



**L'assurance est souscrite auprès de :** Assurances NLF – Succursale canadienne, exerçant ses activités sous la dénomination Berkshire Hathaway Specialty Insurance (BHSI)

**Services d'assistance et d'administration des réclamations fournis par :** Berkshire Hathaway Specialty Insurance (BHSI) a désigné Gestion Global Excel Inc. comme fournisseur de tous les services d'assistance et d'administration des demandes de réclamation prévus par la présente police.

**L'assurance est administrée et distribuée par :** Le Groupe Destination : Voyage Inc.



## **Bienvenue à votre Destination : Canada pour les visiteurs au Canada**

Voyager peut s'avérer l'une des plus grandes joies de la vie, qui comporte toutefois son lot de surprises. C'est ici qu'entre en jeu le régime Destination : Canada pour les visiteurs au Canada afin de **vous** offrir la tranquillité d'esprit voulue en cas d'**urgences** médicales inattendues.

Le régime Destination : Canada pour les visiteurs au Canada vise à offrir une protection aux visiteurs au Canada, aux demandeurs de super visa, aux immigrants récemment arrivés, aux travailleurs migrants et aux Canadiens de retour au pays.

Veillez examiner la présente police pour **vous** assurer qu'elle répond à **vos** besoins et communiquez avec **votre** courtier ou Le Groupe Destination : Voyage Inc. si :

- **vous** avez besoin d'explications;
- **vous** avez des questions sur la présente police;
- **vos** projets de voyage changent;
- **votre** état de santé a changé depuis la première fois où **vous** avez demandé à souscrire la présente couverture.

Toutes les modifications à la présente police doivent être effectuées avant la **date d'entrée en vigueur**.

### **Section 1 : Droit d'examen de la police**

Veillez examiner la présente police dès sa réception afin de **vous** assurer qu'elle répond à **vos** besoins. Si **vous** n'êtes pas entièrement satisfait de la présente police, **vous pouvez l'annuler dans les dix (10) jours suivant son achat et obtenir le remboursement intégral de la prime versée, à condition que votre couverture n'ait pas encore commencé.** Veuillez consulter la **Section 8 : Dates importantes de la police**, qui explique à quel moment la couverture commence, ainsi que la **Section 18 : Remboursement des primes**, pour obtenir de plus amples renseignements sur les remboursements.

## Bienvenue chez BHSI

**Nous vous** remercions d'avoir choisi cette police, qui est souscrite auprès de L'Assurances NLF – Succursale canadienne, exerçant ses activités sous la dénomination Berkshire Hathaway Specialty Insurance (BHSI) (ci-après « **nous** », « **notre** » ou « **nos** », selon le contexte).

Dans le cadre des activités d'assurance de Berkshire Hathaway, **nous** offrons la sécurité d'un bilan parmi les mieux notés du secteur ainsi que l'expertise d'une équipe mondiale de professionnels reconnus pour leurs compétences exceptionnelles et leur intégrité.

Dans chacune de **nos** interactions avec **nos** clients, **nos** collègues et **nos** partenaires d'affaires, **nous** perpétons la tradition de BHSI qui consiste à faire ce qui est juste et à bâtir **notre** réputation fondée sur la confiance, l'intégrité et une gestion prudente des risques.

Chez BHSI, le client est au coeur de tout ce que **nous** faisons. Souples et réactifs, **nous** privilégions la simplicité plutôt que la complexité et apportons facilité, rapidité et efficacité au monde de l'assurance.

## Association canadienne de l'assurance voyage

Chaque Canadien qui voyage mérite la tranquillité d'esprit de savoir que son assurance voyage lui procure une protection fiable. Même si la plupart des voyages se déroulent sans incident, des situations imprévues peuvent survenir. C'est pourquoi les sociétés membres de l'Association canadienne de l'assurance voyage (THiA) s'engagent à veiller à ce que les voyageurs comprennent leurs droits en matière de couverture d'assurance voyage.

BHSI est fier d'être membre de la THiA. Ensemble, notre objectif commun est de faire en sorte que chaque réclamation soumise puisse être réglée. Le secteur s'est mobilisé pour élaborer la Déclaration des droits et responsabilités afin d'énoncer clairement ce à quoi les voyageurs peuvent s'attendre de leur assurance voyage.



La Déclaration des droits et responsabilités en matière d'assurance voyage repose sur les règles d'or suivantes de l'assurance voyage :

- Connaissez **votre** santé
- Connaissez **votre** voyage
- Connaissez **votre** police
- Connaissez **vos** droits

Pour en savoir plus, visitez :

[https://www.thiaonline.com/Travel\\_Insurance\\_Bill\\_of\\_Rights\\_of\\_Responsibilities\\_Fr.html](https://www.thiaonline.com/Travel_Insurance_Bill_of_Rights_of_Responsibilities_Fr.html)

## Assistance voyage d'urgence

En cas d'**urgence**, l'**assuré** doit communiquer avec l'**administrateur de l'assistance et des réclamations** :

### NUMÉROS DE TÉLÉPHONE À COMPOSER

Depuis le Canada et les États-Unis	1 855 286-7467
De l'extérieur du Canada et des États-Unis	+1 519 913-8034

La ligne d'assistance est accessible vingt-quatre (**24**) heures sur vingt-quatre, sept (**7**) jours sur sept, et est dotée de coordonnateurs d'assistance bilingues qui possèdent de l'expérience dans l'administration des dossiers d'assistance médicale.

Lorsque l'assuré communique avec l'**administrateur de l'assistance et des réclamations**, les renseignements suivants sont requis :

- nom de l'**assuré**;
- numéro de police;
- coordonnées téléphoniques de l'**assuré** ou de son représentant;
- adresse où se trouve l'**assuré**;
- nature de l'**urgence** ou aide requise.

## Table des matières

Section 1 : Droit d'examen de la police .....	1
Section 2 : Sommaire des limites des prestations de voyage.....	5
Section 3 : Avis important.....	6
Section 4 : Information sur les réclamations.....	7
Section 5 : Comment communiquer avec l'administrateur de l'assistance et des réclamations .....	7
Section 6 : Renseignements sur la couverture.....	11
Section 7 : Admissibilité .....	12
Section 8 : Dates importantes de la police.....	12
Section 9 : Délai de carence .....	13
Section 10 : Objet de l'assurance.....	14
Section 12 : Prestations – Détails de votre couverture .....	15
Section 13 : Exclusions – Détails de ce qui n'est pas couvert.....	22
Section 14 : Définitions – Signification des termes importants .....	26
Section 15 : Primes.....	32
Section 16 : Renseignements juridiques.....	34
Section 17 : Conditions légales.....	41
Section 18 : Remboursements de prime.....	43
Section 19 : Avis relatif au consentement dans le contexte de la protection des renseignements personnels.....	44
Section 20 : Assistance et administration des réclamations fournies par :.....	44
Section 21 : L'assurance est souscrite auprès de :.....	44
Section 22 : L'assurance est administrée et distribuée par :.....	44

## Section 2 : Sommaire des limites des prestations de voyage

Le présent Sommaire des limites des prestations de voyage est fourni à titre informatif seulement. Veuillez consulter la **Section 12 : Prestations – Détails de votre couverture** pour obtenir toutes les précisions sur la couverture.

<b>Prestation de voyage</b>	<b>Montant maximal assuré</b>
1. Soins médicaux d' <b>urgence</b>	Jusqu'à concurrence du montant assuré
Praticien paramédical:	500 \$ par praticien pour des <b>traitements</b> dispensés en consultation externe
Médicament :	Provision de 30 jours, jusqu'à concurrence de 1 000 \$
2. <b>Hospitalisation d'urgence</b>	Jusqu'à concurrence du montant assuré
3. Transport médical d' <b>urgence</b> avec accompagnement médical	Jusqu'à concurrence du montant assuré
4. Transport d'amis ou de membres de la famille	Jusqu'à concurrence de 3 000 \$
5. Accompagnateur	Jusqu'à concurrence de 500 \$
6. Visites de suivi	Jusqu'à concurrence de 3 000 \$
7. Soins dentaires à la suite d'un <b>accident</b>	Jusqu'à concurrence de 3 000 \$
8. Services dentaires d' <b>urgence</b>	Jusqu'à concurrence de 500 \$
9. Repas et hébergement	Jusqu'à concurrence de 150 \$ par jour, sous réserve d'un maximum de 1 500 \$
10. Retour d' <b>urgence</b> au domicile sans accompagnement médical	Jusqu'à concurrence de 3 000 \$
11. Retour du défunt	Jusqu'à concurrence de 10 000 \$
12. Décès et mutilation <b>accidentels</b>	Jusqu'à concurrence du montant assuré ou de 150 000 \$, selon le montant le moins élevé
13. <b>Accident</b> aérien	Jusqu'à concurrence de 50 000 \$
14. Exposition aux éléments et disparition	Jusqu'à concurrence du montant assuré
15. <b>Voyage</b> secondaire à l'extérieur du Canada	Jusqu'à concurrence du montant assuré

### Section 3 : Avis important

**Il est de votre responsabilité de comprendre votre couverture. Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec votre agent ou votre courtier ou avec Le Groupe Destination : Voyage Inc. au 1 855 337-3532.**

#### RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS CONCERNANT VOTRE POLICE

- L'assurance voyage couvre les demandes de règlement découlant de situations soudaines et inattendues (c.-à-d. les **accidents** et les **urgences**) et ne couvre généralement pas les soins de suivi ou récurrents.
- Pour **vous** prévaloir de cette assurance, **vous** devez remplir toutes les exigences d'admissibilité.
- Cette assurance comporte des restrictions et des exclusions (p. ex., à l'égard de **problèmes de santé** qui ne sont pas **stables**, d'une grossesse, d'un enfant né en cours de **voyage**, des abus d'alcool et des activités à haut risque).
- Cette assurance pourrait ne pas couvrir les réclamations liées à des **problèmes de santé préexistants**, que le problème ait été déclaré ou non au moment de la souscription.
- Communiquez avec l'**administrateur de l'assistance et des demandes de réclamation** avant d'obtenir un **traitement**, sans quoi **nous** pourrions limiter **vos** prestations.
- **Nous** pourrions vérifier **vos** antécédents médicaux en cas d'**accident**, de **blessure** ou de **maladie**.
- Si **vous** n'êtes pas admissible à la couverture, **notre** responsabilité se limitera au remboursement de la prime versée pour la présente police. **Vous** serez également responsable de toutes les dépenses que **nous** ne prenons pas en charge.
- Si **votre** état de santé change entre la date de **votre** demande de couverture et la **date d'entrée en vigueur**, **vous** devez communiquer avec **votre** courtier ou Le Groupe Destination : Voyage Inc. afin de bien comprendre l'incidence de ce changement sur **votre** couverture au titre de la présente police. À défaut de le faire, **nous** pourrions limiter le montant versé au titre de **votre** demande de règlement ou **nous** pourrions refuser **votre** demande de règlement.

#### Avis exigé par la législation provinciale

La présente police contient une disposition qui supprime ou restreint le droit de l'**assuré** de désigner des personnes auxquelles ou au profit desquelles des sommes assurées sont payables.

