



Assurance voyage Âge d'or

Numéros de téléphone importants
Compagnie d'assistance d'urgence

2025-2026
Police

des États-Unis et du Canada
1 800 663-0399

du Mexique
001 800 514-9976
or 800 681-8070

dans le monde entier, à frais virés
+1 604 278-4108

Veuillez communiquer avec la *compagnie d'assistance d'urgence* pour obtenir un formulaire de réclamation ou pour toute question concernant *votre* réclamation.

Si la *Compagnie d'assistance* n'est pas jointe dans les 24 heures suivant *votre hospitalisation*, l'*assureur* pourra limiter les indemnités versables en vertu de la présente police à 50 % des dépenses admissibles. Cette pénalité ne s'applique pas si *vous* êtes inconscient ou physiquement incapable de communiquer avec la *Compagnie d'assistance* et que personne ne peut le faire en *votre* nom.

Modification de l'assurance

Pour modifier, prolonger ou résilier *votre* assurance, pour demander un remboursement ou pour toute question sur *votre* protection :
Téléphone : 1 844 500-2947 • Courriel : info@bavqc.com

Table des matières

Renseignements importants concernant cette police	Page 1
Section 1 : Numéros de téléphone importants pour les urgences médicales.....	Page 2
Section 2 : Conditions d'admissibilité	Page 3
Section 3 : Qualification aux régimes	Page 3
Section 4 : Période d'assurance	Page 4
Section 5 : Complément à un autre régime d'assurance voyage	Page 5
Section 6 : Modifier la période d'assurance.....	Page 5
Section 7 : Franchises	Page 5
Section 8 : Protections	Page 5
Section 9 : Exclusions	Page 7
Section 10 : Dispositions générales de la police	Page 8
Section 11 : Définitions	Page 9
Section 12 : Remboursements	Page 10
Section 13 : Procédures d'urgence, réclamations et pénalités.....	Page 10
Section 14 : Protection de la vie privée	Page 11
Section 15 : Dispositions légales.....	Page 12

IMPORTANT : Veuillez lire votre police attentivement avant de voyager

1. Certains termes en italique dans cette police ont une signification particulière et sont définis à la section 11 (Définitions) de cette police.
2. L'assurance voyage est conçue pour couvrir les pertes découlant de circonstances soudaines et imprévisibles. Il est important que *vous* lisiez et que *vous* compreniez *votre* certificat avant de partir en voyage, étant donné que *votre* couverture peut être assujettie à certaines restrictions ou exclusions.
3. L'assurance accordée en vertu de la présente police vise uniquement les soins d'*urgence* et il n'y a aucune couverture pour les suivis ni les *traitements* réguliers. Une fois les soins et *traitements d'urgence* terminés, aucune autre indemnité ne sera versée pour les mêmes *affections médicales* ni pour des *affections médicales* connexes et aucune de ces mêmes *affections médicales* ne sera par la suite couverte.
4. Dans le cas des prolongations ou des *compléments d'assurance*, aucune *affection médicale* initialement survenue, diagnostiquée ou *traitée* après la *date de départ* et avant la *date d'effet* de la prolongation ou du *complément d'assurance* ne sera couverte.
5. L'*assureur* *vous* a émis cette police selon les renseignements que *vous* lui avez fournis en lien avec les conditions d'admissibilité, la qualification aux régimes et la déclaration/autorisation. Si l'un ou l'autre des renseignements fournis à l'*assureur* est faux, l'*assureur* résiliera cette police et aucune protection ne *vous* sera accordée. Si *vous* n'êtes pas admissible à l'assurance en vertu de la section 2 (Conditions d'admissibilité) de la présente police, l'*assureur* déclarera *votre* police nulle dès le départ, aucune indemnité réclamée ne *vous* sera versée et toute prime versée *vous* sera remboursée.
6. Advenant la présentation d'une réclamation pour une maladie ou une blessure, vos antécédents médicaux seront vérifiés. Si *vous* vous procurez une police à laquelle *vous* n'êtes pas admissible, *votre* réclamation sera rejetée et l'*assureur* déclarera *votre* police nulle depuis son entrée en vigueur, auquel cas toute prime versée sera remboursée.
7. Si *vous* avez des doutes à propos des réponses que *vous* avez fournies sur *votre* formulaire de demande à l'égard de la présente police, *vous* devez consulter *votre médecin* avant *votre* départ. *Vous* pouvez modifier *votre* choix de régime ou opter pour un remboursement complet avant *votre* départ si *vous* avez fait une erreur.

8. Si, avant votre date de départ, ou la date d'effet de toute prolongation ou complément d'assurance, vous devenez inadmissible au régime pour lequel vous avez fait une demande ou à tout régime offert, vous devez communiquer avec le Bureau d'Assurance Voyage Inc. pour adhérer à un régime auquel vous êtes admissible ou pour obtenir un remboursement de la prime versée.
9. Cette police assure les affections médicales préexistantes si elles sont stables et contrôlées pendant les périodes suivantes avant la date d'effet de votre assurance :
- | | | | |
|------------------|-----------|----------------|-----------|
| Régime Zéro..... | 90 jours | Régime 3 | 180 jours |
| Régime 1 | 90 jours | Régime 4 | 180 jours |
| Régime 2 | 180 jours | Régime 5 | 180 jours |

Option Stabilité 90 jours

Si elle est choisie et payée au moment de l'achat et si elle figure sur votre reçu de police, l'option Stabilité 90 jours limite la garantie à un montant maximal de 1 million \$ CA par assuré, par voyage pour les frais raisonnables et courants engagés par vous dans le cas d'une urgence survenant alors que vous voyagez à l'extérieur de votre province ou de votre territoire de résidence et découlant d'une affection médicale préexistante stable durant plus de 90 jours avant la date d'effet de votre police, mais moins que la période requise en vertu du régime auquel vous êtes admissible.

Pour connaître les exigences de qualification aux différents régimes, veuillez consulter la section 3 : Qualification aux régimes.

10. Les frais et services chirurgicaux, hospitaliers et de transport aérien doivent être autorisés au préalable par la compagnie d'assistance. Si vous êtes inconscient ou physiquement incapable de communiquer avec la compagnie d'assistance et si personne ne peut le faire pour vous avant que de tels frais soient engagés, vous devez alors le faire aussitôt que possible. Les indemnités versables en vertu de la présente police sont limitées si vous ne communiquez pas avec la compagnie d'assistance dans les délais prévus. Veuillez consulter la section 13 (Procédures d'urgence, réclamations et pénalités).
11. Sauf indication contraire, toutes les sommes payables en vertu de cette police sont en monnaie canadienne. Si vous avez payé une dépense assurée, vous recevrez le remboursement en monnaie canadienne au taux de change en vigueur le jour où vous aurez effectué le paiement.
12. **Assurance familiale**
Si vous vous êtes procuré une assurance familiale et que vous avez versé la prime requise avant la date d'effet de la police stipulée sur la demande d'adhésion, votre police vous couvre, vous et votre conjoint, jusqu'à l'âge de 54 ans, ainsi que n'importe quel nombre d'enfants voyageant avec vous.

Section 1 : Numéros de téléphone importants pour les urgences médicales

La compagnie d'assistance : 1 800 663-0399
Du Mexique : 001 800 514-9976 or 800 681-8070
En dehors de l'Amérique du Nord et du Mexique : *800 663-00399
Dans le monde entier, à frais virés : +1 604 278-4108**

Pour modifier votre assurance : Pour modifier, prolonger ou résilier votre assurance, pour demander un remboursement ou pour toute question sur votre protection : Téléphone : 1 844 500-2947
 Courriel : info@bavqc.com

CODES D'ACCÈS INTERNATIONAUX

Cette liste des codes d'accès internationaux n'est pas exhaustive. Les codes sont susceptibles d'être modifiés sans préavis et peuvent ne pas être disponibles avec certains opérateurs téléphoniques.

Afrique du Sud	00	Corée (sud)	001 ou 002	Italie	00	Pologne	00
Allemagne	00		ou 008	Japon	010	Portugal	00
Argentine	00	Costa Rica	00		ou 0061 010	République tchèque	00
Australie	0011	Danemark	00		ou 001 010	Royaume-Uni	00
Autriche	00	Espagne	00		ou 0033 010	Russie	810
Bélarus	810	Estonie	00	Lettonie	00	Singapour	001
Belgique	00	Finlande	990	Luxembourg	00	Slovénie	00
Brésil	0021	France	00	Macao	00	Suède	00
Bulgarie	00	Hong Kong	001 ou 006	Malaisie	00	Suisse	00
Chine	00	Hongrie	00	Nouvelle Zélande		Taïwan	00
Chypre	00	Irlande	00	(Aotearoa)	00	Thaïlande	001
Colombie	005	Israël	00 ou 014	Pays-Bas	00	Uruguay	00
		Islande	00	Philippines	00		

*Pour utiliser le service d'appel mondial sans frais lorsque vous voyagez en dehors de l'Amérique du Nord et du Mexique, composez d'abord le code d'accès international (voir liste ci-dessus) pour joindre le Canada puis composez les 11 chiffres du numéro sans frais. Par exemple, si vous êtes en Australie, composez le 0011 + 800 663-00399.

