Police d'assurance voyage du régime annuel Medipac de la Légion

Assureur : Old Republic, Compagnie d'Assurance du Canada

Veuillez lire cette police attentivement pour bien comprendre la protection offerte. *Vous* pouvez annuler *votre* police dans les 10 jours suivant la date de la souscription et bénéficier d'un remboursement intégral de la prime, pourvu que *vous* n'ayez pas commencé *votre voyage* et qu'aucune réclamation ne soit en traitement. Le présent contrat a été souscrit auprès d'Old Republic, Compagnie d'Assurance du Canada, qui a confié à la société Medipac International Inc. (Medipac) certaines tâches administratives dont celles afférentes à l'adhésion et au service à la clientèle, et à la société Medipac Assistance International Inc. (Medipac Assist) les tâches afférentes à l'assistance et aux règlements. La *Compagnie* versera les prestations stipulées à la rubrique « GARANTIES », sous réserve des exclusions, restrictions, définitions et de toute autre disposition de cette police. Pour bien comprendre les exclusions, veuillez *vous* reporter aux rubriques « RISQUES EXCLUS » et « RESTRICTIONS GÉNÉRALES ». La rubrique « DÉFINITIONS » contient certains termes de la police, indiqués en italiques, qui ont un sens bien précis.

Cette couverture est réservée aux résidents canadiens et doit être souscrite avant la *date d'entrée en vigueur de votre assurance* à partir du Canada. *Vous* devez être assuré en vertu du régime d'assurance maladie de la province ou du territoire canadien où *vous* résidez. La couverture familiale s'applique à *vous*, *votre conjoint* et *vos enfants* qui *vous* accompagnent pendant toute la durée de *votre voyage*.

Cette police couvre les *dépenses raisonnables* que *vous* engagez, à l'extérieur de *votre* province ou territoire de résidence principale; qui découlent d'une *urgence médicale* qui se produit au cours de la période de couverture (expliquée ci-dessous); et que *vous* engagez pour un *traitement médical nécessaire du point de vue médical*.

La présente police contient une disposition qui retire ou limite le droit de l'assuré de désigner des personnes à qui ou au bénéfice de qui les prestations seront payées.

Cette police d'assurance entre en vigueur seulement si Medipac a reçu *votre* demande dûment remplie et *votre* prime, que *vous* répondez aux critères d'admissibilité de la police, et qu'une police a été émise.

Cette police d'assurance peut être prolongée seulement à l'aide d'un régime d'assurance voyage Medipac, et elle ne peut pas servir de complément.

PÉRIODE DE COUVERTURE

Votre période de couverture pour chaque *voyage* effectué au titre du régime annuel commence :

1. **Voyage à l'extérieur du Canada :** à 00 h 01 chaque jour que *vous* quittez le Canada au cours des 365 jours à compter de la *date d'entrée en vigueur* de *votre* assurance. *Votre* couverture prend fin à la première des éventualités suivantes : (a) à 00 h 01, 17 jours après la date à laquelle *vous* quittez le Canada, à moins qu'une prolongation ait été approuvée; (b) à la date de *votre* retour au Canada; ou (c) 364 jours après la *date d'entrée en vigueur de votre assurance.*
2. **Voyage au Canada :** à 00 h 01 chaque jour où *vous* quittez *votre* province ou territoire canadien de résidence principale au cours des 365 jours à compter de la *date d'entrée en vigueur de votre assurance. Votre* couverture prend fin à la première des éventualités suivantes : (a) à 00 h 01 soixante (60) jours après *votre* départ de *votre* province ou territoire canadien de résidence principale, à moins qu'une prolongation ait été approuvée; (b) à la date de *votre* retour dans *votre* province ou territoire canadien de résidence principale; ou (c) 364 jours après la *date d'entrée en vigueur de votre assurance*.

La période de couverture est assujettie à la disposition de prolongation automatique décrite à la rubrique intitulée « QU'ADVIENT-IL DE MON ASSURANCE SI JE SUIS *HOSPITALISÉ* ET INCAPABLE DE RENTRER À LA DATE DE RETOUR PRÉVUE? »

QUE FAIRE SI J'AI BESOIN D'UN TRAITEMENT EN VOYAGE?

Vous **DEVEZ** aviser Medipac Assist **AVANT** de demander un *traitement médical* – gardez *votre* numéro de police et les numéros de téléphone suivants à portée de main.

1-800-813-9374 (É.-U. et Canada)

ou 416-441-6337 (à frais virés de partout ailleurs)

À défaut d'appeler, *vous* recevrez seulement 75 % de toutes les *dépenses couvertes* admissibles à concurrence de 25 000 $US.

Si *vous* n'êtes pas en mesure d'appeler en raison d'une incapacité médicale, *vous* ou une personne agissant pour *votre* compte **DEVEZ** contacter Medipac Assist dans les meilleurs délais possible. Ne présumez pas que quelqu'un a appelé Medipac Assist pour *votre* compte; *vous* avez la responsabilité de *vous* assurer que Medipac Assist a bien été joint.

Toutes les interventions et tous les tests (**y compris** IRM, CPRM, tomodensitogramme, angiographie CT, examen d'effort par imagerie de perfusion nucléaire, angiogramme, angioplastie, cathétérisme cardiaque ou **TOUTE** chirurgie) **DOIVENT** avoir été préalablement approuvés par Medipac Assist. Tout remboursement est assujetti aux conditions de la police.

Dans la mesure du possible, Medipac Assist s'engage à :

- confirmer *votre* assurance;
- *vous* diriger ou organiser *votre* transport vers notre réseau recommandé *d'hôpitaux, médecins* ou autres fournisseurs de services de soins médicaux, et *vous* aider à effectuer *votre* demande de règlement pour frais médicaux d'urgence;
- mettre à *votre* disposition des interprètes pour communiquer avec les *médecins* et *hôpitaux* dans les pays étrangers;
- contacter *votre* famille et *votre médecin;*
- payer directement en *votre* nom les *dépenses couvertes* aux *hôpitaux*, *médecins* et autres fournisseurs de soins médicaux;
- suivre l'évolution de *votre* état de santé;
- veiller à *votre* transport, au besoin, vers un *hôpital* du Canada.