## Section 4 : Information sur les réclamations

### Que faire en cas d'urgence ou de réclamation

En cas d'**urgence** médicale grave pendant un voyage, rendez-vous immédiatement à l'**hôpital**. Il est très important que **vous**, ou une personne agissant en **votre** nom, communiquez avec l'**administrateur de l'assistance et des réclamations** dans les **vingt-quatre (24) heures** suivant **votre** admission à l'**hôpital**, avant d'obtenir un **traitement** médical et avant toute intervention chirurgicale. L'**administrateur de l'assistance et des réclamations vous** guidera tout au long de **votre urgence** médicale, **vous** aidera à trouver les soins les plus appropriés sur place, à coordonner **vos** soins et **vous** offrira du soutien tout au long du processus.

#### REMARQUE IMPORTANTE

Sauf motif raisonnable, si **vous** ne communiquez pas avec l'**administrateur de l'assistance et des réclamations** avant d'obtenir un **traitement** médical, **vous** devrez assumer vingt pour cent (**20 %**) des frais médicaux admissibles que **nous** aurions normalement payés au titre de cette assurance.

## Section 5 : Comment communiquer avec l'administrateur de l'assistance et des réclamations

L'**administrateur de l'assistance et des réclamations** est joignable vingt-quatre (**24**) heures sur vingt-quatre, sept (**7**) jours sur sept, aux numéros suivants :

#### NUMÉROS DE TÉLÉPHONE À COMPOSER

Depuis le Canada et les États-Unis	1 855 286-7467
De l'extérieur du Canada et des États-Unis	+1 519 913-8034

L'aide d'un téléphoniste international peut s'avérer nécessaire si **vous** appelez de l'extérieur du Canada et des États-Unis. **Nous** acceptons les appels à frais virés.

## Comment présenter une réclamation pour des frais pour soins médicaux d'urgence payés de votre poche

La façon la plus rapide de présenter une réclamation pour des frais pour soins médicaux d'**urgence** admissibles que **vous** avez payés de **votre** poche consiste à soumettre **vos** reçus originaux détaillés au moyen du portail sécurisé de réclamations : [www.globalexcel.com/bhspecialty/fr](http://www.globalexcel.com/bhspecialty/fr)

La plupart de **nos** clients remplissent leurs formulaires de réclamation en ligne et soumettent leurs frais pour soins médicaux d'**urgence** admissibles au moyen du portail de réclamations de l'**administrateur de l'assistance et des réclamations**. **Vous** pouvez soumettre les reçus originaux électroniquement en format PDF ou JPEG.

Si **vous** n'êtes pas en mesure de soumettre **vos** réclamations au moyen du portail des réclamations de l'**administrateur de l'assistance et des réclamations**, **vous** pouvez communiquer directement avec celui-ci afin d'obtenir les formulaires requis. Envoyez par la poste **votre** formulaire dûment rempli, ainsi que tout autre document justificatif à :

Berkshire Hathaway Specialty Insurance  
a/s de Gestion Global Excel Inc.  
73, rue Queen  
Sherbrooke, Québec, Canada J1M 0C9

## Surveillance médicale et assistance en cas d'urgence 24 heures sur 24, 7 jours sur 7

**Vous** pouvez compter sur l'**administrateur de l'assistance et des réclamations** vingt-quatre (**24**) heures sur vingt-quatre, sept (**7**) jours sur sept. L'**administrateur de l'assistance et des réclamations** dispose d'une équipe médicale de premier ordre ainsi que d'un réseau mondial de confiance d'**hôpitaux**, de cliniques et de **médecins** prêts à **vous** venir en aide en cas d'**urgence** médicale inattendue.

L'**administrateur de l'assistance et des réclamations** prendra les dispositions nécessaires pour que l'**hôpital**, la clinique ou le **médecin** facture directement les frais lorsque cela est possible. Toutefois, certains établissements exigent un paiement à l'avance et **vous** pourriez devoir assumer les frais du **traitement**. **Veillez vous assurer de conserver tous vos reçus originaux détaillés.**

L'**administrateur de l'assistance et des réclamations** offre les services suivants en cas d'**urgence** médicale inattendue :

- **nous** veillons à ce que **vous** receviez le niveau de soins médicaux approprié, dès le premier contact;
- **nous vous** orientons vers le fournisseur de soins le plus proche en mesure de prendre en charge **votre urgence**;
- lorsque pertinent, des **médecins** qualifiés peuvent offrir des soins virtuels en temps réel au moyen d'une vidéoconférence ou d'une consultation téléphonique;
- **nous** effectuons le suivi de l'évolution de **votre** dossier médical;
- **nous** assurons la communication entre **vous** et les personnes que **vous** désignez pour recevoir des renseignements concernant **vos** soins médicaux;
- **nous** assurons la coordination du rapatriement d'**urgence** lié à **votre urgence** médicale.

L'**administrateur de l'assistance et des réclamations** déploiera des efforts raisonnables pour fournir ces services pendant **votre urgence** médicale inattendue.

### Avis de sinistre

Le signalement de réclamations s'effectue dès qu'il est raisonnablement possible de le faire ou dans les trente **(30)** jours suivant l'événement, mais au plus tard un **(1)** an après la date de celui-ci.

### Preuve de sinistre

La soumission d'une preuve de sinistre par écrit s'effectue dès qu'il est raisonnablement possible de le faire ou dans les quatre-vingt-dix **(90)** jours suivant l'événement, mais au plus tard un **(1)** an après la date de celui-ci.

Toute réclamation admissible doit être accompagnée des reçus originaux détaillés provenant d'organisations commerciales, d'établissements médicaux ou de praticiens relativement au **traitement** médical que **vous** avez reçu. À l'occasion, l'**administrateur de l'assistance et des réclamations** peut **vous** demander d'autres documents à l'appui de **votre** réclamation.

Les frais engagés pour l'obtention de documents ou de rapports requis sont à **votre** charge ou à celle du demandeur.

Il est important de remplir le formulaire de réclamation au complet. Un formulaire incomplet occasionnera des retards.

Le non-respect des procédures de réclamation entraînera la perte du droit aux prestations ou la réduction des prestations disponibles aux termes de la présente police.

## Documents requis pour présenter une réclamation pour soins médicaux :

1. un formulaire de réclamation dûment rempli;
2. les factures et relevés originaux détaillés;
3. une preuve de paiement de **votre** part (reçus);
4. une preuve de paiement provenant de tout autre régime d'assurance ou régime d'avantages sociaux;
5. les dossiers médicaux pertinents, notamment :
  - a. le diagnostic complet établi par le **médecin** traitant;
  - b. les documents produits par l'**hôpital**, lesquels doivent confirmer que le **traitement** donné était adéquat et compatible avec **votre** diagnostic;
  - c. les documents indiquant l'impossibilité de retarder le **traitement** jusqu'à **votre** retour à **votre** domicile sans nuire à **votre** état de santé ou à la qualité des soins médicaux;
6. une lettre du **médecin** référent recommandant un **traitement** auprès de tout professionnel de la santé;
7. une preuve de l'**accident** si **vous** présentez une réclamation pour des frais dentaires résultant d'un **accident**;
8. une preuve du **voyage**, y compris **votre** date de départ et **votre** date de retour;
9. **vos** dossiers médicaux antérieurs si **nous** déterminons qu'ils sont pertinents.

## Documents requis pour présenter une demande de prestations de décès ou de mutilation accidentels (DMA) :

1. un formulaire de réclamation dûment rempli par l'exécuteur testamentaire;
2. un rapport de police comprenant la déclaration des témoins;
3. un rapport d'autopsie ou du coroner;
4. le certificat de décès (en cas de décès);
5. les dossiers médicaux de l'**hôpital** ou un certificat médical rempli par le **médecin** traitant;
6. tout autre document demandé par l'**administrateur de l'assistance et des réclamations** après l'examen initial de la demande.

### REMARQUE IMPORTANTE

Si **votre** dépouille n'est pas retrouvée dans un délai d'un **(1)** an après l'**accident** d'avion ou de voyage, **nous** présumerons que **vous** êtes mort des suites de **vos blessures**.

## Section 6 : Renseignements sur la couverture

### Qu'est-ce qui est couvert?

**Nous** rembourserons, jusqu'à concurrence du montant indiqué à la **Section 2 : Sommaire des limites des prestations de voyage** pour les frais admissibles engagés par chaque assuré qui subit un **accident**, une **blessure** ou une **maladie** soudaine et imprévue figurant sur **votre confirmation de couverture**.

### Qu'est-ce qui n'est pas couvert?

L'assurance voyage ne couvre pas tout. **Votre** police prévoit des exclusions, des conditions et des restrictions. Veuillez la lire attentivement afin de bien comprendre les limites qui s'appliquent à **votre** couverture.

### Que faire si votre état de santé change entre la date de votre proposition d'assurance et la date d'entrée en vigueur?

Si **votre état de santé change** entre la date à laquelle **vous** demandez la couverture et la **date d'entrée en vigueur**, **vous** devez communiquer avec **votre** représentant en assurance afin de bien comprendre l'incidence de ce changement sur **votre** couverture au titre de la présente police. À défaut de le faire, **nous** pourrions limiter le montant versé au titre de **votre** réclamation ou **nous** pourrions refuser **votre** réclamation.

### Que faire si vos projets de voyage changent?

Si **vos** projets de voyage changent, communiquez avec **votre** agent, **votre** courtier ou Le Groupe Destination : Voyage Inc. au **1 855 337-3532** afin d'apporter les modifications nécessaires à **votre** assurance.

**Vous devez effectuer toutes les modifications avant la date d'entrée en vigueur de votre police.**

## Section 7 : Admissibilité

À la **date d'entrée en vigueur**, **vous** êtes admissible à la couverture si **vous** :

- a) êtes âgé d'au moins quinze **(15)** jours; et
- b) ne voyagez pas contrairement à l'avis d'un **médecin**; ou
- c) n'avez pas reçu un diagnostic de **maladie en phase terminale**; ou
- d) n'avez pas reçu un diagnostic de cancer du pancréas, de cancer du foie ou de tout type de cancer ayant produit des métastases (s'étant propagé à un autre organe à partir de son foyer d'origine), et n'avez pas reçu de **traitement** pour l'une ou l'autre de ces affections; ou
- e) n'avez pas reçu de prescription d'oxygène à domicile ni utilisé d'oxygène à domicile au cours des douze **(12)** derniers mois; ou
- f) n'avez pas reçu de diagnostic d'**insuffisance cardiaque**; ou
- g) n'avez pas subi de transplantation d'un organe majeur (cœur, rein, foie ou poumon), ni de greffe de moelle osseuse ou de cellules souches; ou
- h) n'avez pas reçu de **traitement** de dialyse rénale au cours des douze **(12)** derniers mois; ou
- i) n'avez pas reçu un diagnostic d'anévrisme mesurant quatre **(4)** centimètres ou plus en longueur ou en diamètre et n'ayant pas été réparé chirurgicalement.

## Section 8 : Dates importantes de la police

### Date de prise d'effet de la couverture

La **date d'entrée en vigueur** correspond à la date et à l'heure auxquelles la couverture débute. L'assurance commence à la **plus récente** des éventualités suivantes :

1. la date et l'heure auxquelles la proposition d'assurance remplie et la prime sont acceptées par Le Groupe Destination : Voyage Inc. ou son agent/courtier; ou
2. la date indiquée comme **date d'entrée en vigueur** dans **votre confirmation de couverture**; ou
3. la date et l'heure auxquelles **vous** quittez **votre pays d'origine**.