** Si vous ne parvenez pas à utiliser le service d'appel mondial sans frais et les codes d'accès internationaux (liste ci-dessus), appelez-nous à frais virés. Pour nous appeler à frais virés, contactez l'opérateur local et indiquez que vous voulez faire un appel à frais virés.

Section 2 : Conditions d'admissibilité

Si vous avez 54 ans et moins à votre date de départ :

Vous êtes admissible à cette assurance dans la mesure où :

1. vous devez posséder une carte valide d'assurance maladie provinciale du gouvernement durant l'intégralité de votre voyage; et
2. vous n'avez reçu aucun diagnostic de *maladie terminale*; et
3. votre médecin ne vous a pas recommandé de ne pas voyager.

Si vous avez 55 ans et plus à votre date de départ : Vous êtes admissible à cette assurance dans la mesure où :

1. vous devez posséder une carte valide d'assurance maladie provinciale du gouvernement durant l'intégralité de votre voyage; et
2. vous n'avez reçu aucun diagnostic de *maladie terminale*; et
3. vous ne faites pas actuellement l'objet d'un avis de votre médecin vous recommandant de ne pas voyager; et
4. votre plus récent pontage coronarien n'a pas eu lieu plus de 12 ans avant votre date de départ; et
5. au cours des trois ans ayant précédé votre date de départ, vous n'avez pas :
 - a) reçu un diagnostic ou traitement (y compris la prise de médicaments) pour trois affections médicales ou plus énumérées au tableau A;
 - b) subi deux crises cardiaques, accidents vasculaires cérébraux (AVC) ou accidents ischémiques transitoires (AIT) ou plus;
 - c) subi deux chirurgies cardiaques ou plus (incluant l'angioplastie et la pose d'une endoprothèse);
 - d) reçu des traitements (y compris la prise de médicaments) pour l'insuffisance cardiaque congestive;
 - e) souffert d'une insuffisance rénale de stade 3 ou plus;
 - f) été atteint d'un cancer de stade III ou IV ou d'un cancer avec métastases; et
6. au cours des 12 mois ayant précédé votre date de départ, vous n'avez pas :
 - a) été hospitalisé pour l'une ou l'autre des affections énumérées au tableau A;
 - b) souffert d'une affection pulmonaire ayant nécessité de l'oxygène à domicile ou des comprimés de prednisone (à l'exception d'une seule utilisation de prednisone durant une période maximale de 14 jours);
 - c) subi des traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie, ni de chirurgie pour le cancer (à l'exception de l'ablation de lésions de la peau autres que le mélanome malin).

Section 3 : Qualification aux régimes

Si vous avez 54 ans et moins à votre date de départ :

Si vous répondez à toutes les conditions d'admissibilité de cette police se rapportant à votre catégorie d'âge, vous êtes admissible à l'assurance.

Si vous avez 55 ans et plus à votre date de départ :

Si vous répondez à toutes les conditions d'admissibilité de cette police se rapportant à votre catégorie d'âge et si vous avez dûment rempli le formulaire de demande d'adhésion, vous êtes admissible à l'assurance. Votre régime est déterminé selon les renseignements fournis dans votre demande d'adhésion et vos réponses aux questions se rapportant aux affections médicales énumérées dans les tableaux A et B.

Marquez trois points pour chaque *affection médicale* apparaissant au tableau A et un point pour chaque affection énumérée au tableau B pour laquelle vous avez reçu un diagnostic ou des soins (y compris des médicaments) dans les trois ans précédant votre date de départ. (N'inscrivez pas de pointage pour les affections médicales du tableau B pour lesquelles vous avez déjà indiqué des points au tableau A et ne considérez pas l'aspirine ou l'entrophène à titre de traitements).

TABLEAU A
• problème cardiaque • tout problème pulmonaire (sauf une <i>infection mineure</i>) nécessitant des médicaments sur ordonnance (y compris les inhalateurs) à usage quotidien • hypertension artérielle nécessitant trois médicaments ou plus (y compris les diurétiques) • diabète traité à l'insuline • accident vasculaire cérébral (AVC) ou accident ischémique transitoire (AIT) • caillots sanguins • maladie vasculaire périphérique • anévrisme • maladie d'Alzheimer ou démence • maladie de Parkinson • maladie ou trouble du foie (y compris la stéatose hépatique) ou pancréatite • calculs rénaux ou maladie rénale
TABLEAU B
• tout problème pulmonaire (sauf une <i>infection mineure</i>) nécessitant des médicaments sur ordonnance (y compris les inhalateurs) à prendre au besoin • diabète traité par des médicaments autres que l'insuline; • hypertension artérielle nécessitant deux médicaments (y compris les diurétiques) • tout trouble de crises convulsives • cancer (à l'exception de l'ablation de lésions de la peau autres que le mélanome malin) • diverticulite/diverticulose ou syndrome du côlon irritable • maladie gastro-intestinale de tout ordre, affection, saignement, abcès, infection, ou une maladie ulcéreuse (reflux acide exclus) • occlusion intestinale ou chirurgie de l'intestin • colite ulcéreuse ou maladie de Crohn • maladie de la vésicule biliaire ou calculs biliaires (à moins que vous ayez subi l'ablation de la vésicule biliaire) • évanouissements ou syncope ou obtention de traitements à la suite d'une chute

Pointage médical	Régime
0 point	Régime Zéro
1 point	Régime 1
2 points	Régime 2
3 points	Régime 3
4 points	Régime 4
5 points ou plus	Régime 5

Important

- Si, avant *votre date de départ* , vous devenez inadmissible au régime visé par *votre demande d'adhésion* ou à n'importe quel régime offert, vous devez communiquer avec le Bureau d'Assurance Voyage Inc. pour adhérer à un régime auquel vous êtes admissible ou pour recevoir un remboursement de la prime versée.
- Si vous n'êtes pas admissible à l'assurance en vertu du régime auquel vous avez adhéré ou qu'aucune prime supplémentaire applicable n'a été perçue en raison d'une omission de *votre part* à l'égard de la divulgation des détails liés à vos *affections médicales* à l'assureur avant *votre date de départ* et que vous versez la prime prévue, l'assureur déclarera *votre police* nulle dès le départ, aucune indemnité réclamée ne vous sera versée et toute prime versée vous sera remboursée.

Section 4 : Période d'assurance

Veuillez consulter la section 6 (Modifier la période d'assurance) si vous désirez modifier *votre* période d'assurance.

La période d'assurance maximale en vertu de la présente police correspond à la plus courte des périodes suivantes : 365 jours ou le nombre maximal de jours que vous êtes autorisé à passer à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence en vertu de *votre* régime public d'assurance maladie.

A. Régimes Voyage unique/Compléments d'assurance :

1. Date d'effet

Votre assurance débute à la dernière des dates suivantes :

- 00 h 01 à la *date d'effet* indiquée sur *votre reçu de police* ;
- la date et l'heure de *votre* départ de *votre* province ou territoire de résidence.

2. Date d'expiration

Votre assurance prend fin à la première des dates suivantes :

- la date et l'heure de *votre* retour dans votre province ou territoire de résidence;
- 23 h 59 à la *date d'expiration* indiquée sur *votre reçu de police* ;
- la date à laquelle vous dépassez le nombre de jours que vous êtes autorisé à passer à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence en vertu de *votre* régime public d'assurance maladie.

Un retour temporaire dans *votre* province ou territoire de résidence durant la période de garantie est permis, mais l'assurance sera alors suspendue jusqu'à ce que vous repartiez de *votre* province ou de *votre* territoire de résidence. La prime pour le nombre de jours correspondant à *votre* visite temporaire ne sera pas remboursée. Vous devez continuer de respecter les conditions d'admissibilité stipulées à la section 2 à chaque *date de départ* afin de demeurer assuré. Si vous recevez des *traitements* médicaux durant *votre* retour temporaire, aucune assurance ne s'appliquera aux *affections médicales traitées* ni à toute affection connexe durant le reste de la période d'assurance.

Période d'attente

Si vous souscrivez *votre* police après avoir quitté *votre* province ou *votre* territoire de résidence, l'assurance ne s'appliquera à aucune *affection médicale* ayant débuté ou pour laquelle vous avez éprouvé des symptômes durant les 48 premières heures suivant la *date d'effet* , même si les frais connexes sont engagés après la période d'attente de 48 heures. Exception : la période d'attente sera supprimée si vous vous procurez la présente police avant ou à la *date d'expiration* d'une police d'assurance couvrant vos frais médicaux d'urgence à l'extérieur de *votre* province ou territoire de résidence, dans la mesure où la présente police entre en vigueur dès le lendemain de ladite *date d'expiration* . La police existante doit être en vigueur à la date d'achat et il ne doit y avoir aucune interruption des garanties.

B. Régimes Multivoyage :

1. Date d'effet

Votre assurance débute à la dernière de ces deux dates :

- 00 h 01 à la *date d'effet* indiquée sur *votre reçu de police* ;
- La date et l'heure à laquelle vous quittez *votre* province ou territoire de résidence.

Vous devez continuer de respecter les conditions d'admissibilité stipulées à la section 2 à chaque *date de départ* afin de demeurer assuré.