Un plan de *traitement médical* sera établi afin que *vous* receviez le *traitement nécessaire du point de vue médical* dans un milieu de soins gérés.

Vous **DEVEZ** autoriser *votre* ou *vos médecins* traitants à divulguer *votre* dossier médical et les renseignements connexes (y compris les résultats de tests et les dossiers pharmaceutiques et d'hôpital). En vertu de la présente police, aucune garantie ne sera payable sans l'information requise.

DÉFINITIONS

Les termes suivants ont un sens bien précis :

Par **« acte de guerre »**, on entend une action hostile ou belliqueuse, qu'elle soit déclarée ou non, en temps de paix ou de guerre, qu'elle soit provoquée par un gouvernement local, un gouvernement ou un groupe étranger, une agitation civile, une insurrection, une rébellion ou une guerre civile.

Par **« acte terroriste »**, on entend tout acte, à l'exception d'un *acte de guerre,* perpétré contre des personnes, des organismes, des biens (matériels ou non) ou des infrastructures de quelque nature que ce soit par un individu ou un groupe établi dans tout pays, et qui consiste en ce qui suit ou en la préparation de ce qui suit :

- l'utilisation de la force ou de la violence, ou une menace à cet effet; ou
- la perpétration d'un acte dangereux, ou une menace à cet effet; ou
- la perpétration d'un acte qui perturbe un système électronique, mécanique ou d'information ou interfère avec ce dernier ou une menace à cet effet;

et dont l'effet ou l'intention est :

- d'intimider, de contraindre ou de renverser un gouvernement (de fait ou de droit), ou d'influencer ou affecter sa conduite ou ses politiques ou de protester contre celles-ci; ou
- d'intimider, de contraindre ou de terroriser la population civile ou toute partie de celle-ci; ou
- de perturber tout segment de l'économie; ou
- de promouvoir des objectifs politiques, idéologiques, religieux, sociaux ou économiques afin d'exprimer (ou d'exprimer une opposition à) une philosophie ou une idéologie.

Par **« assuré »**, on entend une personne dont le nom figure sur la proposition d'assurance, à qui une police a été émise et au nom de qui la prime requise a été acquittée.

Par **« bilan de santé périodique »**, on entend tout examen médical qui est effectué par mesure générale de suivi de l'état de santé, ce qui peut comprendre des tests médicaux courants, et qui est sans lien avec un symptôme, une maladie, un état ou une affection en particulier.

Par **« blessure »**, on entend toute lésion corporelle accidentelle qui se produit et entraîne des *dépenses couvertes* pendant que cette police est en vigueur. Une telle *blessure* doit être causée uniquement par un événement externe, violent et accidentel, ne pas être causée par *votre* faute, et être sans rapport avec une *maladie* ou toute autre cause.

Par **« Compagnie »**, on entend Old Republic, Compagnie d'Assurance du Canada.

Par **« conjoint »**, on entend une personne qui cohabite avec *l'assuré* et :

a) qui est soit mariée légalement avec *l'assuré* ou

b) qui a vécu avec *l'assuré* dans une relation conjugale pendant une période de douze (12) mois consécutifs immédiatement avant la *date d'entrée en vigueur* de cette police, et qui est considérée publiquement comme le *conjoint* de *l'assuré* dans la localité où ils vivent.

Par **« date d'entrée en vigueur de votre assurance »**, on entend la date que *vous* choisissez pour l'entrée en vigueur de *votre* couverture d'assurance telle qu'inscrite dans *votre* proposition d'assurance.

Par **« date du début du voyage »**, on entend la date de chaque départ de *votre* province ou territoire de résidence principale pendant les 364 jours à compter de la *date d'entrée en vigueur de votre assurance*.

Par **« dépenses couvertes »**, on entend les *dépenses raisonnables* excédant celles couvertes par le régime d'assurance maladie de *votre* province ou territoire de résidence canadien, par tout autre régime d'assurance fournissant une couverture identique ou similaire à celle fournie au titre de la présente police, ou par tout régime d'assurance automobile privé ou provincial ou territorial pour les fournitures, le traitement ou les services figurant à la rubrique « Garanties », sous réserve des restrictions de la police.

Par **« dépenses raisonnables »**, on entend les dépenses engagées pour un traitement médical habituellement fourni dans les cas de nature ou de gravité semblables à l'urgence médicale traitée, pourvu qu'elles soient conformes aux frais courants dans la région.

Par **« enfants »**, on entend des fils, filles, petits-fils ou petites-filles dépendants et célibataires âgés de moins de 19 ans et de plus de 12 mois qui habitent *votre* résidence principale, sont inscrits à l'école (s'ils ont plus de cinq ans) à temps plein, sont accompagnés par un *assuré* durant un *voyage*, et sont inscrits sur la proposition en tant qu'*assurés*.

« État préexistant » : voir les détails à la page 7 de la police.

Par **« franchise »**, on entend le montant des *dépenses couvertes* qu'il *vous* incombe de payer. La *franchise* qui s'applique à cette police est de 99 $US, et elle s'applique à chaque *voyage*.

Par **« hôpital »**, on entend un établissement dûment autorisé qui :

(a) se consacre principalement à la prestation de services médicaux, diagnostiques ou chirurgicaux pour le traitement de malades et de blessés *hospitalisés*; et

(b) fournit des soins médicaux sous la surveillance d'une équipe de *médecins*, et des soins 24 heures sur 24 dispensés par des infirmiers autorisés; et

(c) n'est pas reconnu comme centre d'accueil pour les personnes âgées, maison de repos, établissement thermal, maison de soins infirmiers, hôpital pour convalescents, hospice, centre de soins palliatifs, établissement spécialisé dans la prise en charge et le traitement des toxicomanes et des alcooliques, établissement de garde ou d'éducation, ou tout établissement de réadaptation.

Par **« hospitalisé »** et **« hospitalisation »**, on entend l'alitement dans un *hôpital* défini ci-dessus.