### REMARQUE IMPORTANTE

Si **votre date d'entrée en vigueur** est fixée à plus de trois **(3)** ans après la date de **votre** demande, **nous** annulerons **votre** police et **vous** rembourserons.

## Date d'échéance de la couverture

La **date d'échéance** correspond à la date et à l'heure auxquelles la couverture prend fin. La couverture prend fin à la date indiquée comme **date d'échéance** dans **vosre confirmation de couverture**.

### REMARQUE IMPORTANTE

La couverture commence à 0 h 00 à **vosre date d'entrée en vigueur** et prend fin à 23 h 59 à **vosre date d'échéance**.

## Section 9 : Délai de carence

Le délai de carence suivant s'applique, et aucune réclamation ne sera payable à l'égard d'une **maladie** dont les **signes ou symptômes** sont apparus dans les délais suivants :

- **quarante-huit (48) heures** après la **date d'entrée en vigueur**, si **vous** souscrivez cette assurance **dans les trente (30) jours** suivant la date de **vosre départ de vosre pays d'origine**;
- **sept (7) jours** après la **date d'entrée en vigueur**, si **vous** souscrivez cette assurance **trente (30) jours ou plus** après la date à laquelle **vous** avez quitté **vosre pays d'origine**.

Toute **maladie** qui se manifeste au cours du délai de carence mentionné précédemment n'est pas couverte, même si les frais afférents sont engagés une fois le délai de carence terminé.

Il est toutefois entendu que le délai de carence ne s'applique pas si la souscription à cette assurance s'effectue :

- avant la date de départ de **vosre pays d'origine**; ou
- avant la **date d'échéance** de **vosre** police du régime Destination : Canada pour les visiteurs au Canada, et qu'il n'y ait aucune interruption ni aucune lacune de couverture; ou
- avant la **date d'échéance** de toute autre couverture d'assurance maladie existante et qu'il n'y ait aucune interruption ni aucune lacune de couverture.

### REMARQUE IMPORTANTE

En cas de demande de règlement, **vous** devez fournir une preuve satisfaisante de **vosre** couverture d'assurance antérieure afin que le délai de carence soit levé.

## Section 10 : Objet de l'assurance

En contrepartie de la demande d'assurance et du paiement de la prime appropriée, et sous réserve des modalités, conditions, restrictions et exclusions de la présente police, si **vous** engagez des frais admissibles pour une **hospitalisation d'urgence** ou pour des soins ou services médicaux d'**urgence** à la suite d'un **problème de santé** survenant pendant la **période de couverture**, l'**assureur** convient de verser des prestations jusqu'à concurrence du montant assuré choisi au moment de la proposition d'assurance. **Nous** verserons les prestations jusqu'à concurrence des montants prévus par la présente police pour les coûts **raisonnables et habituels** liés aux frais admissibles, après déduction de toute **franchise** applicable et des montants autorisés et/ou versés par tout autre régime d'assurance. **Vous** devez, en tout temps pendant que **vous** êtes couvert au titre de la présente police, agir avec prudence afin de réduire au minimum les coûts engagés par **nous**.

## Section 11 : Limites de la couverture

Le montant de la **franchise** (si applicable) figure sur **votre confirmation de couverture** et s'applique à chaque réclamation. **Vous** serez responsable de toutes les dépenses qui ne sont pas payables par l'**assureur**. Les détails propres à **votre** police figurent dans **votre confirmation de couverture**, laquelle fait partie intégrante de **votre** police.

**Vous** devez communiquer avec l'**administrateur de l'assistance et des réclamations** au **1 855 286-7467** (sans frais au Canada et aux États-Unis) ou au **+1 519 913-8034 (à frais virés lorsque ce service est offert)** avant d'obtenir un **traitement d'urgence** afin que **nous** puissions :

- confirmer la couverture;
- préapprouver le **traitement**.

S'il **vous** est impossible d'un point de vue médical d'appeler l'**administrateur de l'assistance et des réclamations** avant de recevoir un **traitement d'urgence**, **nous vous** demandons de faire appeler une autre personne en **votre** nom dès que possible. Sinon, si **vous** ne communiquez pas avec l'**administrateur de l'assistance et des réclamations** avant de recevoir un **traitement d'urgence**, **vous** devrez assumer vingt pour cent (**20 %**) des frais médicaux admissibles que **nous** aurions normalement payés au titre de cette assurance.

L'**assureur** se réserve le droit, si cela est raisonnable, de **vous** transférer à tout **hôpital** approprié ou d'organiser **vos** transport vers **vos pays d'origine** à la suite d'une **urgence**. Si **vous** refusez un transfert ou un transport après avoir été déclaré médicalement apte à voyager, les frais continus engagés après ce refus ne seront pas couverts et leur paiement deviendra **vos** entière responsabilité. L'assurance prendra fin dès **vos** refus et **vous** ne bénéficierez d'aucune couverture pendant le reste de la période **assurée**.

L'**administrateur de l'assistance et des réclamations**, l'**assureur**, Le Groupe Destination : Voyage Inc. ainsi que ses agents et courtiers n'assument aucune responsabilité à l'égard de ce qui suit :

1. la qualité de tout **traitement** médical ou service, ou de tout établissement fournissant un tel **traitement** médical ou service;
2. la disponibilité de tout **traitement** médical, service ou établissement offrant un tel **traitement** médical ou service;
3. l'omission ou l'incapacité d'un **assuré** d'obtenir ou de rechercher un **traitement** médical; ou
4. les résultats de tout **traitement** médical reçu ou l'absence d'obtention de services médicaux.

Sous réserve des modalités, conditions, restrictions et exclusions de la présente police, les prestations payables relativement à ces frais sont décrites à la **Section 12 : Prestations – Détails de votre couverture**.

## **Section 12 : Prestations – Détails de votre couverture**

### **1. Soins médicaux d'urgence**

L'**assureur** convient de payer pour les services, les fournitures ou les **traitements** suivants en lien avec une **blessure** ou une **maladie** assurée lorsqu'ils sont dispensés et autorisés par un professionnel de la santé qui ne **vous** est pas apparenté par le sang ou par alliance :

- a) les services d'**urgence** fournis par un **médecin**, un chirurgien ou un anesthésiologiste dûment autorisé;
- b) les services privés d'un infirmier autorisé, approuvés au préalable par l'**administrateur de l'assistance et des réclamations**, jusqu'à concurrence de **10 000 \$**;
- c) les services d'un physiothérapeute, chiropraticien, ostéopathe, chiropodiste ou podiatre dûment autorisé, lorsqu'ils sont prescrits par le **médecin traitant** pour le **traitement** d'une **blessure** couverte, **jusqu'à concurrence de 500 \$ par catégorie de praticien paramédical pour un traitement dispensé en consultation externe**;

- d) les analyses de laboratoire et/ou examens radiologiques prescrits par un **médecin** à des fins diagnostiques, lorsqu'ils sont effectués au moment de **l'urgence** initiale;
- e) l'utilisation d'un service ambulancier local agréé aérien, terrestre ou maritime (y compris pour un sauvetage en montagne ou en mer) pour se rendre à l'**hôpital** le plus proche, quand cela est raisonnable et nécessaire, lorsque l'**administrateur de l'assistance et des réclamations** donne au préalable son autorisation et se charge de prendre les dispositions nécessaires;
- f) la location de béquilles ou d'un modèle de lit d'**hôpital**, jusqu'à concurrence du prix d'achat de ces articles, et l'achat d'attelles, de bandages herniaires, d'appareils orthopédiques et d'autres prothèses approuvées;
- g) les services aux patients externes d'**urgence** fournis par un **hôpital**;
- h) les médicaments, prescrits par un **médecin** en consultation externe, pour **vos soins médicaux d'urgence** couverte. **Cette prestation est limitée à une provision unique de trente (30) jours par ordonnance et à un maximum de 1 000 \$ par police.** Les frais engagés pour des vitamines, des préparations vitaminiques ou des médicaments en vente libre ne sont pas couverts par la présente police.

## 2. Hospitalisation d'urgence

L'**assureur** convient de payer les frais d'**hospitalisation** en chambre à deux lits ainsi que les services et fournitures **raisonnables et habituels** nécessaires à **vos soins médicaux d'urgence** pendant **vos soins médicaux d'urgence** à titre de patient interne, y compris les médicaments administrés pendant **vos soins médicaux d'urgence**.

## 3. Transport médical d'urgence avec accompagnement médical

Lorsque cela est nécessaire, l'**assureur** accepte de prendre en charge les frais de **vos soins médicaux d'urgence** transport vers **vos soins médicaux d'urgence** lorsqu'une **consultation médicale** immédiate est requise en raison d'une **maladie** ou d'une **blessure d'urgence** couverte. L'**administrateur de l'assistance et des réclamations** doit donner au préalable son autorisation et se charger de prendre les dispositions nécessaires pour tout transport médical d'**urgence**, notamment le transport ambulancier aérien, le billet d'avion aller simple en classe économique, la civière et/ou les services d'un préposé médical qualifié (autre qu'un **membre de la famille** ou un ami proche).

#### 4. Transport d'amis ou de membres de la famille

L'**assureur** convient de payer jusqu'à concurrence de **3 000 \$** pour le transport aller-retour, en classe économique par l'itinéraire le plus court, d'un **membre de la famille** ou d'un proche, et jusqu'à **1 000 \$** pour les frais raisonnables engagés par cette personne après son arrivée, si :

- a) **vous** êtes hospitalisé en raison d'une **maladie** ou d'une **blessure** assurée et si le **médecin** traitant recommande la présence de cette personne; ou
- b) les autorités locales exigent, en vertu de la loi, que cette personne identifie **votre** corps si **vous** décédez des suites d'une **maladie** ou d'une **blessure** assurée.

#### 5. Accompagnateur

Si **vous** êtes hospitalisé pendant quarante-huit (**48**) heures consécutives ou plus à la suite d'une **urgence**, l'**assureur** convient de payer jusqu'à concurrence de **50 \$** par jour, sous réserve d'un maximum de **500 \$**, pour les services d'un accompagnateur, autre qu'un **membre de la famille** ou un ami proche, afin de prendre soin de **vos compagnons de voyage** qui **vous** accompagnent et qui sont âgés de moins de dix-huit (**18**) ans ou qui présentent une incapacité physique ou mentale et dépendent de **vous** pour obtenir de l'aide.

#### 6. Visites de suivi

L'**assureur** convient de payer jusqu'à concurrence de **3 000 \$** pour que **vous** puissiez subir un examen de suivi destiné à vérifier les effets d'un **traitement** antérieur directement lié à l'**urgence** initiale, sauf pendant **votre hospitalisation**, et à condition que l'**urgence** initiale ait été signalée à l'**administrateur de l'assistance et des réclamations**. Les visites de suivi ne comprennent pas les **traitements** continus ou en cours, ni les tests exploratoires supplémentaires ou les examens d'investigation liés à l'**urgence** initiale.

#### 7. Soins dentaires à la suite d'un accident

L'**assureur** convient de payer, jusqu'à concurrence de **3 000 \$**, les frais **raisonnables et habituels** engagés pour un **traitement** ou des services dentaires d'**urgence** sur des dents naturelles entières ou saines (y compris celles qui sont recouvertes d'une couronne) à la suite d'un coup **accidentel** direct au visage. Tout **traitement** lié à une réclamation pour soins dentaires doit commencer et se terminer dans les quatre-vingt-dix (**90**) jours consécutifs suivant la survenance de l'**accident** et avant **votre** retour dans **votre pays d'origine**.