2. Date d'expiration

Votre assurance prend fin à la première des dates suivantes :

- la date et l'heure de *votre* retour dans *votre* province ou territoire de résidence;
- la date à laquelle vous atteignez la durée maximale de séjour hors du Canada figurant sur *votre reçu de police* (8, 17, ou 32 jours);
- 23 h 59 à la *date d'expiration* indiquée sur *votre reçu de police* ;
- la date à laquelle vous dépassez le nombre de jours que vous êtes autorisé à passer à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence en vertu de *votre* régime public d'assurance maladie.

Tous les régimes Multivoyage comprennent une quantité illimitée de déplacements au Canada jusqu'à concurrence du nombre de jours que vous êtes autorisé à passer à l'extérieur de la province ou du territoire en vertu de *votre* régime public d'assurance maladie. Tous les voyages à l'extérieur du Canada doivent être séparés par un retour au Canada. Advenant une réclamation, vous avez la responsabilité de fournir une preuve de la *date de départ* du Canada. Dans le cas des voyages à l'extérieur du Canada dont la durée excède le maximum permis, il est possible d'ajouter le régime *Complément d'assurance Âge d'or* . **Vous devez continuer de respecter les conditions d'admissibilité stipulées à la section 2 à chaque *date de départ* afin de demeurer assuré.**

Le régime Multivoyages ne peut servir de *complément d'assurance* à un autre régime. Un régime Voyage unique peut cependant servir de *complément d'assurance* au régime Multivoyage.

C. Prolongation d'office de la garantie :

- Si le véhicule, le transporteur aérien, l'autobus, le train, le croisiériste ou le traversier géré par le gouvernement à bord duquel vous voyagez en tant que passager est retardé pour des raisons indépendantes de *votre* volonté, la garantie sera prolongée pour une durée maximale de 72 heures excédant la *date d'expiration* de *votre* police. Le retard doit survenir avant la *date d'expiration* de *votre* police. Advenant une réclamation durant cette période de prolongation, une vérification du délai est requise.

2. Si vous ou votre compagnon de voyage êtes hospitalisé à la date d'expiration du fait d'une urgence assurée, la présente assurance demeurera en vigueur durant la période d'hospitalisation et jusqu'à concurrence d'une prolongation de cinq jours à la suite du congé de l'hôpital afin que vous disposiez du temps nécessaire pour regagner votre province ou territoire de résidence.
3. Si vous ou votre compagnon de voyage obtenez votre congé d'un hôpital dans les cinq jours suivant la date d'expiration, cette assurance demeurera en vigueur jusqu'à concurrence d'une prolongation de cinq jours à la suite du congé de l'hôpital afin que vous disposiez du temps nécessaire pour regagner votre province ou territoire de résidence.
4. Si vous ou votre compagnon de voyage ne pouvez pas voyager à votre date de retour prévue en raison d'une mise en quarantaine suivant un test de dépistage de la COVID-19 positif, cette assurance restera en vigueur jusqu'à 14 jours au-delà de la date d'expiration. En cas de réclamation pendant cette période de prolongation, une vérification de la mise en quarantaine est requise.

Section 5 : Complément à un autre régime d'assurance voyage

Cette garantie s'applique à vous si :

- a) vous avez un autre régime annuel d'assurance voyage pour les frais médicaux qui vous accorde au moins 500 000 \$ CA pour un nombre fixe de jours de voyage à compter du premier jour de chaque voyage que vous effectuez à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence; et
- b) votre autre régime d'assurance voyage vous permet de vous procurer un complément d'assurance; et
- c) votre reçu de police indique que vous vous êtes procuré un complément d'assurance pour une période de 30 jours ou plus avant votre date de départ; et
- d) La date d'effet indiquée sur votre reçu de police pour la présente police est le lendemain de la journée où prend fin votre autre régime d'assurance.

Cette garantie augmentera le plafond d'assurance pour frais médicaux de votre autre régime d'assurance à 5 millions \$ CA en complément d'assurance (assurance secondaire à toutes les autres que vous détenez) au cours de la période de voyage durant laquelle vous serez assuré par votre autre régime d'assurance pendant le voyage couvert par la présente police.

Toutes les dispositions et conditions de la présente police s'appliqueront. L'assurance liée aux affections médicales préexistantes, conformément aux dispositions de la présente police, durant la période de voyage au cours de laquelle vous serez assuré par votre autre régime d'assurance, sera établie à votre date de départ en voyage à compter de 0 h 1. L'assurance liée aux affections médicales préexistantes pour la période de voyage visée par le complément d'assurance sera établie à la date d'entrée en vigueur de votre voyage, à compter de 00 h 01.

Section 6 : Modifier la période d'assurance

Si vous désirez modifier la date d'entrée en vigueur de votre couverture, vous devez communiquer avec le Bureau d'Assurance Voyage Inc. avant votre date de départ, du lundi au vendredi de 9 h à 17 h, heure de l'Est :

Telephone : 1-844-500-2947

Courriel : info@bavqc.com

Vous pouvez prolonger votre assurance après votre date de départ dans la mesure où :

- vous répondez aux conditions d'admissibilité de la section 2; et

- Pour les régimes annuels, vous répondez aux questions médicales en fonction de votre état de santé actuel; et
- vous reconnaissez que les frais liés aux affections médicales présentes le jour de votre demande de prolongation ne seront pas couverts par cette police; et
- vous demandez la prolongation avant la date d'expiration de votre police. Si votre police est expirée, vous devrez vous en procurer une nouvelle.

Cependant, si vous avez été atteint d'une affection médicale, si vous avez subi une blessure ou si vous avez consulté un médecin durant le voyage, toute prolongation d'assurance sera assujettie à l'approbation de l'assureur. Toute prolongation reposera sur le régime auquel vous êtes admissible au moment de la prolongation. La non-divulgence de renseignements médicaux rendra la prolongation de police nulle.

Si la nouvelle date d'effet ou la nouvelle date d'expiration a pour effet de prolonger la période d'assurance et qu'une prime supplémentaire est requise, vous devrez acquitter ladite prime par Visa ou MasterCard.

Il n'y a pas de frais de gestion ni d'administration lorsque vous modifiez votre période d'assurance.

Section 7 : Franchises

Vous avez la responsabilité d'acquitter la franchise indiquée sur le reçu de police pour les frais couverts de chaque urgence.

Section 8 : Protections

Advenant une urgence à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence durant la période de validité de cette police, l'assureur vous remboursera ou versera aux fournisseurs de services les frais médicaux nécessaires énumérés ci-dessous, dans les limites des frais raisonnables et courants, moins toute franchise applicable, jusqu'à concurrence de 5 millions \$ CA par assuré (1 million \$ CA pour les réclamations présentées au titre de l'option Stabilité 90 jours).

A. Services de transport d'urgence :

1. **Ambulance terrestre locale** – Service d'ambulance terrestre autorisé vers l'hôpital le plus près (incluant une course de taxi de 100 \$ au lieu d'une ambulance), y compris les coûts des services paramédicaux.
2. **Ambulance aérienne** – Service d'ambulance aérienne autorisé, y compris les coûts des services paramédicaux et d'accompagnement médical. **Tout transport en ambulance aérienne doit être préalablement autorisé par la compagnie d'assistance.**
3. **Évacuation d'un endroit isolé** – Votre évacuation d'urgence d'un endroit isolé vers l'hôpital approprié le plus près capable de vous fournir le traitement médical d'urgence nécessaire (indemnité maximale de 5 000 \$ par assuré). **Toute évacuation d'un endroit isolé doit être préalablement autorisée par la compagnie d'assistance.**

B. Soins médicaux d'urgence :

1. **Frais d'hôpital** – Chambre d'hôpital et repas jusqu'à concurrence d'une chambre à deux lits. **S'ils sont nécessaires du point de vue médical et préalablement autorisés par la compagnie d'assistance**, les frais des services de soins intensifs ou de soins coronariens seront également assurés. Les frais supplémentaires d'hospitalisation, y compris, mais de façon non limitative, l'utilisation d'une salle d'opération, des approvisionnements et des services requis afin de pratiquer une chirurgie et aux coûts de soins infirmiers réguliers.
2. **Honoraires de médecin** – Les honoraires d'un médecin ou d'un chirurgien autorisé pour les services rendus dans un hôpital, à l'unité

d'urgence de l'hôpital ou en consultation externe, dans une clinique ou un cabinet de médecin.

3. **Analyses diagnostiques** – Le coût des tests de laboratoire et des radiographies demandées par le médecin traitant et faisant partie du traitement médical d'urgence.
4. **Services paramédicaux** – Les services d'un chiropraticien, ostéopathe, podiatre ou physiothérapeute, y compris les radiographies, jusqu'à concurrence de 500 \$ par incident s'ils sont nécessaires du point de vue médical et s'ils sont prescrits par un médecin.
5. **Drogues et médicaments** – Les drogues et les médicaments d'ordonnance prescrits et achetés immédiatement après les soins médicaux initiaux (provision maximale de 30 jours), à moins que l'assuré soit hospitalisé.
6. **Fournitures et équipements médicaux** – Les frais des fournitures et équipements qui sont médicalement nécessaires, y compris, mais sans s'y limiter, la location d'appareils orthopédiques, de béquilles et d'un fauteuil roulant, ainsi que le coût des plâtres, des attelles et des bandages herniaires.
7. **Services infirmiers privés** – Les services d'une infirmière privée diplômée dans un hôpital lorsqu'ils sont recommandés par un médecin (indemnité maximale de 6 000 \$ par assuré). **Les services infirmiers privés doivent être préalablement autorisés par la compagnie d'assistance.**

C. COVID-19

Nous paierons à concurrence de la limite de la police, ou tel que spécifié sous chaque limite de prestation dans ce régime, pour les frais engagés en raison de la COVID-19.