Par **« maladie »**, on entend une affection ou *maladie* qui entraîne des *dépenses couvertes* pendant que la présente protection est en vigueur. La *maladie* doit être suffisamment grave pour obliger une personne raisonnable à obtenir un *traitement médical* auprès d'un *médecin*.

Par **« médecin »**, on entend un *médecin* praticien (autre que *l'assuré*, le *conjoint* ou une personne ayant un lien de parenté avec *l'assuré*) qui était, au moment du traitement, dûment autorisé à prescrire et à administrer un *traitement médical* dans les limites prescrites par son permis d'exercice, ou un chirurgien qui pratique la chirurgie dans les limites prescrites par son permis d'exercice, et dont la situation légale et professionnelle dans sa collectivité publique correspond à celle d'un docteur en médecine (M.D.) dûment autorisé à exercer dans n'importe quel territoire ou province du Canada.

Par **« nécessaire du point de vue médical »,** relativement à des services, fournitures ou autres soins, on entend qu'ils ont été prescrits par un *médecin* et que la *Compagnie* juge :

a) qu'ils ont été administrés pour le diagnostic ou le traitement direct d'une *maladie* ou d'une *blessure*;

b) qu'ils sont appropriés, compte tenu des symptômes et des résultats de tests ou du diagnostic et du traitement de la *blessure* ou de la *maladie* de *l'assuré;*

c) qu'ils ne sont pas de nature expérimentale ou exploratrice;

d) qu'ils sont prodigués conformément aux pratiques médicales généralement admises;

e) qu'ils ne peuvent pas être reportés jusqu'à *votre* retour au Canada;

f) qu'ils correspondent au niveau de service le plus approprié, au coût le moins élevé (par exemple, soins en consultation externe au lieu d'une hospitalisation, fauteuil roulant manuel plutôt qu'électrique, soins médicaux ou autres au lieu de soins chirurgicaux).

Le fait que le *médecin* traitant de *l'assuré* ait prescrit les services ou fournitures ne signifie pas automatiquement que ces services ou fournitures sont *nécessaires du point de vue médical* et couverts par cette police.

« Soin médical » : voir les détails à la page 7 de la police.

« Stabilisé et contrôlé » : voir les détails à la page 7 de la police.

Par **« traitement médical »**, on entend toute mesure, tout service ou toute fourniture d'ordre médical, thérapeutique ou diagnostique, qui est raisonnablement *nécessaire du point de vue médical*, prescrit par un *médecin* de quelque façon que ce soit, y compris sous forme de médicaments, de tests exploratoires raisonnables, d'*hospitalisation*, d'opération chirurgicale ou tout autre traitement prescrit ou recommandé ayant un lien direct avec la maladie, l'état de santé ou le symptôme. Le *traitement médical* ne comprend pas : a) l'usage de médicaments prescrits pour une maladie, un état de santé ou un symptôme maîtrisé lorsque la posologie ou l'usage du médicament sont maintenus;
ni b) un bilan de santé lorsque le *médecin* ne constate aucune modification d'une maladie, d'un état ou d'un symptôme qui a déjà été observé.

Par **« urgence médicale »**, on entend une *maladie* ou une *blessure* :

(a) qui occasionne des symptômes apparaissant de façon soudaine et imprévue; et

(b) qui nécessite les soins immédiats d'un *médecin* pour éviter *votre* décès ou une détérioration grave de *votre* état de santé ou pour soulager une douleur aiguë; et

(c) qui se produit hors de *votre* province ou territoire canadien de résidence principale.

Par **« vous »** et **« votre »**, on entend *l'assuré*, selon la définition qui précède.

Par **« voyage »**, on entend la période de voyage d'une durée définie entre le moment où *vous* quittez *votre* domicile et la date prévue de *votre* retour pendant *votre* période de couverture.

GARANTIES

Voici ce qui constitue des *dépenses couvertes* si elles sont engagées par un *assuré* à la suite d'une *urgence médicale*.

1. Services médicaux, hospitaliers ou ambulanciers

a) Pension dans un *hôpital*, à concurrence du tarif pour chambre à deux lits, services, fournitures, frais de soins intensifs et de soins coronariens;

b) honoraires d'un *médecin* pour soins médicaux ou chirurgicaux;

c) radiographies et autres tests diagnostiques prescrits par le *médecin* traitant et préalablement approuvés par Medipac Assist;

d) frais de transport en ambulance locale autorisée jusqu'à l'établissement médical le plus proche qui est en mesure de prodiguer les soins nécessaires;

e) médicaments dont la loi exige qu'ils soient délivrés sur ordonnance écrite et par un pharmacien, à concurrence d'une provision de 30 jours;

f) coût ou frais de location de plâtres, d'attelles, de bandages herniaires, d'appareils orthopédiques, de béquilles ou location d'un fauteuil roulant ou d'autres appareils médicaux, lorsque ces articles sont prescrits par un *médecin* et préalablement approuvés par Medipac Assist.

2. Les soins infirmiers privés comprennent les services professionnels d'un infirmier autorisé privé pour des soins de santé à l'extérieur de *l'hôpital*, s'ils sont recommandés comme *nécessaires du point de vue médical* par le *médecin* traitant. Les services d'un infirmier autorisé privé ne sont pas couverts si celui-ci est *votre conjoint* ou s'il a un lien de parenté avec *vous*. Le montant maximal de la prestation est de 7 500 $. Cette prestation doit être approuvée au préalable par Medipac Assist.

3. Les services chiropratiques comprennent les services professionnels d'un chiropraticien autorisé pour une *urgence médicale*. Les services d'un chiropraticien autorisé ne sont pas couverts si celui-ci est *votre conjoint* ou s'il a un lien de parenté avec *vous*. Le montant maximal des prestations est de 500 $.

4. Les autres services professionnels comprennent les services professionnels d'un podiatre autorisé, ostéopathe, podologue ou physiothérapeute, mais uniquement s'ils sont recommandés en tant que *nécessaires du point de vue médical* par le *médecin* traitant. Les services d'un praticien autorisé ne sont pas couverts si celui-ci est *votre conjoint* ou s'il a un lien de parenté avec *vous*. Le montant maximal des prestations est de 500 $.

