et un remboursement au prorata de la portion inutilisée de la police précédente sera accordé, pourvu que la police soit admissible à un remboursement.

REMARQUE : les demandes de remboursement doivent être effectuées par écrit à *votre* courtier ou *votre* représentant en assurance au plus tard 60 jours suivant la date à laquelle *vous* êtes devenu admissible ou assuré en vertu d’un *régime d’assurance santé du gouvernement*, ou suivant la date de *votre* retour précoce, ou suivant la date d’expiration de *votre* contrat. Lorsque *votre* courtier ou *votre* représentant reçoit une preuve satisfaisante (p. ex. un billet d’avion, une carte d’embarquement ou une estampille des douanes/de l’immigration) de *votre* retour précoce, ou une preuve de la date à laquelle *vous* êtes devenu admissible et assuré en vertu d’un *régime d’assurance santé du gouvernement*, *votre* remboursement sera calculé à partir de cette date, autrement, le calcul sera effectué selon la date du cachet de *votre* demande écrite.

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’autre 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 \$ 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.

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 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,

- a. fournir un avis écrit d'une demande à l'assureur,
 - i. 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
 - ii. 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;

- b. 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 :
 - i. 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.

Formulaire 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.

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.

Transmission de messages urgents — En cas d'*urgence* médicale, MSH Assistance communiquera avec votre *compagnon de voyage* afin de l'aviser de votre situation médicale et vous aidera à échanger des messages importants avec votre famille.

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

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

La *personne assurée* peut désigner un bénéficiaire pour les prestations de rapatriement du corps et de décès et mutilation par accident afin de recevoir le montant payable pour son décès. En l'absence d'une telle désignation, le bénéficiaire sera la succession de la *personne assurée*. Toutes les autres prestations sont payables à la *personne assurée*.

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 envoyer :

- a. un formulaire de demande entièrement complété (fourni par MSH Assistance sur avis de réclamation) et
- b. toutes les factures détaillées originales du/des fournisseurs de soins, où sont indiquées le nom du patient, le diagnostic, toutes les dates et le type de traitement, ainsi que le nom de l'établissement de soins de santé ou le *médecin* et
- c. 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 et

- d. une copie de votre billet d'avion et de votre passeport confirmant vos dates de voyage et votre arrivée au Canada. Pour les voyages secondaires, une preuve de votre départ et votre retour au Canada. Le type de preuve dépend de la manière dont vous voyagez, par avion ou en voiture (par exemple, des copies des billets d'avion, de l'itinéraire, des reçus d'hôtel, des reçus de repas, des reçus de péage, des reçus de boutique hors-taxe); et
- e. preuve écrite de la demande dans un délai de 90 jours suivant la date de réception des services couverts en vertu de ce contrat et
- f. renseignements supplémentaires pertinents pour la demande de la personne assurée, tel que MSH Assistance peut l'exiger après réception de la demande et
- g. la partie inutilisée du billet d'avion de la personne assurée, si la prestation pour transport d'urgence est utilisée.

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