La couverture est fournie si, avant votre date de départ, vous voyagez conformément à toutes les exigences fédérales en matière de vaccination de voyage émises par le gouvernement du Canada pour entrer et/ou revenir au Canada.

D. Indemnités en cas d'hospitalisation :

1. **Repas et hébergement** – Jusqu'à concurrence de 150 \$ par jour pour une somme maximale de 1 500 \$ pour les frais de repas et d'hébergement commercial dans le cas où votre voyage serait retardé au-delà de la date d'expiration de votre police à la suite d'une maladie ou d'une blessure subie par vous ou par votre compagnon de voyage. Le médecin traitant doit confirmer que vous n'êtes pas en mesure de voyager.
Les reçus originaux des établissements commerciaux vous ayant fourni les repas et l'hébergement doivent être fournis.
2. **Transport au chevet** – Moyennant une approbation préalable et dans la mesure où le médecin traitant confirme par écrit que votre état est grave et que vous allez être hospitalisé à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence pour sept jours ou plus, un billet d'avoir aller-retour en classe économique à partir du Canada, sera fourni à une personne de votre choix pour que celle-ci puisse se rendre à votre chevet. Cette même personne aura aussi droit à une indemnité de 150 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 1 500 \$, pour les coûts de l'hébergement et de repas dans un établissement commercial. La personne qui se rendra à votre chevet sera couverte en vertu des dispositions et des limitations prévues dans votre police pourvu qu'elle réponde aux conditions d'admissibilité de la section 2 de la présente police.
Tous les frais de transport au chevet doivent être préalablement approuvés par la compagnie d'assistance.

3. **Frais accessoires** – Les frais accessoires facturés par l'hôpital pour le téléphone, la télévision, l'Internet et le stationnement (jusqu'à concurrence de 300 \$ par assuré) pendant votre hospitalisation pour une urgence assurée. **Les reçus originaux doivent être fournis.**
4. **Frais de garde d'enfant** – Si vous êtes hospitalisé pour une urgence assurée ou si on doit vous déplacer pour que vous puissiez recevoir des traitements médicaux d'urgence, l'assureur vous remboursera jusqu'à concurrence de 100 \$ par jour à compter du début de l'hospitalisation, jusqu'à concurrence de 1 000 \$, pour les frais de garde d'enfant versés à un fournisseur professionnel de services de garde durant votre période d'assurance, pour la prise en charge des enfants qui voyagent avec vous. **Les reçus originaux du fournisseur de services de garde doivent être fournis.**

E. Indemnités pour services dentaires :

1. **Soins dentaires** – Les services d'un dentiste ou d'un chirurgien dentiste pour la réparation de dents naturelles ou de prothèses dentaires fixes endommagées par un coup accidentel à la figure (indemnité maximale de 2 000 \$ par assuré).
2. **Soins d'urgence en cas de douleurs dentaires** – Les frais liés aux soins d'urgence prodigués en cas de douleurs dentaires survenant durant la période d'assurance. Le traitement doit prendre fin avant votre retour dans votre province ou territoire de résidence (indemnité maximale de 500 \$ par assuré).

F. Indemnité de retour au Canada :

1. **Retour d'urgence à domicile** – Si, en raison d'une urgence couverte, votre médecin traitant et l'assureur recommandent votre rapatriement vers votre province ou territoire de résidence, la présente police couvrira les coûts nécessaires à votre transport et à celui d'un compagnon de voyage vous accompagnant par le moyen de transport le plus approprié du point de vue médical, y compris les frais d'accompagnement médical, si nécessaire du point de vue médical.
Tous les frais de transport de retour d'urgence à domicile doivent être préalablement approuvés par la compagnie d'assistance.
2. **Retour de véhicule** – Si, en raison d'une urgence couverte, vous ou toute personne voyageant avec vous n'êtes pas en mesure de rapatrier le véhicule utilisé pour votre voyage jusqu'à son lieu d'origine, une indemnité maximale de 2 000 \$ par police vous sera accordée pour le rapatriement votre véhicule vers votre domicile au Canada ou vers une agence de location commerciale. **Tous les frais de retour de véhicule doivent être préalablement approuvés par la compagnie d'assistance.**
3. **Rapatriement de la dépouille** – Advenant votre décès durant votre période d'assurance, l'assureur remboursera les frais raisonnables et courants engagés (jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par assuré) pour :
 - a) la préparation et le transport de votre dépouille ou de vos cendres vers votre domicile au Canada; ou
 - b) la crémation ou l'inhumation de votre dépouille à l'endroit de votre décès. Aucune indemnité n'est accordée pour couvrir les coûts d'une pierre tombale, d'un cercueil, d'une urne ou des funérailles. **Tous les frais de rapatriement de la dépouille doivent être préalablement approuvés par la compagnie d'assistance et toutes les dispositions à cet égard doivent également être prises par la compagnie d'assistance.**
4. **Identification de la dépouille** – Si la loi exige qu'une personne procède à l'identification de votre dépouille avant sa remise à vos proches, l'assureur remboursera les coûts d'un billet d'avion aller-retour en classe économique par l'itinéraire le plus direct, de même

qu'une somme maximale de 200 \$ par jour, jusqu'à concurrence d'un maximum de 600 \$, pour les frais de repas et d'hébergement dans un établissement commercial afin de permettre à une personne de se rendre à l'endroit où se trouve *vos* dépouille. La personne appelée à identifier *vos* dépouille sera couverte en vertu des dispositions et des limitations prévues dans *vos* police pourvu qu'elle réponde aux conditions d'admissibilité de la section 2 de la présente police. **Tous les frais d'identification de la dépouille doivent être préalablement approuvés par la compagnie d'assistance et toutes les dispositions à cet égard doivent également être prises par la compagnie d'assistance.**

5. **Retour et accompagnement d'enfants** – Si *vous* êtes hospitalisé durant plus de 24 heures ou si *vous* devez rentrer à *vos* domicile en raison d'une *urgence* médicale couverte par la présente police ou si *vous* décédez, l'assureur paiera les frais de transport engagés jusqu'au coût d'un tarif simple pour le voyage de retour des enfants à charge qui *vous* accompagnent. Si *vos* enfant est trop jeune pour voyager seul, l'assureur paiera le coût supplémentaire du tarif aller-retour par l'itinéraire le plus direct, l'hébergement commercial d'une nuit et les frais raisonnables de repas d'un accompagnateur pour ramener *vos* enfant à la maison. **Tous les frais de retour et d'accompagnement d'enfants doivent être préalablement approuvés par la compagnie d'assistance et toutes les dispositions à cet égard doivent également être prises par la compagnie d'assistance.**

Section 9 : Exclusions

Cette police ne couvre pas, ne fournit aucun service et n'assume aucune dépense en lien avec les réparations se rapportant aux situations suivantes :

- A. Toute *affection médicale* (autre qu'une *infection mineure*) directement ou indirectement liée à une *affection médicale préexistante* qui n'était pas *stable* durant la période précisée pour le régime auquel *vous* êtes admissible.
- De 0 à 54 ans :
90 jours avant la *date d'effet* de *vos* police
- De 55 ans et plus :
Régimes Zéro et 1 – 90 jours avant la *date d'effet* de *vos* police
Régimes 2 et 3 – 180 jours avant la *date d'effet* de *vos* police
Régimes 4 et 5 – 180 jours avant la *date d'effet* de *vos* police
- B. 1) Tests et consultations exploratrices sauf lorsqu'ils sont réalisés lors de l'*urgence* initiale.
2) Le coût de tout test mandaté requis pour voyager.
- C. Tout *traitement médical* qui se poursuit après une *urgence* en raison d'une *condition médicale* durant le même voyage, ou qui y est postérieur, ainsi que la *réurrence* de cette *condition médicale* et toutes les complications qui y sont directement ou indirectement reliées, à moins que le *médecin* traitant ne *vous* déclare médicalement incapable de retourner dans *vos* province ou territoire de résidence, car l'*urgence* n'est pas terminée.
- D. Tout *traitement médical* ou tout test approfondi se rapportant à toute *affection médicale* pour laquelle *vous* avez reçu un *traitement médical d'urgence* durant *vos* voyage après la fin de l'*urgence* initiale, selon l'assureur. **Cette police ne couvre pas les affections médicales permanentes ou récurrentes.**
- E. Dans le cas d'une prolongation de garantie ou d'un *complément d'assurance*, toute *affection médicale* initialement survenue, diagnostiquée ou traitée après la *date de départ* fixée et avant la *date d'effet* de la prolongation ou du *complément d'assurance*;
- F. Les soins médicaux si, avant la *date d'effet* de *vos* police, *vous*

pouviez raisonnablement *vous* attendre à devoir subir un *traitement* durant *vos* voyage;