5. Les frais dentaires d'urgence comprennent les traitements dentaires que *vous* avez reçus en vue de la restauration ou du remplacement de dents naturelles ou de dents artificielles permanentes, rendus nécessaires par suite d'un coup accidentel au visage (les accidents de mastication ne sont pas couverts). La prestation maximale est de 5 000 $ par *assuré*. Les soins visant à soulager une douleur dentaire sont couverts à concurrence de 300 $. Les traitements doivent avoir été administrés dans les 90 jours qui suivent la date du coup accidentel au visage et avant *votre* retour à *votre* province ou territoire canadien de résidence principale.

6. Le retour du véhicule comprend les frais engagés si, par suite d'une *maladie*, d'une *blessure* ou d'un décès survenu pendant que *vous* voyagiez à l'extérieur de *votre* province ou territoire de résidence, *vous*-même et toute personne voyageant en *votre* compagnie êtes dans l'incapacité de rapporter le véhicule qui *vous* appartient ou que *vous* louez. La prestation maximale est de 3 000 $.

Les *dépenses couvertes* sont le montant le plus bas entre les frais engagés par une agence professionnelle en vue de restituer le véhicule et les frais raisonnables et nécessaires engagés par un particulier en vue de retourner le véhicule pour *vous* : essence, repas, nuitées et billet d'avion aller seulement en classe économique. La *Compagnie* exige les reçus originaux des frais. Les autres frais ne sont pas couverts. Le règlement ne sera accordé que si le retour est préalablement approuvé et/ou organisé par Medipac Assist et au retour du véhicule à *votre* domicile habituel ou à l'agence de location appropriée la plus proche dans les 30 jours suivant *votre* retour au Canada. Les frais engagés pour la location d'une voiture dans l'attente du retour de *votre* véhicule ne représentent pas une dépense admissible. Une copie de l'immatriculation du véhicule est exigée.

7. Le transport d'un membre de la famille à *votre* chevet comprend le tarif aérien d'un billet aller-retour en classe économique, les frais d'hébergement et les frais personnels pour permettre à un membre de la famille ou à un ami proche de se rendre à *votre* chevet à *l'hôpital*. Cette garantie est de 200 $ par jour jusqu'à un maximum de 1 000 $; elle est payable si *vous* êtes *hospitalisé* pendant au moins trois nuits consécutives en raison d'une *urgence médicale*. La *Compagnie* exige les reçus originaux des frais engagés. Cette prestation doit être préalablement approuvée par Medipac Assist.

8. Les frais personnels d'un membre de la famille qui *vous* accompagne comprennent les *dépenses raisonnables* relatives à l'hébergement dans un établissement hôtelier, aux repas, aux appels téléphoniques et aux déplacements en taxi essentiels, qu'un membre de la famille qui *vous* accompagne doit engager si *vous* êtes *hospitalisé* à la date prévue de *votre* retour au Canada. La prestation maximale est de 200 $ par jour, à concurrence d'un montant global maximal de 1 800 $. La *Compagnie* exige les reçus originaux des frais engagés.

9. Le retour du *conjoint* comprend le coût d'un billet d'avion en classe économique, jusqu'au point de départ, pour le retour de *votre conjoint* si la *Compagnie* demande que *vous* reveniez au Canada pour recevoir immédiatement un *traitement médical* ou advenant *votre* décès. La prestation maximale est de 2 500 $ et doit être préalablement approuvée par Medipac Assist. *Votre conjoint* doit être couvert au titre de cette police.

10. Le retour des *enfants* comprend le coût d'un billet d'avion en classe économique, jusqu'au point de départ, pour le retour de *vos enfants assurés* et un accompagnateur qualifié (si le transporteur aérien l'exige), si la *Compagnie* demande que *vous* reveniez au Canada pour recevoir immédiatement un *traitement médical*

ou advenant *votre* décès. Les *enfants assurés* doivent être sous *votre* garde pendant toute la durée de *votre voyage* et doivent être couverts au titre de cette police. Cette prestation doit être préalablement approuvée par Medipac Assist.

11. Le transport aérien d'urgence comprend, conséquemment à une *maladie* ou à une *blessure* : a) le coût d'un aller simple par avion en classe économique, jusqu'à *votre* point de départ au Canada ou b) les frais supplémentaires exigés pour occuper des places additionnelles en raison de l'utilisation d'une civière (à la recommandation du *médecin* traitant). Cette prestation doit avoir été préalablement organisée et approuvée par Medipac Assist.

12. Les services d'un aide médical qualifié comprennent les *dépenses raisonnables* relatives aux services d'un aide médical. Ces services doivent avoir été recommandés par un *médecin* et approuvés au préalable par Medipac Assist. Les services d'un aide médical ne sont pas couverts si celui-ci est *votre conjoint* ou s'il a un lien de parenté avec *vous*.

13. Le transport par ambulance aérienne comprend le coût raisonnable du transport entre *hôpitaux* par ambulance aérienne, lorsque *nécessaire du point de vue médical.* Cette prestation doit avoir été préalablement organisée et approuvée par Medipac Assist.

14. Le rapatriement de la dépouille mortelle comprend la préparation et le transport au point de départ initial au Canada de la dépouille d'un *assuré.* Cette garantie couvre, à concurrence d'un maximum de 5 000 $, le coût d'un conteneur de transport ordinaire (mais exclut le prix du cercueil). Pour l'incinération ou l'inhumation de *l'assuré* là où il est décédé, la prestation maximale est de 2 500 $. S'il est nécessaire d'identifier *l'assuré* avant de remettre la dépouille mortelle, la prestation couvre aussi le coût d'un *voyage* par avion aller-retour en classe économique pour un membre de la famille ou un ami proche, ainsi que ses frais personnels à concurrence de 200 $ par jour, et d'un montant global maximal de 800 $. La *Compagnie* exige les reçus originaux des frais engagés. Cette prestation doit être préalablement approuvée par Medipac Assist.