## 8. Services dentaires d'urgence

L'**assureur** convient de payer jusqu'à concurrence de **500 \$** pour le soulagement immédiat d'une douleur dentaire aiguë causée par une **urgence** dentaire autre qu'un coup direct au visage. Les problèmes dentaires pour lesquels **vous** avez déjà reçu un **traitement** ou obtenu des conseils ne sont pas couverts. Tout **traitement** lié à une réclamation pour soins dentaires doit commencer et se terminer dans les quatre-vingt-dix (**90**) jours consécutifs suivant le début de l'**urgence** et doit être complété pendant la **période de couverture** et avant **votre** retour dans **votre pays d'origine**.

## 9. Repas et hébergement

Si **vous** ou **vos** compagnons de voyage couverts séjournez dans un **hôpital** à la date prévue de **votre** retour au domicile, l'**assureur** convient de payer jusqu'à concurrence de **150 \$** par jour, sous réserve d'un maximum de **1 500 \$**, ou pendant un maximum de dix (**10**) jours. L'**assureur** paiera les frais d'une chambre d'hôtel ou de motel ou un gîte touristique lorsqu'il est autorisé en vertu de la loi de sa juridiction, les repas, les frais de garde d'enfants (âgés de moins de dix-huit (**18**) ans ou étant des **compagnons de voyage** qui, en raison d'une incapacité physique ou intellectuelle, comptent sur **votre** aide), les frais téléphoniques et de taxi essentiels engagés par **vous** ou tout autre **compagnon de voyage** couvert. L'**assureur** remboursera ces frais uniquement si **vous** les avez effectivement payés.

### REMARQUE IMPORTANTE

Les frais doivent être appuyés par les reçus originaux détaillés provenant d'organisations commerciales afin d'obtenir leur remboursement par l'**assureur**.

## 10. Retour d'urgence au domicile sans accompagnement médical

Si une **maladie** ou une **blessure** couverte exige **votre** retour au domicile pendant la **période de couverture**, l'**assureur** accepte de payer jusqu'à concurrence de **3 000 \$** pour les frais supplémentaires d'un transport aller simple en classe économique par l'itinéraire le plus direct vers **votre pays d'origine**, lorsque ce transport a été approuvé au préalable et organisé par l'**administrateur de l'assistance et des réclamations**. Cette prestation couvre également un **membre de la famille** couvert.

## 11. Retour du défunt

En cas de décès attribuable à une **maladie** ou à une **blessure** couverte, l'**assureur** convient de rembourser jusqu'à concurrence :

- a) de **10 000 \$** pour les frais engagés afin de préparer et de retourner **vosre** dépouille dans un contenant de transport standard vers **vosre pays d'origine**;  
ou
- b) de **4 000 \$** pour la crémation ou l'inhumation à l'endroit du décès. Les frais relatifs à un cercueil, une urne, une pierre tombale, des fleurs ou une réception ne sont pas couverts.

## 12. Décès et mutilation accidentels

L'**assureur** convient de payer jusqu'à concurrence du montant d'assurance choisi au moment de la proposition d'assurance, sans dépasser **150 000 \$**, pour la perte de la vie, d'un membre ou de la vue découlant directement d'une **blessure accidentelle**, survenue pendant la **période de couverture**, sauf au moment de monter à bord d'un aéronef, d'en descendre ou encore pendant le vol.

Les prestations de décès et mutilation **accidentels** sont versées en fonction du barème des pertes suivant :

- a) **100 %** du montant assuré si la même **blessure accidentelle** provoque la perte de :
  - i. la vie; ou
  - ii. la vue des deux yeux; ou
  - iii. deux mains; ou
  - iv. deux pieds; ou
  - v. une main et la vue d'un œil; ou
  - vi. un pied et la vue d'un œil.
  
- b) **50 %** du montant assuré si la même **blessure accidentelle** provoque la perte de :
  - i. la vue d'un œil; ou
  - ii. une main; ou
  - iii. un pied.

Par perte d'une main ou des mains, ou perte d'un pied ou des pieds, on entend la perte des mains ou des pieds au niveau ou au-dessus du poignet ou de la cheville respectivement.

Par perte d'un œil ou des yeux, on entend la perte complète et non recouvrable de la vue.

Un seul montant peut être versé (le plus élevé) si **vous** subissez plus d'une perte assurée.

### 13. Accident aérien

L'**assureur** convient de payer jusqu'à concurrence d'un montant assuré maximal de **50 000 \$** en cas de décès ou de mutilation (conformément au barème des pertes figurant à la **Section 12 : Prestations – Détails de votre couverture, décès et mutilation accidentels**) résultant d'un **accident** survenu pendant la **période de couverture** alors que **vous** montez à bord d'un avion ou d'un hélicoptère, que **vous** y prenez place ou que **vous** en descendez, dans le cadre d'un vol légalement exploité par un transporteur aérien public titulaire d'un permis, à titre de passager muni d'un billet payé.

### 14. Exposition aux éléments et disparition

Si **vous** êtes exposé aux éléments ou disparaîsez en raison d'un **accident**, la perte sera assurée dans les situations suivantes :

- a) si, en raison de l'exposition, **vous** subissez l'une des pertes décrites dans le barème des pertes figurant à la **Section 12 : Prestations – Détails de votre couverture, Décès et mutilation accidentels**; ou
- b) si  **votre** corps n'est pas retrouvé dans les cinquante-deux (**52**) semaines suivant la date de l'**accident**, on présumera que **vous** avez perdu la vie, à moins d'obtenir la preuve du contraire.

## 15. Voyage secondaire à l'extérieur du Canada

L'**assureur** accepte de fournir une couverture pour les frais de soins médicaux d'**urgence** que **vous** engagez au cours d'un **voyage** secondaire à l'extérieur du Canada, à condition que :

- a) la majeure partie de la **période de couverture** s'effectue au Canada (au moins cinquante et un pour cent (**51 %**) de **vos** **voyage**). Cette disposition peut ne pas s'appliquer dans certaines circonstances; consultez la section Prolongation de **vos** **voyage** à la page 40 pour plus de détails; et
- b) le **voyage** secondaire ne se déroule pas dans **vos** **pays d'origine**.

### REMARQUE IMPORTANTE

La présente police **vous** permet d'effectuer un retour temporaire dans **vos** **pays d'origine**. Aucune couverture d'assurance ne sera offerte dans **vos** **pays d'origine**. Si **vous** recevez un **traitement** pendant ce retour temporaire, tout **traitement** lié à ce **problème de santé** ne sera également pas couvert pendant le reste de la **période de couverture**.

## Section 13 : Exclusions – Détails de ce qui n’est pas couvert

La présente police ne prévoit aucune assurance ni aucune prestation pour les pertes ou dépenses engagées par suite de l’un ou l’autre des événements suivants, s’y rattachant, y étant associés de quelque façon que ce soit ou en découlant :

### 1. Problèmes de santé préexistants

Option 1 : **Protection à l’égard des problèmes de santé préexistants stables**

- a) Si vous êtes âgé de cinquante-neuf **(59)** ans ou moins à la date de la proposition d’assurance : tout **problème de santé préexistant**, à moins qu’il n’ait été **stable** au cours des quatre-vingt-dix **(90)** jours consécutifs précédant immédiatement la **date d’entrée en vigueur**; ou
- b) Si vous êtes âgé de soixante **(60)** à soixante-neuf **(69)** ans à la date de la proposition d’assurance : tout **problème de santé préexistant**, à moins qu’il n’ait été **stable** au cours des cent vingt **(120)** jours consécutifs précédant immédiatement la **date d’entrée en vigueur**; ou
- c) Si vous êtes âgé de soixante-dix **(70)** à soixante-dix-neuf **(79)** ans à la date de la proposition d’assurance : tout **problème de santé préexistant**, à moins qu’il n’ait été **stable** au cours des cent quatre-vingts **(180)** jours consécutifs précédant immédiatement la **date d’entrée en vigueur**; ou

Option 2 : Tout **problème de santé préexistant**.

### 2. Toute **maladie** dont les **signes ou symptômes** sont apparus avant ou pendant les délais de carence suivants :

- a) quarante-huit **(48)** heures après la **date d’entrée en vigueur** si **vous** avez souscrit cette assurance dans les trente **(30)** jours suivant **votre** date de départ de **votre pays d’origine**; ou
- b) sept **(7)** jours après la **date d’entrée en vigueur** si **vous** avez souscrit cette assurance trente **(30)** jours ou plus après **votre** date de départ de **votre pays d’origine**.

Le délai de carence ci-dessus sera annulé lorsque la présente assurance est souscrite :

- i. avant la date de départ de **votre pays d’origine**; ou
- ii. avant la **date d’échéance** de **votre** police du régime Destination : Canada pour les visiteurs au Canada existante et qu’aucun bris de couverture n’a lieu; ou
- iii. avant la **date d’échéance** de toute autre couverture existante et qu’il n’y ait aucune interruption de couverture.

**Vous** devrez présenter une preuve jugée suffisante de **votre** couverture d’assurance précédente.

3. Frais engagés en raison :
  - a) de la maladie d'Alzheimer ou d'une démence; et/ou
  - b) de tout sinistre résultant d'un **trouble mental ou émotionnel mineur**; et/ou
  - c) de **blessures** que **vous vous** êtes infligées volontairement, à moins qu'une attestation médicale n'établisse qu'elles sont liées à une maladie mentale.
  
4. Frais engagés en raison :
  - a) d'un **acte de guerre** ou d'un **acte de terrorisme**;
  - b) d'un enlèvement;
  - c) d'une émeute, d'une grève ou de troubles civils;
  - d) d'une présence illégale dans un pays;
  - e) de la participation à des manifestations;
  - f) de la participation à des activités des forces armées;
  - g) de la participation à une activité sexuelle commerciale;
  - h) de la perpétration ou de la tentative de perpétration d'une infraction criminelle ou d'un acte illégal; ou
  - i) du non-respect de toute loi ou de tout règlement applicable dans le lieu où le sinistre est survenu.
  
5. Toute **maladie** ou **blessure** lorsque le **voyage** est entrepris dans le but d'obtenir des conseils, un diagnostic, un **traitement**, une intervention chirurgicale, des examens, des soins palliatifs ou toute forme de thérapie parallèle, ainsi que toute complication qui y est liée directement ou indirectement.
  
6. Tout sinistre, tout décès ou toute **blessure** lorsque la preuve établit que **vous** étiez sous l'effet d'une substance ou que le **problème de santé** a été causé, favorisé ou influencé de quelque façon que ce soit par l'un des éléments suivants, ou y est lié :
  - a) l'abus d'alcool ou la consommation chronique d'alcool avant ou pendant la **période de couverture**; ou
  - b) la consommation de drogues interdites ou de tout autre produit intoxicant avant ou pendant la **période de couverture**; ou
  - c) le non-respect d'un **traitement** prescrit ou d'une thérapie médicale avant ou pendant la **période de couverture**; ou
  - d) l'usage abusif de médicaments avant ou pendant la **période de couverture**.
  
7. Toute **consultation médicale** ou tout **traitement** non **urgent**, expérimental ou facultatif, comme une chirurgie esthétique, y compris, mais sans s'y limiter, tous les frais directement ou indirectement liés aux complications qui en découlent.