- G. Les soins médicaux facultatifs, les soins médicaux non prodigués par un *médecin* ou sous la surveillance d'un *médecin* et les soins médicaux ne visant pas une *urgence*;
- H. Les soins médicaux directement ou indirectement liés à une *affection médicale* pour laquelle *vous* auriez refusé ou reporté tout *traitement* recommandé, toute analyse diagnostique ou la prise de tout médicament prescrit au cours des deux années précédant la date à laquelle les soins médicaux sont requis en vertu de cette police;
- I. Les examens physiques généraux ou de routine, les drogues ou médicaments en vente libre, les lunettes, les lentilles ou les médicaments perdus, ou tout service non *nécessaire du point de vue médical*;
- J. Toute dépense engagée dans *vos* province ou territoire de résidence;
- K. Tout *traitement médical* ou *traitement* prodigué à l'hôpital dans le cas où cette police aurait été prise en vue de l'obtention de tels services à l'extérieur de *vos* province ou territoire de résidence, qu'il ait ou non été recommandé par *vos* *médecin* traitant;
- L. Toute *affection médicale* pour laquelle *vous* êtes hospitalisé au moment de l'entrée en vigueur de la présente police;
- M. Toute indemnité devant être préalablement autorisée par la compagnie d'assistance et pour laquelle la compagnie d'assistance doit prendre des dispositions, en l'absence d'une telle autorisation ou de telles dispositions;
- N. Toute articulation artificielle durant l'année suivant toute intervention chirurgicale;
- O. Les prothèses, les implants, les greffes d'organes ou de tissus, y compris tous les frais associés;
- P. Le syndrome d'immunodéficience acquise (sida), les syndromes apparentés au sida ou la présence du VIH;
- Q. L'automutilation délibérée, un suicide ou une tentative de suicide;
- R. Une maladie, un décès ou une blessure subie sous l'influence de l'alcool, de drogues, de médicaments ou d'autres substances intoxicantes ou une *affection médicale* découlant d'une utilisation excessive de ceux-ci;
- S. La participation volontaire à une émeute ou à un désordre civil ou la perpétration d'un acte criminel ou une tentative de perpétration d'un acte criminel;
- T. Les dépenses engagées directement ou indirectement à la suite d'une guerre déclarée ou non, d'une guerre civile, d'une émeute, d'une insurrection, d'une invasion ou de tout acte d'hostilité s'y rapportant;
- U. Toute responsabilité, toute perte, tout coût ou toute dépense découlant directement ou indirectement de tout moyen biologique, chimique, nucléaire ou radioactif;
- V. Les dépenses engagées après la date de *vos* refus d'un transport médical approuvé vers le Canada;
- W. La participation aux activités suivantes :
- sports de contact
 - compétitions automobiles ou courses
 - parachutisme
 - paravoile
 - vol plané
 - sports professionnels organisés
 - alpinisme
 - parachutisme sportif
 - saut à l'élastique
 - pilotage d'un aéronef
 - activités sous-marines avec un appareil respiratoire autonome de plongée (à moins que *vous* déteniez un certificat de plongeur en eaux libres);

- X. Une grossesse, une fausse couche, un accouchement ou des complications en découlant dans les 10 semaines de la date d'accouchement;
- Y. La naissance d'un enfant durant un voyage;
- Z. Un voyage à, dans ou à partir de tout pays, toute région ou toute ville où tout ministre du gouvernement du Canada a, avant la *date d'effet* ou *votre date de départ*, avisé les Canadiens de ne pas voyager pour des motifs non essentiels, si les dommages découlent du motif de l'émission de l'avis en question.
- AA. Toute *condition médicale* liée à la COVID-19, sauf tel que spécifié sous la prestation pour la COVID-19. Les voyages à l'intérieur du Canada ne sont pas ciblés par cette exclusion.

La présente police ne couvre pas les affections médicales permanentes ou récurrentes. Une fois le traitement et les soins d'urgence prodigués, aucune autre indemnité liée aux mêmes affections médicales ou à des affections médicales apparentées ne sera versée.

Section 10 : Dispositions générales de la police

- A. L'existence d'une *affection médicale*, aux fins de l'évaluation de *votre* admissibilité ou de la validité d'une demande de règlement en vertu de la présente police sera établie à partir des dossiers médicaux de *vos médecins*, y compris ceux de *vos médecins* au Canada, que *vous* ayez ou non été au fait du contenu des dossiers médicaux avant de présenter une demande de règlement en vertu de cette police.
- B. L'*assureur*, en consultation avec le *médecin* traitant et un *médecin* mandaté par l'*assureur*, se réserve le droit de *vous* rapatrier dans *votre* province ou territoire de résidence ou de *vous* transférer dans un autre établissement médical capable de fournir les services médicaux qui s'imposent lorsqu'il *vous* faut des soins urgents, pourvu que *votre* état de santé *vous* permette de retourner ou d'être transféré sans que *votre* vie ou *votre* santé s'en trouve compromise. Si *vous* décidez de ne pas regagner *votre* province ou territoire de résidence ou de ne pas consentir à *votre* transport vers un autre établissement médical capable de fournir les services médicaux qui s'imposent à la suite du diagnostic ou des soins d'*urgence* liés à une *affection médicale* nécessitant des soins médicaux continus ou une intervention chirurgicale, les frais engagés après cette date ne seront pas couverts en vertu de cette police et toute la couverture des indemnités de cette police prendra fin.
- C. L'*assureur* a le droit de *vous* faire examiner, et *vous* devez lui en fournir l'occasion, autant de fois qu'il peut raisonnablement l'exiger lorsqu'une réclamation est en traitement en vertu de cette police. En cas de décès, l'*assureur* a le droit d'exiger une autopsie, si la loi ne l'interdit pas.
- D. L'*assureur*, la *compagnie d'assistance* et les fournisseurs dont l'*assureur* retient les services ne sauraient être tenus responsables de la disponibilité, de la qualité ou des résultats d'un *traitement* ou d'un transport, ou de l'impossibilité pour un *assuré* d'obtenir un *traitement*.
- E. L'assurance sera réputée nulle si un paiement par chèque ou par carte de crédit est refusé pour une raison quelconque.
- F. Si *vous* avez indiqué une date de naissance inexacte ou versé une prime ne correspondant pas à *votre* âge, à *votre* usage de tabac et aux détails de *votre* voyage dans *votre* demande d'adhésion, la présente police ne couvrira que la proportion des frais admissible selon la prime versée. Toute autre fausse déclaration entraînera l'annulation de cette police dès le départ et aucune indemnité réclamée ne sera versée.
- G. Si l'*assureur* effectue un paiement ou assume une responsabilité en vertu de la présente police, l'*assuré* lui accorde tous les droits de recouvrement qui lui reviennent contre toute personne, toute personne

morale ou tout autre tiers et l'*assureur* peut alors tenter une poursuite au nom de l'*assuré* pour faire valoir de tels droits. *Vous* consentez à collaborer pleinement avec l'*assureur* et à permettre à l'*assureur*, à ses propres frais, d'intenter une poursuite contre un tiers en *votre* nom.

- H. Si *vous* êtes déclaré inadmissible à l'assurance ou si une demande de règlement est jugée invalide, ou si les indemnités sont réduites conformément à toute disposition de la police, l'*assureur* a le droit d'obtenir auprès de *vous* le remboursement de tout montant qu'il aura versé en *votre* nom aux fournisseurs de services médicaux, aux entreprises d'ambulance aérienne ou à toute autre entité.
- I. Toute action ou procédure prise contre un *assureur* aux fins du recouvrement de sommes d'assurance versables en vertu du contrat est absolument interdite, sauf si elle est entamée dans les délais indiqués dans la *Loi sur les assurances* ou dans toute autre loi applicable.
- J. **Applicable aux résidents du Québec**
Nonobstant toutes les autres dispositions des présentes, ce contrat est assujéti aux dispositions légales du Code civil du Québec en matière d'assurance contre les accidents et la maladie.
- K. Les lois de la province ou du territoire du Canada dans lequel *vous* résidez habituellement régiront cette police, y compris tous les litiges concernant son interprétation et son exécution. Toute action ou poursuite judiciaire concernant cette police ou qui y est reliée, intentée par *vous* ou par toute personne requérant en *votre* nom, ou par un ayant cause de prestations en vertu de cette police, doit être soumise à la juridiction de ladite province ou dudit territoire du Canada dans lequel se trouve *votre* résidence habituelle ou dans lequel *vous* avez souscrit cette police. Aucune autre juridiction n'aura compétence pour instruire ou trancher ces actions ou poursuites.
- L. La présente assurance est secondaire à toute autre protection *vous* accordant le remboursement de frais engagés ou de pertes subies. La coordination des indemnités se fera conformément aux directives de coordination adoptées par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes en ce qui concerne les frais médicaux engagés à l'extérieur du pays ou de la province. Si *vous* détenez une assurance maladie complémentaire à titre d'employé actif ou retraité en vertu de *votre* actuel ou ancien régime collectif et que le montant maximal à vie est : a) de **250 000 \$ CA** ou moins, la coordination des garanties ne s'appliquera pas à ce montant; ou b) de plus de **250 000 \$ CA**, la coordination des garanties ne s'appliquera qu'au montant d'assurance excédant **250 000 \$ CA**.
- M. Cette assurance ne fournit pas de couverture, et aucun *assureur* n'est tenu de payer des réclamations ou de fournir des prestations prévues par les présentes dans la mesure où la fourniture de cette couverture, le paiement de ces réclamations ou la fourniture de ces prestations exposerait cet *assureur* à toute sanction, interdiction ou restriction en vertu des résolutions des Nations Unies, ou à des sanctions commerciales ou économiques, aux lois ou règlements de l'Union européenne, du Royaume-Uni ou des États-Unis d'Amérique.
- N. Si *vous* êtes un citoyen américain, *vous* pourriez être dans l'obligation de souscrire une assurance conformément à l'Affordable Care Act (ACA). Cette police n'est pas sujette à l'ACA et n'a pas pour but de remplir vos obligations individuelles d'achat de couverture d'assurance médicale conformément à l'ACA. Veuillez contacter *votre* conseiller fiscal ou *votre* avocat si *vous* pensez que les obligations de l'ACA s'appliquent à *vous*. Si *vous* êtes un citoyen américain ou un résident américain, *vous* pourriez être dans l'obligation de souscrire une assurance conformément à l'Affordable Care Act (ACA). Cette police n'est pas sujette à l'ACA et n'a pas pour but de remplir vos obligations individuelles d'achat de