NOTA : NONOBSTANT LES AUTRES DISPOSITIONS DE CETTE POLICE, TOUT *TRAITEMENT MÉDICAL*, SERVICE OU FOURNITURE D'ORDRE MÉDICAL NE FIGURANT PAS SPÉCIFIQUEMENT À LA RUBRIQUE « GARANTIES » N'EST PAS COUVERT PAR CETTE POLICE.

RISQUES EXCLUS

ÉTAT PRÉEXISTANT

La présente assurance ne couvre **aucune** *urgence médicale* relative, connexe ou attribuable à ce qui suit :

1. Tout *état préexistant* qui n'était pas *stabilisé et contrôlé* dans les 180 jours précédant la *date du début de votre voyage*. Cela comprend toute réaction à un changement de médicaments prescrits pour l'état en question.

   Un ***« état préexistant »*** signifie un problème physique ou pathologique, un symptôme ou une *maladie* quelconque ayant fait l'objet de *soins médicaux*, ou pour lequel une personne ordinairement prudente aurait demandé des *soins médicaux*, avant la *date du début de votre voyage.*

   « Stabilisé et contrôlé » signifie que :

   (a) le problème physique ou pathologique, le symptôme ou la maladie ne s'est pas manifesté pour la première fois; et/ou

   (b) le problème physique ou pathologique, le symptôme ou la maladie n'a pas fait l'objet d'examens pour la première fois; et/ou

   (c) le problème physique ou pathologique, le symptôme ou la maladie n'a pas empiré; et/ou

   (d) aucun changement de médicaments, de leur usage ou de leurs posologies n'est survenu, n'a été prescrit et/ou n'a été recommandé par un *médecin*; et/ou

   (e) aucun *soin médical* n'a été reçu ni prescrit ni recommandé par un *médecin*.

   « Soin médical » signifie une fourniture ou une intervention ou un service médical, thérapeutique ou diagnostique quelconque prescrit, effectué ou recommandé par un *médecin*, notamment la prescription de médicaments, un test exploratoire ou une opération chirurgicale. Ni l'utilisation inchangée d'un médicament prescrit pour un problème de santé ou un symptôme qui est *stabilisé et contrôlé* ni un *bilan de santé périodique* ne constitue un *soin médical.*

   Un changement de médicaments ne concerne ni les médicaments hypocholestérolémiants, ni le changement d'un médicament d'origine pour un médicament générique (dans la mesure où la posologie n'est pas modifiée). Si *vous* prenez du Coumadin (warfarine) ou de l'insuline et devez faire analyser régulièrement *votre* concentration sanguine et que *vous* devez ajuster la posologie de *vos* médicaments uniquement pour stabiliser *votre* concentration sanguine, nous ne considérerions pas qu'il s'agisse d'un changement de médicament, pourvu que *votre* état pathologique demeure stable.
2. Tout problème physique ou pathologique, symptôme ou *maladie* ayant nécessité une *hospitalisation* ou une (1) visite en salle d'urgence ou plus dans les cinq (5) années précédant la *date du début de votre voyage.*
3. Tout problème physique ou pathologique, symptôme ou maladie pour lequel on *vous* a recommandé un traitement ou un examen que *vous* n'avez pas encore subi avant la *date du début de votre voyage*.

EXCLUSIONS GÉNÉRALES

La présente assurance ne couvre aucune dépense ni aucun service ayant un lien direct ou indirect avec ce qui suit :

4. Un *voyage* entrepris contre l'avis d'un *médecin*.
5. Un *acte de guerre*, déclarée ou non, tout acte de guerre civile, rébellion, conflit armé, insurrection ou *acte terroriste*, une participation à une émeute ou un trouble de l'ordre public ou une manifestation, ou le service dans les forces armées de n'importe quel pays.
6. Un suicide, une tentative de suicide ou une blessure auto-infligée.
7. (a) Une grossesse normale; b) un accouchement normal; ou c) toute complication, toute affection ou tout symptôme lié à une grossesse et survenant dans les 18 dernières semaines qui précèdent la date prévue de l'accouchement ou dans les 9 semaines suivantes.
8. Tout enfant né pendant un *voyage*.
9. Tout problème pathologique lié à une anomalie congénitale chez les *enfants* de moins de deux (2) ans.
10. Un *voyage* entrepris dans le but d'obtenir un diagnostic, un traitement, des examens, une chirurgie ou des soins palliatifs, qu'ils aient été recommandés ou non par un médecin.
11. Un trouble, une *maladie*, un état ou un symptôme d'ordre affectif, psychologique ou mental.
12. Un *traitement médical* ou chirurgical qui ne constitue pas une *urgence médicale,* qui est essentiellement esthétique ou qui est expérimental.
13. Toute maladie ou tout symptôme d'ordre médical ou physique pour lequel, avant la *date du début de votre voyage,* on vous a recommandé ou programmé des *soins médicaux* ou un changement de médicaments pour une date suivant la *date du début de votre voyage*.
14. Tout acte pour lequel aucuns frais n'auraient été facturés en l'absence d'assurance.
15. Une réadaptation, la continuation du traitement, une complication ou une nouvelle manifestation de l'affection qui a causé *l'urgence médicale,* après que *vous* ayez reçu *votre* congé de *l'hôpital* ou après que *l'urgence médicale* ait pris fin selon la *Compagnie.*
16. Toute dépense engagée après la date à laquelle *vous* avez refusé une offre de rapatriement et/ou d'évacuation sanitaire.