8. Tout **traitement**, examen ou **hospitalisation** constituant la poursuite d'un **traitement d'urgence** administré pour un **problème de santé** ou faisant suite à celui-ci, à moins qu'il n'ait été approuvé au préalable par l'**administrateur de l'assistance et des réclamations**.
9. Tout **traitement** pouvant raisonnablement être reporté jusqu'à **votre** retour dans **votre pays d'origine** (que **vous** ayez ou non l'intention d'y retourner) par le prochain moyen de transport disponible, à moins d'avoir été approuvé au préalable par l'**administrateur de l'assistance et des réclamations**.
10. Toute **hospitalisation** ou tout service reçu aux fins d'un bilan de santé, tout **traitement** pour un **problème de santé** existant, des soins courants pour une maladie chronique, des soins reçus au domicile, des tests exploratoires, des services de réadaptation ou des soins ou un **traitement** continus liés à l'abus de drogues, d'alcool ou de toute autre substance.
11. Toute réadaptation ou tout soin de convalescence.
12. Toute **blesseure** résultant d'un entraînement en vue de participer à l'une des activités suivantes ou de la participation à l'une de celles-ci :
- a) des courses de vitesse au cours desquelles on dépasse habituellement de soixante **(60)** kilomètres-heure;
  - b) des compétitions sportives motorisées;
  - c) des cascades, exhibitions ou démonstrations de toutes sortes;
  - d) des activités sportives, si **vous** êtes considéré comme **professionnel** par le corps administratif de ce sport et que **vous** êtes rémunéré pour **votre** participation;
  - e) l'hélicisme ou le saut à ski;
  - f) le parachutisme, le vol libre;
  - g) la plongée en scaphandre autonome (sauf si accrédité par un organisme internationalement reconnu ou accepté par un programme comme NAUI ou PADI ou si la profondeur de la plongée ne dépasse pas les trente **(30)** mètres);
  - h) la descente en eaux vives (sauf dans le cas des rapides de classe un **(1)** à quatre **(4)**);
  - i) la luge de rue ou le skeleton;
  - j) l'alpinisme; ou
  - k) la participation à des rodéos.
13. Tout sinistre découlant d'une grossesse, d'un accouchement, d'un avortement, d'une fausse couche, ou de leurs complications.

- 14.** Tous frais engagés en raison de la naissance de **votre** enfant pendant un **voyage**.
- 15.** Toute **maladie** ou **blessure** provoquée par un **accident** routier, quand **vous** avez droit à des prestations en vertu d'un régime ou d'un programme public d'assurance automobile.
- 16.** Tout **traitement** ou service qui, en vertu de la loi, est interdit par le régime d'assurance **hospitalisation** ou d'assurance maladie d'une province ou d'un territoire.
- 17.** Tout **traitement** naturopathique, holistique ou d'acupuncture.
- 18.** Tous frais excédant les **coûts raisonnables et habituels** applicables dans la région où l'offre de **traitement** ou de services s'appliquent.
- 19.** Tout **acte terroriste** ou tout **problème de santé** dont **vous** souffrez ou que **vous** contractez lorsqu'un avis aux voyageurs officiel du gouvernement du Canada recommandant d'« éviter tout voyage non essentiel » ou d'« éviter tout voyage » a été émis à l'égard du pays, de la région ou de la ville constituant **votre** destination,
- a) avant la **date d'entrée en vigueur** de **votre** police; et/ou
  - b) pendant **votre voyage** secondaire à l'extérieur du Canada, si l'avis aux voyageurs officiel était en vigueur le jour de **votre** départ ou avant **votre** départ pour **votre voyage** secondaire à l'extérieur du Canada.

Pour consulter les avis aux voyageurs, visitez le site officiel du gouvernement du Canada consacré aux avis aux voyageurs.

### REMARQUE IMPORTANTE

Cette exclusion ne s'applique pas aux demandes de règlement découlant d'une **urgence** ou d'un **problème de santé** sans lien avec l'avis aux voyageurs.

- 20.** Tout sinistre survenu à l'extérieur du Canada lorsque **vous** n'avez pas passé la majeure partie de la **période de couverture** au Canada.
- 21.** Tout sinistre ayant eu lieu dans **votre pays d'origine**.

- 22.** Toute **maladie**, tout symptôme ou toute **blessure** qui s'est manifesté(e), qui a récidivé ou pour lequel/laquelle un **traitement** a été reçu pendant tout retour temporaire dans **votre pays d'origine** au cours de la **période de couverture**.
- 23.** Tout déplacement aérien, autrement qu'à titre de passager à bord d'un aéronef commercial autorisé à transporter des passagers payants, à l'exception d'un transport effectué conformément aux conditions prévues au titre de la prestation Transport médical d'**urgence** ou Retour d'**urgence** au domicile.
- 24.** Tout sinistre résultant du fait que **vous** êtes conducteur, exploitant, copilote, membre d'équipage ou tout autre passager d'un véhicule commercial utilisé pour la livraison de marchandises ou le transport d'une charge. La présente exclusion ne s'applique pas lors de l'utilisation du véhicule commercial pendant **votre voyage** uniquement à des fins d'agrément et l'absence de son utilisation pour la livraison de marchandises ou le transport d'une charge.
- 25.** Uniquement aux fins de la **Section 12 : Prestations – Détails de votre couverture, Décès et mutilation accidentels**, le fait d'être à bord d'un aéronef, soit à titre de passager ou de membre d'équipage, ou au moment d'y monter ou d'en descendre.

## **Section 14 : Définitions – Signification des termes importants**

Les termes définis ci-dessous ont chacun une signification particulière propre à la présente police (y compris la **confirmation de couverture** ainsi que tout avenant ou toute modification qui y est joint). Lorsque ces termes figurent en caractères gras, la définition qui leur est attribuée s'applique. Ces définitions s'appliquent aux termes indifféremment du nombre employé pour le terme défini.

**Accident (accidentel)** désigne un événement externe soudain, inattendu, imprévisible et inévitable, à l'exclusion d'une **maladie** ou d'une infection.

**Acte(s) de guerre** désigne toute perte ou tout dommage découlant directement ou indirectement de, occasionné par, par ou en conséquence de la guerre, de l'invasion, des actes d'ennemis étrangers, des hostilités ou des opérations de guerre (qu'elle soit déclarée ou non) par un gouvernement ou un état souverain, en utilisant du personnel militaire ou d'autres agents, la guerre civile, la rébellion, la révolution, l'insurrection ou la possibilité d'un pouvoir militaire.

**Acte(s) de terrorisme** désigne toute activité comportant une menace de recourir à la violence, le recours réel à la violence, tout acte dangereux ou menaçant ou l'usage de la force. L'application de cet acte vise le grand public, les gouvernements, les organisations, les biens, les infrastructures ou les systèmes électroniques.

L'objectif d'une telle activité est :

1. d'instiller la peur au sein du grand public;
2. de perturber l'économie;
3. d'intimider, de contraindre ou de renverser le gouvernement au pouvoir ou les autorités en place; et/ou
4. de servir des objectifs politiques, sociaux, religieux ou économiques.

**Administrateur de l'assistance et des réclamations** désigne la société mentionnée à la **Section 20 : Assistance et administration des réclamations fournies par** de la présente police, qui fournit les prestations d'assistance voyage d'**urgence** prévues au titre de la présente police.

**Assuré** désigne une personne admissible à la couverture et désignée dans la proposition d'assurance, qui a été acceptée par l'**assureur** ou son représentant autorisé et qui a payé la prime exigée pour un régime d'assurance donné.

**Assureur** désigne l'Assurances NLF – Succursale canadienne.

**Blessure** désigne un préjudice corporel soudain directement causé par un **accident** ou en résultant, cet accident étant un événement soudain et imprévu, à l'exclusion de tout préjudice corporel découlant d'un acte volontaire ou intentionnel, et indépendante de toute **maladie** ou de toute autre cause.

**Changement de médicament** signifie la réduction, l'augmentation, l'interruption du type de médicament, de la posologie ou de la fréquence d'administration et/ou la prescription de nouveaux médicaments; toutefois, un **changement de médicament** ne comprend pas :

1. les analyses sanguines régulières entraînant des ajustements courants de Coumadin, de warfarine ou d'insuline, tant qu'il n'y a pas de nouvelles prescriptions ou d'interruptions de ces médicaments; ou
2. le remplacement d'un médicament de marque par la même dose d'un médicament générique.

**Compagnon de voyage** désigne une personne qui **vous** accompagne pendant **votre voyage** et qui a payé à l'avance un hébergement ou un transport partagé avec **vous**. (Maximum de cinq **(5)** personnes, y compris **vous**.)

**Confirmation de couverture** désigne le ou les documents que **vous** recevez de Le Groupe Destination : Voyage Inc. pour confirmer la souscription de **votre** assurance, lesquels peuvent prendre la forme d'une lettre de **confirmation de couverture**, d'une proposition d'assurance ou d'une page de confirmation d'achat en ligne.

**Conjoint** désigne une personne légalement mariée avec **vous** ou une personne qui vit avec **vous** dans une relation conjugale de fait depuis au moins douze **(12)** mois consécutifs.

**Consultation médicale** désigne tout service médical obtenu auprès d'un **médecin** pour une **maladie**, une **blessure** ou un **problème de santé**, y compris notamment l'un ou l'ensemble des éléments suivants : l'anamnèse, l'examen médical, les tests exploratoires, les conseils ou le **traitement**, sans l'établissement d'un diagnostic définitif du **problème de santé**. Cela ne comprend pas les examens médicaux annuels de routine lorsqu'aucun **signe** ni **symptôme** médical n'existait ou n'a été constaté lors de l'examen.

**Date d'échéance** désigne la date et l'heure auxquelles la couverture prend fin, conformément à la **Section 8 : Dates importantes de la police**.

**Date d'entrée en vigueur** désigne la date et l'heure auxquelles la couverture entre en vigueur, comme indiqué à la **Section 8 : Dates importantes de la police**.

**Enfants à charge** désigne **vos** enfants non mariés qui, à la **date d'entrée en vigueur** :

1. sont financièrement à **votre** charge; et
2. sont âgés d'au moins quinze **(15)** jours; et
3. sont âgés de vingt et un **(21)** ans ou moins; ou
4. sont âgés de vingt-cinq **(25)** ans ou moins et fréquentent un établissement d'enseignement à temps plein; ou
5. sont, quel que soit leur âge, atteints d'une déficience mentale ou physique.

**Franchise** (le cas échéant) désigne le montant en dollars dont **vous** êtes responsable pour chaque réclamation avant tout remboursement des frais admissibles restants au titre de la présente assurance. Le montant de la **franchise** figure sur **votre confirmation de couverture** et s'applique à chaque réclamation.

**Hôpital** (y compris les termes **hospitalisation** et **hospitalier**), désigne un établissement autorisé à exercer à titre d'**hôpital** agréé, doté du personnel nécessaire et exploité pour fournir des soins et des **traitements** aux patients hospitalisés et aux patients externes. Les **traitements** doivent être supervisés par des **médecins** et des infirmiers autorisés doivent être en service vingt-quatre **(24)** heures sur vingt-quatre. L'établissement doit également disposer sur place, ou dans des installations qu'il contrôle, des capacités diagnostiques et chirurgicales nécessaires. Un **hôpital** ne comprend pas un établissement utilisé principalement comme clinique, établissement de soins prolongés ou palliatifs, centre de réadaptation, centre de **traitement** des dépendances, maison de convalescence, maison de repos, établissement de soins infirmiers, résidence pour personnes âgées ou centre de bien-être (spa).