couverture d'assurance médicale conformément à l'ACA. Veuillez contacter *notre* conseiller fiscal ou *notre* avocat si vous pensez que les obligations de l'ACA s'appliquent à vous.

- O. Nous devons nous conformer à tous les règlements et législations applicables sur la vie privée. Pour en savoir plus sur *notre* politique sur la vie privée, veuillez consulter le site : tugo.com/fr/confidentialite/.
- P. Si une des modalités et conditions de cette police entre en conflit avec les lois de la province ou territoire où cette police est émise, les modalités et conditions sont par les présentes amendées afin de s'y conformer.
- Q. En cas de plainte ou de litiges non résolus relatifs à une réclamation ou à une portion de celle-ci, veuillez communiquer avec : TuGo, 1200-6081 No. 3 Road, Richmond BC, V6Y 2B2, Canada.
- R. Double couverture — Si vous êtes assuré en vertu de plus d'une police administrée par nous et qu'elles sont en vigueur au moment de la perte subie, le montant total qui vous sera payé ne pourra excéder le total de vos dépenses. Les dépenses sont remboursées à concurrence de la limite maximale de la police comportant le plus grand montant limite des prestations.

Section 11 : Définitions

Affection médicale – irrégularité dans *notre* état de santé qui a nécessité ou qui nécessite les conseils d'un professionnel de la santé, des consultations, des analyses, des *traitements*, des soins, des services ou un diagnostic de la part d'un *médecin*.

Affection médicale préexistante – *affection médicale* autre qu'une *infection mineure*, pour laquelle un *traitement* a été reçu ou subi ou qui se manifestait par des symptômes avant la *date d'effet* de *notre* police et durant la période correspondant au régime auquel vous êtes admissible, et qui se caractérise par une complication médicalement reconnue ou par la *réurrence* d'une *affection médicale*.

Assuré – toute personne désignée sur le *reçu de police*, répondant aux conditions d'admissibilité de la section 2 et pour laquelle la prime exigée a été payée.

Assureur – l'Industrielle Alliance, assurance et services financiers inc., souscripteur de cette assurance.

Compagnie d'assistance – prodiguer Réclamations chez TuGo, prodiguant des services d'assistance médicale et de réclamation en vertu de la présente police.

Compagnon de voyage – signifie une personne qui partage des hébergements ou des transports avec vous en voyage.

Complément d'assurance – assurance débutant après la *date d'expiration* de l'assurance précédente, peu importe le motif.

Conjoint – la personne avec laquelle la personne assurée est légalement mariée ou vit en union libre depuis au moins 12 mois.

Date de départ – la dernière des dates suivantes : date indiquée comme *date de départ* sur le *reçu de police* émis par l'assureur ou date de *notre* départ de *notre* province ou de *notre* territoire de résidence.

Date d'effet – date à laquelle débute la couverture. Dans le cas d'un *complément d'assurance*, la *date d'effet* est fixée à 00 h 01, le jour après la fin de *notre* assurance précédente. Dans le cas des régimes Multivoyage, la *date d'effet* est la *date de départ* de chaque voyage couvert durant la période de validité de cette police.

Date d'expiration – date à laquelle *notre* protection prend fin, soit la première des dates suivantes : au moment de *notre* retour dans *notre* province ou territoire de résidence sans intention de repartir au cours de la période d'assurance, à 23 h 59 à la *date d'expiration* indiquée sur *notre* *reçu de police* ou date à laquelle vous excédez le nombre maximal de jours

que vous êtes autorisé à passer à l'extérieur de *notre* province ou territoire de résidence en vertu de *notre* régime public d'assurance maladie.

Enfants – toute personne non mariée dont vous assurez la subsistance, qui voyage avec vous ou qui vous rejoint durant *notre* voyage et qui : i) a moins de 21 ans; ou ii) a moins de 26 ans s'il est étudiant à temps plein; ou iii) a n'importe quel âge et est atteint d'un handicap mental ou physique.

Examen médical (physique) – une consultation périodique avec un médecin, virtuelle ou en personne, programmée en avance dans le but de surveiller l'état de santé général. Cela peut inclure des tests médicaux de routine et n'est pas seulement lié à un symptôme, une maladie, ou une condition médicale en particulier.

Frais raisonnables et courants – frais habituellement engagés pour des services et des fournitures semblables à l'intention de personnes atteintes d'une *affection médicale* semblable dans la localité visée.

Franchise – montant des dépenses assurées par *urgence* que vous êtes tenu de payer avant que toute autre dépense couverte soit assumée en vertu de cette police. Le montant de la *franchise* dont vous avez la responsabilité, le cas échéant, figure sur *notre* *reçu de police*.

Hôpital – établissement dûment autorisé pourvu d'installations destinées à prodiguer des soins aux patients *hospitalisés*, et notamment, d'un laboratoire et d'une salle de chirurgie. Les stations de cure, les cliniques et les établissements qui ne sont pas exploités 24 heures sur 24 sous la surveillance d'un *médecin* ne sont pas des *hôpitaux*.

Hospitalisé ou hospitalisation – le fait d'être admis dans un *hôpital* pour y être traité à l'interne. Le terme *hospitalisé* n'inclut pas les analyses préalablement fixées ne nécessitant aucun autre *traitement* immédiat à l'*hôpital*.

Infection mineure – infection cessant 30 jours avant la *date d'effet* de l'assurance et ne nécessitant pas la prise de médicaments pour une période excédant 15 jours; ni plus d'une visite de suivi chez le *médecin*; ni d'*hospitalisation*; ni d'intervention chirurgicale; ni de consultation chez un *médecin* spécialiste. Une infection chronique ou la complication d'une infection chronique n'est pas une *infection mineure*.

Médecin (et chirurgien) – docteur en médecine légalement qualifié et autorisé à exercer la médecine dans la région où sont prodigués les soins médicaux.

Nous – North American Air Travel Insurance Agents Ltd. f/a sous le nom commercial de TuGo^{MD}, un tiers administrateur autorisé pour l'*assureur*.

Problème cardiaque – signifie infarctus du myocarde, crise cardiaque, arythmie, fibrillation auriculaire, murmure cardiaque, douleurs thoraciques ou angine de poitrine, artériosclérose, occlusion de l'artère carotide, insuffisance cardiaque congestive, dérivation cardiaque ou tout autre type de chirurgie cardiaque, angioplastie ou endoprothèse, utilisation d'un stimulateur cardiaque ou d'un défibrillateur, anomalie cardiaque congénitale, ou toute autre affection relative au cœur ou au système cardiovasculaire.

Reçu de police – confirmation d'assurance émise une fois que vous avez réglé la prime exigée.

Réurrence – apparition de symptômes liés à une *affection médicale* préalablement diagnostiquée par un *médecin* et pour laquelle un *traitement* a préalablement été subi.

Stable – se dit d'une *affection médicale* qui ne s'amplifie pas, qui ne nécessite aucun renvoi à une spécialité recommandée et pour laquelle il n'y a pas eu modification de la posologie ou de l'utilisation de médicaments, ni des traitements, prescrits ou recommandés par un *médecin* ou reçus au cours de la période indiquée pour le régime auquel vous êtes admissible,

avant la *date d'effet*. Si vous avez besoin d'un ajustement de routine à la posologie de votre ordonnance de Coumadin, de Warfarin ou d'insuline (à moins qu'il s'agisse d'une nouvelle ordonnance ou d'une interruption), pour veiller au maintien des taux dans le sang, un tel changement n'est pas considéré comme étant une modification de la médication pourvu que l'état de santé demeure inchangé. (Remarque : si, dans les deux ans avant la date à laquelle des soins médicaux sont requis en vertu de cette police, vous avez refusé ou retardé un *traitement*, une analyse diagnostique ou la prise de médicaments sur ordonnance qui vous ont été recommandés, l'*affection médicale* visée ou toute autre *affection médicale* ne sont pas considérées comme étant *stables*.)