17. La perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel par *vous*-même.
18. Les soins, services ou fournitures qui ne sont pas *nécessaires du point de vue médical* (selon la définition donnée) ou tout acte ou examen médical (y compris IRM, CPRM, tomodensitogramme, angiographie CT, examen d'effort par imagerie de perfusion nucléaire, angiogramme, angioplastie ou cathétérisme cardiaque) non autorisé à l'avance par Medipac Assist. Toute opération chirurgicale doit être préalablement autorisée par Medipac Assist, sauf dans les cas extrêmes où l'opération chirurgicale est faite d'urgence immédiatement après une admission à *l'hôpital.*
19. Le transfert médical d'urgence, à moins qu'il n'ait été préalablement organisé et approuvé par Medipac Assist.
20. Tout soin, service ou fourniture dispensé par un centre d'accueil pour les personnes âgées, une maison de repos, un établissement thermal, une maison de soins infirmiers, un hôpital pour convalescents, un hospice, un centre de soins palliatifs, un établissement spécialisé dans la prise en charge et le traitement des toxicomanes et des alcooliques, un établissement de garde ou d'éducation, ou tout établissement de réadaptation.
21. Tout service médical ou hospitalier si *vous* n'êtes pas couvert en vertu du régime d'assurance maladie de *votre* province ou territoire canadien de résidence principale.
22. Toute perte ou tout dommage à des prothèses auditives, lunettes, lunettes de soleil, lentilles cornéennes, prothèses dentaires ou membres artificiels et toute ordonnance s'y rapportant.
23. L'abus de drogues ou d'alcool, la non-observance ou le refus d'un *traitement médical* recommandé, ou un usage abusif de médicaments prescrits (y compris la non-observance ou le refus de la prescription) avant ou pendant *votre voyage*.
24. Les examens médicaux généraux, les soins normaux d'une affection existant avant la *date du début de votre voyage* ou toute dépense liée aux bilans de santé ordinaires ou périodiques.
25. Une greffe du cœur, d'un poumon, du foie, d'un rein, du pancréas ou de la moelle osseuse.
26. Une affection pour laquelle *vous* avez refusé ou repoussé le traitement ou l'examen recommandé avant la *date du début de votre voyage*.
27. Tout problème physique ou pathologique, symptôme ou maladie pour lequel les résultats de test(s) ou d'examen(s) n'ont pas été disponibles avant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance* ou *la date du début de votre voyage.*
28. Tous frais survenus pendant un *voyage* pour lequel *vous* n'avez pas donné de preuve de date de départ.
29. Tout traitement ou problème médical résultant de la participation, de la pratique ou d'un entraînement en lien avec un sport, une activité ou un comportement à haut risque, entre autres : deltaplane, escalade de rochers ou précipices, alpinisme, parachutisme, parapente, saut en parachute, acrobatie ou escalade aérienne, plongée libre, plongée sous-marine, rodéo ou saut en bungee.
30. Tout traitement ou problème médical résultant de la participation, de la pratique ou d'un entraînement en lien avec des sports professionnels, des épreuves de vitesse ou d'endurance ou des épreuves de vitesse motorisées.
31. Tout traitement ou problème médical résultant d'un accident de vol sauf en tant que passager sur un vol commercial assuré par un transporteur aérien titulaire d'un permis.
32. Toute urgence *médicale* ayant lieu dans une ville, une région ou un pays qui faisait l'objet d'un avertissement du gouvernement du Canada d'« éviter tout voyage non essentiel » ou d'« éviter tout voyage » avant la *date du début de votre voyage.*
33. Tous frais résultant d'un accident de véhicule automobile, à moins que les services ne soient couverts par aucun régime public ou privé d'assurance automobile.

RESTRICTIONS GÉNÉRALES

PERSONNES N'AYANT PAS DROIT À LA COUVERTURE

Vous ne pouvez pas être assuré en vertu de cette police, cette assurance est nulle et non avenue, et la responsabilité de la *Compagnie* se limite au remboursement de la prime, si avant la *date d'entrée en vigueur de votre assurance* :

1. La couverture n'est pas souscrite pour toute la durée de *votre voyage* (sauf indication contraire expresse dans la présente police).
2. La proposition d'assurance est faite après que *vous* ayez quitté le Canada (à l'exception des demandes de prolongation de couverture faites après le départ).
3. Toute déclaration inexacte d'un fait important est faite en rapport avec la proposition ou avec toute demande de règlement au titre de la présente police.

DÉCLARATION ERRONÉE

Cette assurance est nulle et non avenue en cas de fraude ou de tentative de fraude, ou si *vous* dissimulez ou présentez de manière inexacte tout fait important dans *votre* proposition liée à cette police.

MODIFICATION DE LA DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR

Si la *date d'entrée en vigueur de votre assurance* change, *vous* devez en aviser Medipac pendant que *vous vous* trouvez au Canada avant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance* figurant dans *votre* proposition. *Vous* n'êtes pas obligé de donner un préavis des *dates du début de vos voyages*. **Cependant, *vous* devrez fournir la preuve de ces dates si *vous* soumettez une réclamation.**

AUTRES RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Les dispositions générales suivantes régissent *votre* assurance en vertu de la présente police :

A. Les *dépenses couvertes* par la présente police sont remboursées à concurrence d'un montant maximal de 2 000 000 $US par *assuré*.

B. La *Compagnie* et ses agents ne peuvent pas être tenus responsables de la disponibilité, de la qualité ou des résultats de tout *traitement médical* ou de tout transport, ni du défaut de *l'assuré* d'obtenir le *traitement médical* ou *l'hospitalisation* appropriés.

C. La *Compagnie* a le droit de demander *votre* retour au Canada ou *votre* transfert à un fournisseur de soins de santé de son choix. **Le refus de *votre* part de *vous* conformer à la demande de transfert ou de retour au Canada rend la police nulle et non avenue** à compter de la date et de l'heure de *votre* refus. Après cette date et cette heure, aucune dépense ne sera remboursée en vertu de la présente police d'assurance; en d'autres termes, la couverture au titre de la présente police cessera.

D. Aucune couverture n'est consentie si la prime n'est pas effectivement reçue par Medipac à cause d'un chèque sans provision ou d'une transaction non valable par carte de crédit.

E. Tout recours ou toute poursuite en justice intenté contre la *Compagnie* ou ses agents aux fins de recouvrement du montant d'assurance exigible en vertu du contrat est absolument exclu à moins d'avoir été entamé pendant la période prévue dans la Loi sur les assurances ou dans une autre loi applicable.

F. En aucun cas une réclamation ne sera acceptée un an ou plus après la date de l'événement.

G. Toute fraude, tentative de fraude, déclaration inexacte ou non-divulgation d'un fait important ayant trait à la présente assurance ou à une demande de règlement en vertu de cette police rend cette dernière nulle et non avenue.