**Insuffisance cardiaque** désigne un trouble cardiaque dans lequel la capacité du cœur à se remplir de sang ou à le pomper est réduite, entraînant une circulation sanguine inadéquate et des symptômes tels que l'essoufflement, la fatigue ou la rétention de liquide.

**Maladie** désigne toute **maladie** ou affection.

**Maladie en phase terminale** désigne un **problème de santé** pour lequel, avant la **date d'entrée en vigueur**, un **médecin** a établi un pronostic de décès éventuel dans les vingt-quatre **(24)** mois ou pour lequel des soins palliatifs ont été reçus.

**Médecin** désigne une personne :

1. qui n'est ni **vous**, ni un **membre de la famille** immédiate, ni **votre compagnon de voyage**; et
2. qui est autorisée à exercer dans le territoire où les services sont fournis et à prescrire et administrer des **traitements** médicaux.

**Membre de la famille** désigne **votre conjoint** légal ou de fait, **votre** père, **votre** mère, **votre** frère, **votre** sœur, **votre** tuteur légal, **votre** beau-père, **votre** belle-mère, **votre** beau-fils, **votre** belle-fille, **votre** demi-frère, **votre** demi-sœur, **votre** tante, **votre** oncle, **votre** nièce, **votre** neveu, **vos** grands-parents, **vos** petits-enfants, **vos** beaux-parents, **votre** pupille ainsi que **vos** enfants biologiques ou adoptés.

**Nous, notre, nos** désigne l'**assureur**.

**Pays d'origine** désigne le pays où **vous** aviez une résidence permanente avant **votre** entrée au Canada. Si **vous** n'aviez pas de résidence permanente avant **votre** entrée au Canada, **nous** utiliserons le pays où **vous** résidiez principalement.

**Période de couverture** désigne la période comprise entre la **date d'entrée en vigueur** et la **date d'échéance** indiquées sur la **confirmation de couverture** et pour laquelle la prime a été payée au moment de la proposition d'assurance. La **période maximale de couverture** par **voyage** ne peut dépasser un **(1)** an.

**Problème de santé** désigne une **maladie**, une **blessure**, une affection ou un **symptôme**.

**Problème de santé préexistant** désigne toute **maladie**, toute **blessure** ou tout **problème de santé**, qu'il ait ou non été diagnostiqué par un **médecin** :

1. à l'égard duquel **vous** avez présenté des **signes** ou des **symptômes**; ou
2. à l'égard duquel **vous** avez eu besoin d'une **consultation médicale** ou en avez reçu une; ou
3. qui existait avant la **date d'entrée en vigueur** de **votre** couverture.

**Professionnel** signifie que **vous** êtes considéré comme **professionnel** par le corps administratif du sport, que **vous** tirez la majeure partie de **vos** revenus de cette activité et que **vous** êtes rémunéré pour **votre** participation, que **vous** gagniez ou perdiez.

**Raisonnables et habituels** désigne les services habituellement fournis ou les coûts habituellement engagés pour les sinistres couverts, qui ne dépassent pas les pratiques ou les honoraires courants dans la région géographique où les services sont fournis ou les coûts engagés pour un **traitement**, des services ou des fournitures comparables relativement à une **maladie** ou une **blessure** semblable.

**Signes ou symptômes** désigne toute indication d'une **maladie** décelée par **vous** ou reconnue par observation médicale.

**Stable** signifie le constat d'un **problème de santé** comme **stable** lorsque tous les énoncés suivants sont vrais :

1. aucune prescription ou recommandation de nouveau **traitement** ni aucun apport de changement à un **traitement** existant (y compris l'arrêt d'un **traitement**) n'a lieu; et
2. aucun **changement de médicament** n'est survenu (y compris une augmentation ou une diminution de la posologie) et aucun nouveau médicament sur ordonnance n'a été recommandé ou commencé; et
3. le **problème de santé** ne s'est pas aggravé; et
4. aucun nouveau signe ou symptôme n'est apparu et les **signes ou symptômes** ne sont pas devenus plus fréquents ni plus graves; et
5. il n'y a eu aucune **hospitalisation** ni consultation auprès d'un spécialiste; et

6. aucun examen, aucune investigation ni aucun **traitement** n'a été recommandé sans être encore terminé, et aucun résultat d'examen n'est en attente; et
7. aucun **traitement** n'est prévu ni en attente.

### REMARQUE IMPORTANTE

**Nous** considérons un **problème de santé** comme **stable** lorsqu'il répond à toutes les conditions énoncées ci-dessus, aux points 1 à 7.

**Traitement** désigne toute intervention médicale, thérapeutique ou diagnostique prescrite, effectuée ou recommandée par un **médecin**, y compris, notamment, les médicaments prescrits, les tests exploratoires et les interventions chirurgicales.

### REMARQUE IMPORTANTE

Toute référence à des analyses, examens, résultats d'examens ou investigations exclut les tests génétiques. Par « test génétique », on entend l'analyse de l'ADN, de l'ARN ou des chromosomes à des fins telles que la prédiction de la **maladie** ou de la transmission verticale des risques, la surveillance, le diagnostic ou le pronostic.

**Trouble mental ou émotionnel mineur** désigne :

1. le fait de souffrir d'anxiété ou de crises de panique; ou
2. le fait d'être dans un état émotionnel ou une situation stressante.

Un **trouble mental ou émotionnel mineur** est un trouble pour lequel **votre traitement** comprend uniquement des tranquillisants légers ou des médicaments légers contre l'anxiété (anxiolytiques), ou aucun médicament prescrit.

**Urgence** désigne une **maladie** ou une **blessure** soudaine et imprévue qui survient pendant la **période de couverture** à l'extérieur de **votre pays d'origine**, qui nécessite un **traitement** immédiat par un **médecin** ou un dentiste autorisé et qui ne peut raisonnablement être reportée. Une **urgence** cesse d'exister lorsque les éléments de preuve examinés par l'**administrateur de l'assistance et des réclamations** indiquent qu'aucun autre **traitement** n'est requis et que **vous** êtes en mesure de poursuivre **votre voyage** ou de retourner à **votre** lieu de résidence habituel ou dans **votre pays d'origine**. Les frais engagés dans **votre pays d'origine** ne sont pas couverts.

**Vous, votre, vos** désigne l'**assuré**.

**Voyage** désigne une période pendant laquelle **vous** voyagez à l'extérieur de **votre pays d'origine** et pour laquelle une couverture est en vigueur.

## Section 15 : Primes

### Paiement unique de la prime

La prime totale est exigible et payable au moment de la proposition d'assurance. La prime est calculée selon les taux les plus récents applicables à **votre** âge chaque fois que **vous** souscrivez ou prolongez **votre** assurance.

### Paiement de la prime par versements mensuels

L'offre du paiement de la prime par versements mensuels s'applique uniquement aux proposants dont l'assurance répond minimalement aux conditions suivantes :

- a) une **période de couverture** minimale de cent quatre-vingts **(180)** jours;
- b) la souscription à un montant d'assurance global minimal de 50 000 \$.

Des frais supplémentaires de 10 \$ s'appliquent à chaque versement de prime effectué pendant toute la durée de la police.

### Calendrier du paiement de la prime par versements mensuels

1. Un premier paiement correspondant à deux versements de prime, payable par carte de crédit, est exigible au moment de la proposition d'assurance.
2. Un troisième versement de prime est payable à la **date d'entrée en vigueur** de la police, comme indiqué dans **votre** calendrier de paiement joint à **votre confirmation de couverture**.

Par la suite, les prélèvements périodiques par carte de crédit s'effectueront chaque mois selon le jour correspondant à la **date d'entrée en vigueur** de **votre** police. Si la **date d'entrée en vigueur** de **votre** police tombe le 29<sup>e</sup>, le 30<sup>e</sup> ou le 31<sup>e</sup> jour d'un mois, les versements de prime seront facturés le 28<sup>e</sup> jour de chaque mois.

### Pouvez-vous acquitter en totalité le paiement de la prime par versements mensuels en tout temps?

**Vous** pouvez payer le solde de la prime pour l'ensemble de la **période de couverture** en tout temps. Un montant unique de 10 \$ s'appliquera à des fins de **traitement** du paiement du solde de la prime.

## Que se passe-t-il si vous omettez un versement dans le cadre du paiement de la prime par versements mensuels?

Si Le Groupe Destination : Voyage Inc. n'est pas en mesure de prélever la somme exigible sur la carte de crédit en dossier, un avis de la part de [notify@desttravel.com](mailto:notify@desttravel.com) sera transmis sur-le-champ à l'adresse de courriel que **vous** avez indiquée sur **votre** proposition d'assurance. **Votre** agent ou **votre** courtier sera mis en copie conforme. **Vous** disposerez d'un délai de trente **(30)** jours à compter de la date de l'avis transmis par courriel pour verser la prime arriérée. Chaque paiement refusé entraîne la facturation de frais de **traitement** de 25 \$. Si **nous** sommes incapables de percevoir la prime, la résiliation de la police prendra effet à la date de fin de paiement des primes.

### REMARQUE IMPORTANTE

Une fois **votre** police résiliée, **vous** n'aurez pas la possibilité de la remettre en vigueur, et aucun délai de grâce ne sera consenti.

## Prime de la couverture familiale

Une famille comprend le proposant âgé de cinquante-neuf **(59)** ans ou moins, le **conjoint** du proposant âgé de cinquante-neuf **(59)** ans ou moins, ainsi que les **enfants à charge**. La prime pour la couverture familiale correspond à deux fois la prime applicable à l'adulte le plus âgé âgé de cinquante-neuf **(59)** ans ou moins. Une prime minimale de 25 \$ s'applique. Les dates de couverture doivent être les mêmes pour tous les membres de la famille.

## Que se passe-t-il s'il y a report de votre date d'arrivée au Canada?

S'il y a report ou annulation de la date d'arrivée, **vous** devez communiquer avec **votre** agent ou courtier **avant** la **date d'entrée en vigueur** afin de :

- modifier la **date d'entrée en vigueur** de la police pour une date ultérieure; ou
- demander le remboursement de la prime payée conformément à la **Section 18 : Remboursements de prime**, de la présente police.

## Que se passe-t-il si le gouvernement du Canada délivre un permis d'entrée qui diffère de celui pour lequel vous avez présenté une demande?

Si le gouvernement du Canada **vous** délivre un permis d'entrée qui diffère de celui pour lequel **vous** avez présenté une demande, **vous** pouvez :

- demander le remboursement de toute prime payée conformément à la **Section 18 : Remboursements de prime**, de la présente police; ou
- passer de l'option de paiement de la prime par versements mensuels à l'option de paiement intégral.

### REMARQUE IMPORTANTE

**La réception de toute demande s'effectue avant la date d'entrée en vigueur de votre police.** **Vous** devez présenter une preuve démontrant la différence du permis d'entrée.

## Section 16 : Renseignements juridiques

### Dispositions générales

#### Affectation

L'**assuré** ne peut céder la police ni aucun droit prévu par celle-ci sans **notre** consentement écrit préalable donné au moyen d'un avenant à la présente police. Ni l'assurance offerte au titre de la présente police ni les prestations payables au titre de celle-ci ne peuvent être cédées.