Terminale – se dit d'une *affection médicale* pour laquelle, avant la *date d'effet* de votre police, un *médecin* a pronostiqué le décès dans les 12 prochains mois ou moins, ou pour laquelle des soins palliatifs ont été reçus.

Traiter, traité ou traitement – procédure médicale, thérapeutique ou diagnostique prescrite, réalisée ou recommandée par un *médecin*, y compris, sans s'y limiter, la prescription de médicaments, les examens exploratoires et les interventions chirurgicales. L'aspirine et l'entrophène ne doivent pas être considérés comme étant des *traitements*.

Urgence – maladie ou blessure inattendue qui nécessite l'obtention d'un *traitement* immédiat pour prévenir ou pour atténuer le risque qui prévaut pour votre vie ou votre santé. L'*urgence* cesse lorsque les preuves médicales indiquent que vous êtes en mesure de continuer votre voyage ou de regagner votre province ou territoire de résidence. Une fois que ladite *urgence* cesse, aucune autre prestation n'est payable pour l'*affection médicale* qui a causé l'*urgence*.

Vous, votre ou vos – toute personne désignée sur le *reçu de police*, répondant aux conditions d'admissibilité stipulées à la section 2 de la présente police et pour laquelle la prime requise a été versée.

Section 12 : Remboursements

Il n'y a pas de frais de gestion ni d'administration pour les remboursements.

Pour obtenir un remboursement, vous avez trois possibilités :

1. Appelez et parlez à un agent en direct :
Québec : 1 844 500-2947
2. Envoyez par courrier électronique votre demande écrite à :
Québec : info@bavqc.com

Régimes Voyage unique

Remboursement intégral

Si vous demandez un remboursement intégral pour quelque raison que ce soit avant votre *date de départ*, votre demande écrite doit porter un cachet postal du Canada et une date antérieure à la *date de départ*. Une demande par courrier électronique ou par télécopieur doit nous parvenir avant votre *date de départ*. Après avoir reçu votre demande écrite, l'*assureur* remboursera à 100 % la prime versée.

Remboursements partiels

- Si vous demandez un remboursement après la *date de départ* et avant la *date d'expiration* de votre police, laquelle figure sur votre *reçu de police*, vous devez nous faire parvenir votre demande en fournissant une preuve de votre date de retour dans votre province ou territoire de résidence. Toutes les demandes de remboursement doivent être faites par écrit et la date du cachet postal (ou la date estampée sur le courriel) doit se situer dans les 30 jours de la date à laquelle vous désirez interrompre l'assurance. Si vous ne pouvez nous fournir de preuve satisfaisante de la date de votre retour dans votre province ou territoire de résidence, votre remboursement sera effectué selon la date du cachet postal canadien (ou la date de la réception du courriel)

de votre demande écrite. Aucun remboursement ne vous sera versé si vous avez présenté une demande de règlement en vertu de la police ou si une réclamation est en cours de traitement.

- La prime retenue sera calculée comme si vous aviez pris votre assurance pour la durée initialement prévue à compter de la *date d'effet* à moins que vous nous avisiez d'une *date d'effet* différente avant de quitter votre province ou territoire de résidence. Le remboursement versé correspondra au montant initial, réduit selon la prime recalculée et payé en dollars canadiens.

Régimes Multivoyage

Aucun remboursement n'est versable après la *date d'effet*.

Section 13 : Procédures d'urgence, réclamations et pénalités

Advenant une *urgence*, téléphonez à la *compagnie d'assistance* aux numéros apparaissant sur votre carte de portefeuille. Ces numéros figurent aussi à la section 1 (Numéros de téléphone importants pour les *urgences* médicales) de cette police. Les voici :

En cas d'*urgence* médicale, des États-Unis et du Canada
1 800 663-0399

En cas d'*urgence* médicale, du Mexique
001 800 514-9976 or 800 681-8070

En cas d'*urgence* médicale, de tout autre pays, à frais virés,
avec l'aide du téléphoniste +1 604 278-4108

Lorsque vous communiquez avec la *compagnie d'assistance*, veuillez indiquer votre nom, le numéro de votre police, l'endroit où vous êtes et la nature de l'*urgence*. Dans la mesure du possible, les règlements seront directement versés aux fournisseurs de service et les montants payables par votre régime public d'assurance maladie seront recouvrés en votre nom.

L'avis de sinistre doit être acheminé dans les 30 jours suivant la survenance du sinistre et la preuve de sinistre doit être transmise dans les 90 jours suivant la survenance du sinistre, mais en aucun cas plus de 12 mois après la date de survenance du sinistre.

Si vous ne communiquez pas avec la *compagnie d'assistance* dans les 24 heures suivant votre *hospitalisation*, l'*assureur* peut limiter les indemnités en vertu de cette police à 50 % des dépenses admissibles. Cette pénalité ne s'applique pas si vous êtes inconscient ou physiquement incapable de communiquer avec la *compagnie d'assistance* et si personne n'est en mesure de le faire à votre place.

PROCÉDURES POUR LES RÉCLAMATIONS ET LE PAIEMENT DES PRESTATIONS

1. Tout avis de sinistre ou toute correspondance concernant une réclamation doit être rapidement envoyé à la *compagnie d'assistance* :
Réclamations chez TuGo
1200 - 6081 No. 3 Road,
Richmond BC, V6Y 2B2, Canada.
2. Tous frais engagés en vue d'obtenir des documents supplémentaires confirmant l'admissibilité de votre réclamation, à l'exception des dossiers médicaux que la *compagnie d'assistance* demande, sont également à la charge du demandeur.
3. Pour recevoir des prestations, tout document justificatif requis doit être fourni par le demandeur. Des formulaires de réclamation seront fournis au demandeur en vue de les remplir et de les retourner à la *compagnie d'assistance*. Il est de la responsabilité du demandeur de remplir et/ou de fournir tout document que la *compagnie d'assistance* demande pour traiter la réclamation et en vérifier l'admissibilité.
4. Tous les documents requis doivent être soumis dans l'année suivant la

date de la perte. Le défaut de s'y conformer entraînera le refus de la réclamation.

5. Pour être admissibles à un remboursement, les reçus et factures originaux détaillés doivent être fournis comme justificatif pour tous les frais admissibles. S'ils ne sont pas fournis, les frais ne seront pas remboursés.
6. Si un décès est à l'origine d'une réclamation, les documents suivants sont exigés :

- a) Une photocopie du certificat de décès
- b) Une photocopie du testament ou de la procuration
- c) Un rapport de police, le cas échéant

Les formulaires de réclamation doivent être signés par l'exécuteur testamentaire ou par le détenteur de la procuration.

7. La *compagnie d'assistance* soumettra une réclamation pour vos frais médicaux au régime d'assurance maladie de *vo*tre province ou territoire POURVU QUE le formulaire de réclamation incluant le formulaire de cessation de paiement provincial approprié soient entièrement remplis et transmis dans les délais prescrits avec les factures originales détaillées de vos fournisseurs de soins médicaux dans les délais établis par le régime d'assurance maladie de *vo*tre province ou territoire. Si *vous* ne respectez pas ce délai, la portion payable par le régime d'assurance maladie de *vo*tre province ou territoire sera à *vo*tre charge. Bien que ces délais varient à travers le Canada, ils peuvent être aussi courts que 90 jours. Consultez le régime d'assurance maladie de *vo*tre province ou territoire pour savoir quels délais s'appliquent à *vous*.

8. Les réclamations ne seront pas prises en compte à moins que le formulaire ne soit dûment rempli et signé par le demandeur (ou son représentant dûment autorisé). Le défaut de fournir les formulaires originaux intégralement remplis peut invalider *vo*tre réclamation.

9. Ne seront pris en compte que les originaux des factures détaillées émises par des *médecins*, *hôpitaux* et autres dispensateurs de services médicaux, indiquant le nom de l'*assuré*, le diagnostic, les dates de service, ainsi que le type de *traitement* ou de service. Seuls les reçus de pharmacie originaux se rapportant à une ordonnance seront pris en compte. Pour toutes les autres prestations, des reçus et factures originaux détaillés sont requis.

Limitation des services d'assistance d'urgence :

La *compagnie d'assistance* se réserve le droit de suspendre, de réduire ou de limiter les services dans toute région ou dans tout pays si la guerre, l'instabilité politique ou les hostilités rendent ladite région inaccessible à la *compagnie d'assistance*. La *compagnie d'assistance* déploiera tous les efforts envisageables pour fournir les services requis advenant une telle situation. *Vous* pouvez communiquer avec la *compagnie d'assistance* avant *vo*tre départ pour confirmer vos protections en vue de *vo*tre voyage assuré.

Ni l'*assureur* ni la *compagnie d'assistance* ne sauraient être tenus responsables de la disponibilité ou de la qualité de quelque *traitement* médical que ce soit (et de ses résultats) ou de l'impossibilité, pour l'*assuré*, d'obtenir des *traitements* médicaux durant la période d'assurance.