H. Si la *Compagnie* a engagé des dépenses en *votre* nom pour un sinistre causé par une tierce partie ou pouvant lui être attribué, la *Compagnie* est en droit, relativement à toute dépense engagée, de subroger la tierce partie et/ou toute autre personne ou entité pouvant être obligée d'indemniser la tierce partie (et/ou *vous*) ou pouvant être jugée responsable du sinistre (la « partie responsable »). La *Compagnie*, à ses propres frais, est en droit d'engager ou de poursuivre toute action en justice (« réclamation fondée en droit ») en *votre* nom contre la partie responsable. *Vous* devez entreprendre toutes les démarches raisonnables pour protéger la *Compagnie* et faire progresser sa réclamation fondée en droit. Si *vous* engagez une réclamation fondée en droit, ou que *vous* réclamez une indemnité pour *votre* sinistre, le droit de subrogation de la *Compagnie* doit être raisonnablement pris en considération, et la *Compagnie* informée de toute négociation. La *Compagnie* est en droit d'examiner, approuver et/ou refuser toute offre d'indemnisation ou de règlement. Toute somme reçue par *vous* ou *vos* représentants à titre d'indemnisation ou de règlement pour *votre* sinistre doit d'abord être affectée à toute dépense engagée par la *Compagnie*, et la *Compagnie* doit être remboursée en conséquence.

I. Lorsque la *Compagnie* a réglé des frais pour soins médicaux ou hospitaliers en *votre* nom, *vous* devez signer le formulaire d'autorisation permettant à la *Compagnie* de récupérer ces prestations auprès de *vos* autres assureurs et autres régimes d'assurance maladie (y compris *votre* régime public d'assurance maladie). *Vous* devez aider la *Compagnie* à recouvrer les frais en question. Si la *Compagnie* a déjà acquitté des frais qui ne sont pas couverts par la présente police, *vous* êtes tenu de rembourser la *Compagnie*.

J. Toutes les prestations en vertu de la présente assurance sont indiquées en dollars américains, sauf indication contraire. Si *vous* avez acquitté des *dépenses couvertes* dans une monnaie autre que le dollar américain, tout remboursement s'effectue en dollars canadiens au taux de change en vigueur le jour où le service a été dispensé. Aucune somme payable en vertu de la présente assurance n'est productive d'intérêts.

K. La présente assurance est une assurance maladie complémentaire : elle couvre les frais dépassant ceux pris en charge par *votre* régime d'assurance maladie d'État, tout régime d'assurance automobile privé, provincial ou territorial, ou toute autre assurance. Si *vous* avez une assurance frais médicaux engagés à l'étranger semblable assortie d'un maximum viager : a) de 50 000 $CA ou moins, la *Compagnie* ne coordonnera pas le paiement avec cette couverture;
ou b) de plus de 50 000 $CA, la *Compagnie* coordonnera le paiement avec cette couverture des frais en excédent de 50 000 $CA.

L. Afin de déterminer le bien-fondé d'une demande de règlement, **la *Compagnie* obtiendra et examinera les dossiers *d'hôpital*, les dossiers pharmaceutiques et les dossiers médicaux de *votre* ou *vos médecins* traitants (y compris *votre* ou *vos médecins* canadiens).** *Votre* réclamation ne peut être traitée et aucune garantie ne sera payable en vertu de la présente police sans l'information requise.

M. La *Compagnie* a le droit de demander que *vous* soyez examiné par un professionnel de la santé indépendant et *vous* devez *vous* conformer à sa demande tant et aussi souvent qu'il sera raisonnablement nécessaire lorsque des prestations sont réclamées ou versées au titre de la présente police. En cas de décès, la *Compagnie* a le droit d'exiger une autopsie si la loi le permet.

N. Malgré toute autre disposition prévue au contrat, **le contrat est assujetti aux dispositions légales applicables stipulées dans la Loi sur les assurances** de *votre* province ou territoire de résidence relativement aux contrats d'assurance accident et maladie.

O. Le droit de toute personne de désigner des personnes à qui ou au bénéfice de qui les prestations seront payées est limité.

QU'ADVIENT-IL DE MON ASSURANCE SI JE SUIS *HOSPITALISÉ* ET INCAPABLE DE RENTRER DE MON *VOYAGE*?

Cette police prévoit une prolongation automatique de la couverture, sans que *vous* n'assumiez de frais supplémentaires, dans les cas suivants :

1. Si *vous* êtes *hospitalisé*, par suite d'une *blessure* ou d'une *maladie*, et que cette *hospitalisation vous* empêche de rentrer à la date prévue de *votre* retour, la couverture reste en vigueur pendant *votre* période d'*hospitalisation* et pendant les 72 heures qui suivent *votre* sortie de *l'hôpital*.
2. Si *votre* retour est retardé au delà de *votre* date de retour prévue, par suite du retard d'un transporteur public à bord duquel *vous* deviez voyager; ou, pendant que *vous* voyagez en automobile, *vous* êtes victime d'un accident ou *vous* avez des problèmes mécaniques, la couverture d'assurance reste en vigueur jusqu'à *votre* retour à *votre* point de départ ou pendant les 72 heures qui suivent la date à laquelle la couverture aurait normalement pris fin, selon la première de ces éventualités.

Toutefois, dans tous les cas, la couverture ne sera pas prolongée au delà de douze (12) mois consécutifs immédiatement après la date de *l'urgence médicale* qui *vous* a forcé à rentrer après *votre* date de retour prévue.

COMMENT PRÉSENTER MA DEMANDE DE RÈGLEMENT?

Lorsque *vous* contacterez Medipac Assist au moment de *votre urgence médicale,* nous *vous* ferons parvenir une trousse de demande de règlement contenant tous les renseignements nécessaires à la soumission de *votre* demande de règlement, y compris les instructions et les formulaires (aussi disponible sur notre site Web au www.medipac.com). **Ces formulaires doivent être retournés à nos bureaux dans les 30 jours suivant leur réception.** Si les documents requis ne sont pas fournis en temps opportun, toute somme payable en vertu de la présente police sera révisée à la baisse.