Nonobstant toutes les autres dispositions qu'elle contient, la présente police est assujettie aux dispositions de la Loi sur les assurances régissant les contrats d'assurance **accidents** et **maladies**, telles qu'elles s'appliquent dans **votre** province ou territoire de résidence.

#### Avenants

Seuls une modification écrite ou un avenant joint et signé par un représentant autorisé de l'**assureur** peuvent venir modifier la présente police. La modification de la police s'effectue sans le consentement d'un **assuré**.

#### Conditions générales

Les conditions de la police peuvent être modifiées, sans préavis, à chaque nouvelle police souscrite. La présente police est sans participation. **Vous** n'avez droit à aucune part de l'excédent ou des bénéfices de l'**assureur**.

## Conformité à la loi

Toute disposition de la présente police qui est incompatible avec une loi fédérale, provinciale, territoriale ou toute autre loi applicable au lieu de résidence d'un **assuré** est modifiée de façon à respecter les exigences minimales de cette loi.

L'**assureur** ne sera pas tenu d'accorder une couverture ni d'effectuer un paiement au titre de la présente police si cela devait contrevenir à une loi ou à un règlement relatif aux sanctions et exposer l'**assureur**, sa société mère ou son entité de contrôle ultime à une pénalité en vertu d'une telle loi ou d'un tel règlement.

## Contrat

La proposition d'assurance, la lettre de **confirmation de couverture**, la présente police, tout document joint à celle-ci lors de son émission ainsi que toute modification au contrat convenue par écrit après l'émission de la police constituent l'intégralité du contrat. Aucun agent n'est autorisé à modifier le contrat ni à renoncer à l'une quelconque de ses dispositions.

**Le Groupe Destination : Voyage Inc., au nom de l'assureur, se réserve le droit de refuser toute demande visant l'obtention de nouvelles modalités de couverture.**

Aucune condition de la présente police n'est réputée avoir fait l'objet d'une renonciation, en tout ou en partie, à moins que cette renonciation ne soit clairement exprimée et signée par **nous**.

## Coordination des prestations

Les montants payables au titre de la présente police s'ajoutent à toute autre couverture existante en vigueur dont **vous** bénéficiez ou à laquelle **vous** avez accès, y compris, mais sans s'y limiter, une assurance habitation, une assurance locataire, une assurance multirisque, une assurance offerte par une carte de crédit, une assurance responsabilité civile, une assurance maladie collective ou individuelle de base ou complémentaire, un régime gouvernemental ou provincial d'assurance maladie ou tout régime privé ou programme public d'assurance automobile offrant une couverture **hospitalière**, médicale ou thérapeutique.

Si un **assuré** est couvert par plus d'un régime d'assurance prévoyant le remboursement de frais pour soins médicaux, l'**administrateur de l'assistance et des réclamations**, au nom de l'**assureur**, coordonnera les prestations conformément aux lignes directrices de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes. En aucun cas le total des indemnités versées par l'ensemble des régimes ne pourra dépasser cent pour cent (**100 %**) des frais admissibles.

**Nous** ne verserons aucune prestation pour rembourser des dépenses, des services ou des fournitures pour lesquels **vous** avez droit à des prestations au titre d'une police ou d'un régime public d'assurance automobile prévoyant des prestations sans égard à la faute établis par une loi sur les assurances ou pour lesquels **vous** avez reçu des prestations d'un tiers au titre d'une police ou d'un régime public d'assurance automobile, à moins que de telles prestations ne soient épuisées.

L'**assuré** doit divulguer toute autre couverture d'assurance au moment de la présentation d'une réclamation. Le défaut de fournir ces renseignements peut entraîner un retard dans le **traitement** de la demande ou un refus de prestations.

Si **vous** êtes retraité et bénéficiez d'un régime d'assurance maladie prolongé offert par un ancien employeur comportant une limite viagère pouvant atteindre **100 000 \$**, l'**administrateur de l'assistance et des réclamations**, au nom de l'**assureur**, ne coordonnera pas les prestations avec ce fournisseur, sauf en cas de **votre** décès.

## Devise

Tous les montants indiqués dans la présente police, y compris la prime, sont exprimés en dollars canadiens.

Lorsqu'une conversion de devises est nécessaire, l'**administrateur de l'assistance et des réclamations** utilisera le taux de change en vigueur à la date à laquelle le service **vous** a été fourni.

Au choix de l'**administrateur de l'assistance et des réclamations**, les prestations peuvent être versées dans la devise du pays où le sinistre s'est produit.

## Droit au remboursement (subrogation)

Comme condition au versement de prestations au titre de la présente police, **vous** acceptez :

1. de rembourser à l'**assureur** tous les frais pour soins médicaux d'**urgence** et frais d'**hospitalisation** payés au titre de la police à même toute somme que **vous** recevez d'un tiers responsable, en tout ou en partie, de **votre blessure** ou de **votre maladie**, que cette somme soit versée en vertu d'un jugement ou d'un règlement à l'amiable;
2. d'intenter une action contre le tiers afin de recouvrer **vos** dommages, lorsque cela est raisonnable, y compris les frais pour soins médicaux d'**urgence** et les frais d'**hospitalisation** payés au titre de la police;
3. d'inclure tous les frais pour soins médicaux d'**urgence** et frais d'**hospitalisation** payés au titre de la police dans tout règlement à l'amiable que **vous** avez conclu avec le tiers;

4. d'agir raisonnablement afin de préserver le droit de l'**assureur** d'être remboursé des frais pour soins médicaux d'**urgence** ou des frais d'**hospitalisation** payés au titre de la police;
5. de tenir l'**assureur** informé de l'évolution de toute action intentée contre le tiers; et
6. d'informer **votre** conseiller juridique du droit au remboursement de l'**assureur** prévu par la présente police.

Les obligations qui **vous** incombent en vertu de la présente section ne limitent en rien le droit de l'**assureur** d'exercer, en **votre** nom, un recours subrogatoire contre le tiers, et **vous** acceptez de collaborer pleinement avec l'**assureur** si celui-ci décide d'exercer son droit de subrogation.

### Fausse déclaration ou non-divuligation

**Nous** ne paierons aucune réclamation si **vous**, un **assuré** couvert par la présente police ou toute personne agissant en **votre** nom tentez de **nous** tromper ou présentez une déclaration ou une réclamation frauduleuse, fausse ou exagérée.

**Vous** devez en tout temps faire preuve d'exactitude et d'exhaustivité dans **vos** communications avec **nous**.

À la discrétion de l'**assureur**, la totalité du contrat sera nulle et non avenue, et aucune réclamation présentée au titre de celui-ci ne sera payable, si **vous** commettez une fraude, si **vous** omettez de divulguer des faits importants ou si **vous** faites une déclaration trompeuse au moment de la demande d'assurance ou au moment de présenter une réclamation.

**Nous** ajusterons les primes en fonction de **votre** âge, en cas d'erreur concernant **votre** âge, à condition que **votre** âge soit dans les limites assurables de cette police.

### Heure

La présente police est régie selon l'heure locale de la province ou du territoire canadien où elle a été émise.

### Loi applicable

La présente police est régie par les lois de la province ou du territoire canadien où elle a été émise.

## Limite de responsabilité

La responsabilité de l'**assureur** au titre de la présente police est limitée aux montants payables conformément aux modalités, conditions et limitations qui y sont prévues. L'**assureur** n'est responsable d'aucun dommage indirect, consécutif ou punitif découlant d'une réclamation présentée au titre de la présente police. Une condition préalable à l'engagement de la responsabilité de l'**assureur** au titre de la présente police est qu'au moment de la proposition d'assurance et à la **date d'entrée en vigueur**, **vous** n'avez connaissance d'aucune raison de consulter un **médecin**.

## Précautions raisonnables

L'**assuré** doit prendre et avoir pris toutes les précautions raisonnables pour prévenir tout **accident** ou toute **urgence** médicale pouvant donner lieu à une réclamation au titre de la police, notamment en respectant toute loi, tout règlement, tout arrêté ou tout autre texte applicable concernant la sécurité des personnes ou des biens.

## Prescription des actions

Toute action ou procédure intentée contre un **assureur** en vue du recouvrement de sommes d'assurance payables au titre du contrat est absolument irrecevable à moins d'être intentée dans le délai prévu par l'Insurance Acta (pour les actions ou procédures régies par les lois de l'Alberta et de la Colombie-Britannique), l'Insurance Acta (pour les actions ou procédures régies par les lois du Manitoba), Loi de 2002 sur la prescription des actions (pour les actions ou procédures régies par les lois de l'Ontario), la Limitations Act (pour les actions ou procédures régies par les lois de la Saskatchewan) ou toute autre loi applicable. Dans le cas d'actions en justice ou de procédures judiciaires régies par les lois du Québec, le délai de prescription est énoncé dans le Code civil du Québec.

Toute action ou procédure intentée contre l'**assureur** en vue du recouvrement d'une réclamation au titre du présent contrat doit être intentée dans un délai maximal d'un **(1)** an suivant la date à laquelle les sommes assurées sont devenues payables ou l'auraient été si la demande avait été valide (pour les actions ou procédures régies par les lois du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse, de Terre-Neuve-et-Labrador et de l'Île-du-Prince-Édouard).

Toute action ou procédure intentée contre l'**assureur** en vue du recouvrement d'une réclamation au titre du présent contrat doit être intentée dans un délai maximal de deux **(2)** ans suivant la date à laquelle les sommes assurées sont devenues payables ou l'auraient été si la demande avait été valide (pour les actions ou procédures régies par les lois du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut).

## Présentation d'une réclamation

**Vous**-même ou le demandeur, lorsqu'il ne s'agit pas de **vous**, êtes responsable de fournir à l'**administrateur de l'assistance et des réclamations** les éléments suivants :

1. les reçus, émis par des établissements commerciaux, de tous les frais médicaux engagés et une liste détaillée de tous les services médicaux dispensés; et
2. une preuve de tout paiement effectué au titre d'un autre régime d'assurance ou contrat, y compris un régime public d'assurance **hospitalisation** ou d'assurance maladie; et
3. toute documentation médicale justificative demandée par l'**administrateur de l'assistance et des réclamations**.

Le défaut de fournir les documents justificatifs requis entraînera l'invalidation de toute réclamation présentée au titre de la présente assurance.

## Prolongation automatique de la garantie

1. **Retard du moyen de transport** : la présente couverture est automatiquement prolongée pour une période maximale de soixante-douze **(72)** heures en cas de retard, pendant la **période de couverture**, d'un moyen de transport sur lequel **vous** voyagez ou deviez voyager à titre de passager, lorsque ce retard échappe à **votre** contrôle. Le retard doit survenir avant la **date d'échéance**. Moyen de transport désigne un avion, un train, un autobus, un véhicule ou un traversier.
2. **Inaptitude médicale à voyager** : le prolongement de la couverture peut être automatiquement prolongée, jusqu'à concurrence de cinq **(5)** jours. Pour ce faire, **vous** devez présenter une attestation médicale qui prouve **votre** inaptitude à effectuer des déplacements en raison d'une **maladie** ou d'une **blessure** assurée survenue à la **date d'échéance** de l'assurance ou avant cette date.
3. **Hospitalisation** : **votre hospitalisation** à la fin de la **période de couverture**, en raison d'une **maladie** ou d'une **blessure** couverte, entraîne le prolongement de la couverture pour **vous** et pour un **(1) compagnon de voyage** couvert qui demeure avec **vous**, le cas échéant. Ce prolongement doit être raisonnable et nécessaire, pendant toute la durée de l'**hospitalisation** ainsi que pendant les soixante-douze **(72)** heures suivant **votre** congé afin de **vous** permettre de rentrer chez **vous**. Le prolongement de la couverture de **votre compagnon de voyage** ne s'effectue qu'au titre de sa propre police lorsqu'elle a été émise par **nous**.