Section 14 : Protection de la vie privée

Déclaration sur la protection de la vie privée

Nous accordons une grande importance à la protection de vos renseignements personnels. TuGo s'engage à protéger vos renseignements personnels. TuGo se conforme pleinement à la législation canadienne sur la protection de la vie privée. La politique sur la protection de la vie privée de TuGo détermine notre responsabilité en matière de collecte et d'utilisation de vos renseignements personnels. L'intégralité de la politique sur la protection de la vie privée de TuGo est disponible à : tugo.com/fr/confidentialite/.

Les renseignements personnels sont collectés au moment de la demande afin de déterminer la prime et la couverture appropriées. En cas de réclamation, nous pourrions devoir collecter de l'information médicale supplémentaire pour nous aider à fournir une meilleure assistance médicale, à organiser les traitements, les évacuations médicales, et à déterminer la couverture. Ces informations pourraient être obtenues ou partagées avec votre agent, tout affilié ou succursale, organisation de recommandation ou tiers fournisseur comprenant entre autres les fournisseurs de soins de santé et régimes d'assurance santé gouvernementaux. Ces informations sont utilisées par le personnel autorisé uniquement au besoin et sont conservées en toute sécurité pour la période requise par la loi. Vos informations pourraient devoir être partagées avec ou par des organisations localisées à l'extérieur du Canada, tel que le pays où vous voyagez et seront également sujettes à la législation en vigueur dans ces juridictions étrangères. Nous vous encourageons à consulter occasionnellement la politique sur la vie privée de TuGo car elle pourrait être modifiée.

Vous pouvez également passer en revue vos informations pour en vérifier l'exactitude en en faisant la demande par écrit. Pour en savoir plus sur comment TuGo collecte et utilise les renseignements personnels, contactez notre directeur de la protection de la vie privée à : TuGo, Attn: Privacy Officer, 1200 - 6081 No. 3 Road, Richmond BC, V6Y 2B2, Canada. Email: privacy@tugo.com Fax: 604 276-9409.

AVIS SUR LES INFORMATIONS PERSONNELLES ET CONFIDENTIELLES LISEZ ATTENTIVEMENT, DÉTACHEZ ET CONSERVEZ POUR VOS DOSSIERS

Nous avons besoin des renseignements détaillés que vous avez inscrits dans la proposition d'assurance que vous nous avez déjà remis, tout comme des renseignements supplémentaires que nous pourrions vous inviter à nous transmettre à l'occasion, pour traiter votre demande ainsi que toute demande de prestation que vous pourriez nous présenter. Afin de protéger la confidentialité de ces renseignements personnels, seules les personnes suivantes y ont accès : les personnes autorisées par vous-même ou par la loi ainsi que les employés de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., (« la société ») ses réassureurs, les tiers administrateurs, les agents et les courtiers de la société, les promoteurs du régime et les agents et les courtiers de ces promoteurs, et les autres intermédiaires du marché aux fins a) de la promotion d'un régime pour vous, b) de la commercialisation et de l'administration de produits et de services de la société, c) de l'évaluation du risque (souscription) et d) des enquêtes sur les sinistres (le cas échéant). Votre dossier sera gardé dans nos bureaux.

Vous pouvez examiner sur demande les renseignements personnels contenus dans nos dossiers, sous réserve de certaines exceptions restreintes établies par la loi, et si nécessaire, de les avoir rectifiés en nous envoyant une demande écrite à l'adresse suivante : 400 - 988 Broadway O, CP 5900, Vancouver, BC V6B 5H6, Attention : La Directrice, iA Marchés Spéciaux. Nous apporterons les corrections nécessaires à nos dossiers. Si une correction que vous exigez est contestée, nous l'inscrirons tout de même dans le dossier. Vous trouverez d'autres renseignements sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels en ligne à ia.ca. Vous pouvez aussi nous téléphoner au 1.800.266.5667 et demander qu'une copie de notre politique vous soit envoyée par télécopieur ou par la poste.

Section 15 : Dispositions légales

Le contrat

La proposition, la présente police, tout document annexé à la présente police lors de son émission et toute modification au contrat convenue par écrit après l'émission de cette police, constituent le contrat indivisible et aucun agent n'a l'autorité de modifier le contrat ni de déroger à une de ses

dispositions.

Renonciation

Aucune condition de ce contrat n'est censée 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

L'assureur doit, sur demande, fournir à l'assuré ou à un demandeur de règlement en vertu du contrat une copie de la proposition.

Faits pertinents

Aucune déclaration faite par l'assuré ou une personne assurée au moment de la demande pour le contrat ne peut servir à la défense d'une réclamation en vertu du contrat ni à se soustraire aux obligations du contrat, à moins qu'elle ne soit comprise dans la proposition ou dans toute autre déclaration écrite ou réponse fournie comme preuve d'assurabilité.

Avis et preuve de sinistre

L'avis d'une réclamation sera donné dans les plus brefs délais conformément à la clause des procédures des réclamations incluse dans la présente police, mais en aucun cas plus de 30 jours après la date de survenance du sinistre en vertu de cette police. Vous devez également, dans les 90 jours suivant la date de survenance du sinistre, fournir dans la mesure du possible la preuve ainsi que les renseignements supplémentaires et, si la compagnie le demande, un certificat d'un médecin précisant la cause et la nature de la maladie ou de la blessure faisant l'objet de la réclamation.

Défaut de fournir un avis ou une preuve de sinistre

Le défaut de donner un avis de réclamation ou de fournir une preuve de sinistre dans les délais requis par cette disposition n'a pas pour effet d'invalidiser la réclamation si (a) l'avis ou la preuve est donné ou fourni dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, et au plus tard un an après la date de l'accident ou la date de survenance d'un sinistre en vertu du contrat en raison de maladie ou d'incapacité, et qu'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner l'avis ou de fournir la preuve dans les délais requis par cette disposition, ou (b) en cas de décès de la personne assurée, si une déclaration de présomption de décès est nécessaire, l'avis ou la preuve est donné ou fourni au plus tard un an à compter de la date de la déclaration par un tribunal.

L'assureur fournira les formulaires de preuve de sinistre

L'assureur doit fournir les formulaires de preuve de sinistre dans les 15 jours suivant la réception de l'avis de réclamation, mais si le demandeur n'a pas reçu les formulaires dans ce délai, le demandeur peut soumettre sa preuve de sinistre sous la forme d'une déclaration écrite indiquant la cause et la nature de l'accident, de la maladie ou de l'invalidité ayant donné lieu à la réclamation, ainsi que l'étendue de la perte.

Droits d'examen

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

- a) le demandeur doit donner à l'assureur l'occasion d'examiner la personne assurée quand et aussi souvent qu'il est raisonnablement requis pendant qu'une réclamation est en cours;
- b) en cas de décès de la personne assurée, l'assureur peut exiger une autopsie, sous réserve de toute loi de la juridiction applicable concernant les autopsies.

Sommes payables

Toute somme payable en vertu de ce contrat sera payée par l'assureur dans un délai n'excédant pas soixante jours à compter du moment où l'assureur aura reçu la preuve du sinistre.

ACTION CONTRE LA COMPAGNIE

La signification de procédures judiciaires visant à l'exécution des obligations en vertu de cette police de l'assureur inscrit dans la définition peut être valablement faite aux bureaux de North American Air Travel Insurance Agents Ltd. f/a sous le nom commercial de TuGo, 1200 - 6081

No. 3 Road, Richmond BC, V6Y 2B2, Canada.

AVIS À LA COMPAGNIE

Les avis en vertu de cette police destinés à l'assureur inscrit dans la définition peuvent être valablement adressés à North American Air Travel Insurance Agents Ltd. f/a sous le nom commercial de TuGo, 1200 - 6081 No. 3 Road, Richmond BC, V6Y 2B2, Canada. Les plaintes ou les litiges non résolus devraient être adressés à l'Industrielle Alliance Assurance et services financiers inc., 2165 West Broadway, P.O. Box 5900, Vancouver BC V6B 5H6, Canada, solution@ia.ca ou sans frais au 1 800 266-5667.

En foi de quoi cette police a été signée avec l'autorisation des *assureurs* inscrits dans la définition d'« *assureur* ».

K. Starko, directrice générale

L'assurance est administrée par North American Air Travel Insurance Agents Ltd. f/a sous le nom commercial de TuGo^{MD}, un courtier d'assurance autorisé dans toutes les provinces et tous les territoires. L'émetteur du contrat est l'Industrielle Alliance Assurance et services financiers inc. Réclamations chez TuGo^{MC} est une marque de commerce et TuGo^{MD} est une marque déposée appartenant à North American Air Travel Insurance Agents Ltd. f/a sous le nom commercial de TuGo^{MD}.

Veillez communiquer avec Réclamations chez TuGo pour obtenir de l'assistance d'urgence, pour la prise en charge par un médecin, pour la coordination des indemnités et pour prendre des dispositions liées à la facturation directe par un professionnel de la santé.

des États-Unis et du Canada
1 800 663-0399

du Mexique
001 800 514-9976 or 800 681-8070

dans le monde entier, à frais virés
+1 604 278-4108