Pour traiter *votre* demande de règlement, la *Compagnie* exigera :

- un formulaire de réclamation, d'autorisation et de quittance dûment rempli
- l'original des factures et/ou des reçus
- le paiement de *votre franchise* de 99 $
- le paiement de *votre* prime impayée, le cas échéant
- le dossier médical complet comprenant le diagnostic définitif du *médecin* traitant
- le dossier médical concernant la poursuite de tout traitement après *votre* retour au Canada
- les antécédents médicaux
- tout autre document pertinent
- la preuve de la *date du début de votre voyage*

Pour obtenir un règlement, veuillez soumettre UNIQUEMENT les originaux des factures détaillées, le formulaire HCFA-1500, le formulaire UB-04 (avec déclaration détaillée) OU l'original de la facture détaillée du *médecin* avec

- papier à en-tête officiel avec nom et adresse au complet
- identification à des fins fiscales
- codes d'intervention et de diagnostic avec les montants en dollars
- signature originale du *médecin* (les signatures photocopiées et estampillées ne sont pas acceptées)
- preuve attestant le paiement par *vous* ou tout autre régime d'assurance

Vous devez envoyer les originaux des factures relatives à toutes les dépenses remboursables. Un coupon de caisse n'est pas considéré comme un reçu original. Si *vous* avez effectué un paiement pour une *dépense couverte, vous* devez fournir une preuve de paiement.

Pour vous renseigner sur les réclamations, veuillez appeler le service des réclamations de Medipac Assist : sans frais des É.-U. et du Canada au
1-888-311-7762
ou de partout ailleurs à frais virés au : 416-391-9012

PROLONGATIONS DE COUVERTURE

Toute demande de prolongation de couverture doit être approuvée et n'est pas garantie. La prolongation de couverture doit être demandée à Medipac et approuvée par celle-ci soit avant la *date du début de votre voyage* ou dans les 12 jours suivant immédiatement la *date du début de votre voyage.* Pour faire prolonger *votre* couverture, *vous* devez appeler Medipac pendant les heures normales de bureau des É.-U. ou du Canada sans frais au 1-877-462-7267, ou au 416-441-7058 de partout ailleurs. Les conditions et les exclusions de la police seront en vigueur durant la période de prolongation.

Au titre de cette police, *vous* pouvez prolonger tout *voyage* pendant la période de 365 jours débutant à la *date d'entrée en vigueur de votre assurance* à concurrence d'une durée de *voyage* de 40 jours.

Afin de demander la prolongation de la couverture, *vous* devez être en bonne santé et *vous* ne devez avoir aucun trouble pour lequel on prévoit une opération ou une *hospitalisation*. **Aucune prolongation ne pourra être accordée si une réclamation est en cours.** Pour demander une prolongation de la couverture, veuillez téléphoner à Medipac au 1-877-462-7267. Une déclaration de bonne santé doit être faite avant qu'une prolongation puisse être accordée. Des frais d'administration s'appliquent pour chaque personne et chaque prolongation.

EXCLUSION RELATIVE À LA PROLONGATION

La présente assurance ne fournit aucun service, ne prévoit aucune indemnité et n'offre aucune couverture pour toute dépense découlant de façon directe ou indirecte de toute *maladie* ou *blessure* qui s'est d'abord manifestée, a d'abord été diagnostiquée ou a d'abord été traitée après la *date du début de votre voyage* et avant la prise d'effet de cette prolongation.

POLITIQUE DE REMBOURSEMENT

1. La prime ne peut être remboursée après la *date d'entrée en vigueur de l'assurance.*
2. Aucun remboursement ne sera accordé si une réclamation est en cours.
3. Toutes les demandes de remboursement doivent être faites par écrit à partir du Canada.
4. *Votre* demande doit comporter une déclaration attestant qu'aucune réclamation n'est en cours.

***L'assuré* a droit à un remboursement dans les cas suivants :**

Un **REMBOURSEMENT INTÉGRAL** si, avant la date *d'entrée en vigueur de l'assurance* :

- *l'assuré* ou son *conjoint* se trouve dans l'incapacité de voyager à cause d'une *maladie* ou d'une *blessure* (la déclaration d'un *médecin* est demandée);
- *l'assuré* se trouve dans l'incapacité de voyager à cause d'un décès dans sa famille immédiate.

Un **REMBOURSEMENT INTÉGRAL** moins des frais d'administration de 25 $ par personne si avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance :

- la police est annulée pour toute autre raison.

Un **REMBOURSEMENT DE LA PROLONGATION** moins des frais d'administration de 25 $ si :

- des jours de prolongation n'ont pas été utilisés au titre d'une prolongation d'assurance.

Toutes les demandes de remboursement doivent être datées avant
la *date d'entrée en vigueur de votre assurance*, le cachet postal faisant foi,
et doivent être postées à : Assurance voyage Medipac, 180 Lesmill Road, Toronto (ON) M3B 2T5.

AVIS IMPORTANT — VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT

• L'assurance voyage est conçue pour couvrir les pertes découlant de circonstances soudaines et imprévisibles. Il est important que vous lisiez et que vous compreniez votre police avant de partir en voyage, étant donné que votre couverture peut être assujettie à certaines restrictions ou exclusions.

• Une exclusion pour état préexistant peut s'appliquer à une affection et/ou à des symptômes d'ordre médical qui se sont manifestés avant votre départ. Vérifiez la façon dont ce type d'exclusion peut s'appliquer à votre police et influencer la date de votre départ, la date de souscription ou la date d'entrée en vigueur.

• En cas d'accident, de maladie ou de blessure, il est possible que vos antécédents médicaux soient examinés si une demande de règlement est soumise.

• Si votre police offre une aide de voyage, il est possible que l'on vous demande d'informer le service d'aide désigné avant le traitement. Votre police peut limiter les prestations si vous ne communiquez pas avec le service d'aide dans un délai déterminé.

Veuillez lire votre police avec soin avant de partir en voyage.