### REMARQUE IMPORTANTE

**Nous** n'exigerons aucune surprime dans le cas d'une prolongation automatique de la garantie.

## Prolongation de votre voyage

Si **vous** décidez de prolonger **votre voyage**, **vous** pouvez demander une nouvelle **période de couverture**, à condition de satisfaire aux exigences d'admissibilité énoncées à la **Section 7 : Admissibilité** de la présente police.

Chaque police ou **période de couverture** est considérée comme un contrat distinct, et toutes les **nouvelles modalités, restrictions et exclusions s'appliqueront.**

Si **vous** avez présenté une réclamation, Le Groupe Destination : Voyage Inc., au nom de l'**assureur**, examinera **votre** dossier avant de décider d'accorder ou non une prolongation.

**Si vous décidez de prolonger votre voyage, veuillez communiquer avec votre agent, votre courtier ou Le Groupe Destination : Voyage Inc. au 1 855 337-3532.**

### REMARQUE IMPORTANTE

**Couverture à l'extérieur du Canada :** si **vous** prolongez **votre voyage** dans le but de retourner dans **votre pays d'origine**, **vous** serez assuré pendant **votre** déplacement à l'extérieur du Canada, même si **vous** ne passez pas la majeure partie de la **période de couverture** au Canada, pourvu que :

1. la police soit souscrite au plus tard à la **date d'échéance** d'une police existante du régime Destination : Canada pour les visiteurs au Canada; et
2. le nombre de jours de déplacement pour **vous** rendre dans **votre pays d'origine** ne dépasse pas trois **(3)** jours.

Aucune couverture ne sera offerte dans **votre pays d'origine**, quelles que soient les circonstances.

## Versements des prestations

Sauf indication contraire, toutes les dispositions de la présente police s'appliquent à chaque **assuré** admissible pendant une même **période de couverture**.

Les prestations ne sont payables qu'au titre d'une seule police pour chaque **assuré** pendant la **période de couverture**. Si l'**assuré** détient plus d'une police auprès de l'Assurances NLF – Succursale canadienne, **nous** utiliserons celle comportant le montant assuré le plus élevé.

Les prestations ne sont payables qu'au titre du régime et du montant assuré expressément choisis, payés et acceptés par l'**assureur** au moment de la proposition d'assurance, et indiqués dans **votre** lettre de **confirmation de couverture**.

Les prestations payables au titre de la présente police ne comprennent aucun intérêt.

Les prestations payables à la suite de **votre** décès seront payables à **votre** succession.

## Section 17 : Conditions légales

### Avis de sinistre et preuve de réclamation

Veillez consulter la **Section 4 : Information sur les réclamations**, de la présente police pour obtenir tous les détails. Si **vous** ne fournissez pas les documents justificatifs exigés, **votre** réclamation ne sera pas payée.

### Copie de la proposition d'assurance

Sur demande, l'**assureur vous** remettra, ou remettra à un demandeur aux termes du contrat, une copie de la proposition d'assurance.

### Date d'exigibilité des sommes

L'**assureur** versera toute somme payable au titre du présent contrat dans les soixante **(60)** jours suivant la réception de la preuve de réclamation.

### Défaut de fournir un avis ou une preuve

Le défaut de fournir un avis de sinistre ou une preuve de réclamation dans les délais prescrits n'invalide pas la demande si :

1. l'avis ou la preuve est fourni dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, mais au plus tard un **(1)** an après la date de l'**accident** ou la date à laquelle une réclamation prend naissance au titre du contrat en raison d'une **maladie** ou d'une invalidité, s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de fournir cet avis ou cette preuve dans le délai prescrit; ou
2. dans le cas de **votre** décès, lorsqu'une déclaration de présomption de décès est nécessaire, l'avis ou la preuve est fourni au plus tard un **(1)** an après la date à laquelle un tribunal rend cette déclaration.

### Droits d'examens

Aux fins de la détermination de la validité d'une réclamation au titre de la présente police, **nous** pouvons obtenir et examiner les dossiers médicaux de **votre** ou de **vos médecins** traitants, y compris ceux de **votre** ou de **vos médecins** habituels dans **votre pays d'origine**. **Nous** pouvons utiliser ces dossiers médicaux pour déterminer la validité d'une réclamation, que leur contenu **vous** ait été communiqué ou non avant la présentation d'une réclamation au titre de la présente police. De plus, **nous** avons le droit, et **vous** devez **nous** en donner l'occasion, de **vous** faire subir un

examen médical lorsque cela est raisonnablement nécessaire et aussi souvent qu'il est raisonnablement nécessaire pendant qu'une prestation est réclamée au titre de la présente police. Si **vous** décédez, **nous** avons le droit d'exiger une autopsie, sauf si la loi l'interdit.

## Faits importants

Aucune déclaration faite par **vous** ou par une personne assurée au moment de la proposition d'assurance relative au contrat ne sera utilisée pour contester une réclamation aux termes du contrat ni pour annuler celui-ci, à moins que cette déclaration ne soit contenue dans la proposition d'assurance ou toute autre déclaration ou réponse écrite qui a été fournie en tant que preuve d'assurabilité.

## Formulaires de preuve de réclamation à fournir par l'assureur

**Vous** pouvez obtenir les formulaires de réclamation en communiquant avec le service des réclamations de l'**administrateur de l'assistance et des réclamations** et il vous les fournira sur demande.

## Renonciation

L'**assureur** est réputé ne pas avoir renoncé à une condition du présent contrat, en tout ou en partie, à moins que cette renonciation ne soit clairement exprimée par écrit et signée par l'**assureur**.

## Résiliation

**Vous** pouvez en tout temps demander la résiliation du présent contrat. L'**assureur** **vous** remboursera alors, dès qu'il sera raisonnablement possible de le faire, la portion de prime effectivement payée qui excède la prime à court terme calculée jusqu'à la date de **votre** demande, selon la table en vigueur utilisée par l'**assureur** au moment de la résiliation.

Pour obtenir une description complète des procédures et modalités applicables, veuillez consulter la **Section 18 : Remboursements de prime**, de la présente police.

**Nous** pouvons résilier le présent contrat, en totalité ou en partie, en tout temps, en **vous** transmettant un avis écrit de résiliation et en **vous** remboursant simultanément la portion de prime payée excédant la prime calculée au prorata pour la période écoulée. L'avis de résiliation peut **vous** être remis en mains propres ou être envoyé par courrier recommandé à **votre** dernière adresse figurant à **nos** dossiers. Lorsqu'il **vous** est remis, **vous** obtenez un préavis de résiliation de cinq **(5)** jours. Lorsqu'il est envoyé par courrier recommandé, **vous** obtenez un préavis de quinze **(15)** jours, lequel commence à courir à la date de livraison de la lettre recommandée à **votre** adresse postale.

## Section 18 : Remboursements de prime

Un remboursement intégral sera accordé pour toute police retournée dans les dix **(10)** jours suivant son achat, pourvu que **votre** couverture n'ait pas encore pris effet, conformément à la **Section 1 : Droit d'examen de la police**.

### Les remboursements de prime sont uniquement envisagés lorsque :

- a) la totalité du **voyage** est annulée avant la **date d'entrée en vigueur**.
- b) **Vous** revenez dans **votre pays d'origine** avant la **date d'échéance**.
- c) **Vous** devenez admissible à un régime public canadien d'assurance maladie ou pour soins médicaux d'une province ou d'un territoire, à condition que **vous** ne soyez pas tenu de maintenir une couverture pour un permis de travail ou à d'autres fins relatives à l'immigration.

Au moment de présenter une demande de remboursement de la prime, veuillez transmettre les documents ci-dessous. Veuillez faire parvenir une demande par écrit à Le Groupe Destination : Voyage Inc., par télécopieur, par la poste ou par courriel avant la fin de **votre période de couverture**, et y joindre ce qui suit :

- a) une copie de **votre confirmation de couverture**; et
- b) une confirmation de **votre** départ anticipé, comme une carte d'embarquement; ou
- c) tout autre document à l'appui de **votre** demande de remboursement.

Si l'assurance a été émise dans le cadre des exigences nécessaires à l'obtention ou au maintien d'un visa et qu'aucune preuve de refus de visa n'est fournie, des frais de **150 \$** seront appliqués par Le Groupe Destination : Voyage Inc. lors de l'annulation d'une police émise pour un **(1)** an de couverture consécutive avant la **date d'entrée en vigueur**. Une preuve démontrant que le permis d'entrée est différent sera exigée.

L'**assureur** et Le Groupe Destination : Voyage Inc. se réservent le droit de déclarer à Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC) les polices annulées lorsque le maintien d'une assurance maladie adéquate est nécessaire pour obtenir un visa.

### Remarques importantes concernant le remboursement de la prime

Les remboursements de prime, quel que soit le mode de paiement utilisé, doivent être obtenus auprès de l'agent ou du courtier auprès duquel la couverture a été initialement souscrite et être transmis à Le Groupe Destination : Voyage Inc.

Les remboursements seront :

- pris en considération si la demande de remboursement de prime est reçue au plus tard quatre-vingt-dix **(90)** jours après la **date d'échéance** de la police; et
- calculés au prorata à la date à laquelle Le Groupe Destination : Voyage Inc. aura reçu la demande de remboursement; et

- assujettis à des frais d'administration de **25 \$** exigés par Le Groupe Destination : Voyage Inc. ainsi qu'à un remboursement minimal de **25 \$**.

**En aucun cas un remboursement ne sera effectué si une réclamation a été présentée, payée ou est en cours de traitement.**

## **Section 19 : Avis relatif au consentement dans le contexte de la protection des renseignements personnels**

**Nous nous** engageons à protéger la confidentialité, le caractère privé et la sécurité des renseignements personnels que **nous** recueillons, utilisons et communiquons. **Vos** renseignements personnels, y compris **vos** antécédents médicaux, seront recueillis, utilisés et communiqués uniquement dans le but de **vous** fournir les services d'assurance demandés. Pour obtenir un exemplaire de la politique de confidentialité de l'**assureur**, veuillez communiquer avec **nous** ou consulter **notre** site Web. [www.bhspecialty.com/privacy-policy/privacy-policy-canada/](http://www.bhspecialty.com/privacy-policy/privacy-policy-canada/)

## **Section 20 : Assistance et administration des réclamations fournies par :**

### **Berkshire Hathaway Specialty Insurance**

a/s de Gestion Global Excel Inc.

73, rue Queen

Sherbrooke, Québec, Canada J1M 0C9

## **Section 21 : L'assurance est souscrite auprès de :**

### **Assurances NLF – Succursale canadienne**

18, rue York, bureau 1700

Toronto, Ontario, Canada M5J 2T8

## **Section 22 : L'assurance est administrée et distribuée par :**

### **Le Groupe Destination : Voyage Inc.**

304-155 Gordon Baker Road

Toronto, Ontario, Canada M2H 3N5

Tél. : 1 855 337-3532