



Police d'assurance voyage médicale d'urgence Lève-tôt 2021

Veuillez lire le contrat attentivement.
Certaines conditions, restrictions et exclusions s'appliquent.

Les 11 pages suivantes
contiennent le libellé
de la police.

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, 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 garantie est réservée aux résidents canadiens; elle doit être souscrite à partir du Canada avant la date du départ. Vous devez être assuré en vertu du régime d'assurance maladie de la province ou du territoire canadien où vous résidez. Si vous avez moins de 56 ans, vous pouvez bénéficier de taux familiaux, ainsi que votre conjoint et vos enfants. Tous les membres de la famille doivent être nommés dans votre police. Les enfants doivent être accompagnés soit par vous ou par votre conjoint. Un conjoint de plus de 55 ans n'est pas couvert par une police familiale.

Cette police couvre les dépenses raisonnables que vous engagez, à l'extérieur de la province ou du territoire où vous résidez; qui découlent d'une urgence médicale, y compris la COVID-19, qui se produit au cours de la période de garantie (expliquée ci-dessous); et que vous engagez pour un traitement 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.

PÉRIODE DE GARANTIE

Pour le régime voyage unique, la période de votre garantie commence à 00 h 01, à la date d'entrée en vigueur de votre assurance, comme le stipule votre proposition d'assurance, et ne peut commencer avant si vous ne prévenez pas Medipac. Votre garantie prend fin à la première des éventualités suivantes :

a) à 23 h 59, le jour prévu de retour indiqué dans votre proposition d'assurance, ou b) à la date de votre retour au

Canada pour toute raison médicale. À la fin du traitement, demandez le rétablissement de votre police à Medipac Assist. Pour qu'elle soit valide, il faut un avenant.

Si, pendant le régime voyage unique, vous rentrez dans votre province ou territoire de résidence pour toute raison et que vous repartez ensuite en voyage, la présente assurance ne couvre aucune urgence médicale relative, connexe ou attribuable à tout problème physique ou pathologique pour lequel vous avez reçu des soins médicaux dans votre province ou territoire de résidence. La couverture du nombre de jours pendant lesquels vous êtes de retour dans votre province ou territoire de résidence n'est pas remboursable.

Si vous avez souscrit l'Option annuelle en plus du régime voyage unique, alors, pour tous les autres voyages :

- Hors du Canada**, votre couverture commence à 00 h 01 chaque jour que vous quittez le Canada au cours des 365 jours à partir de la date d'entrée en vigueur de votre assurance. Votre garantie finit à la première des éventualités suivantes : (a) 364 jours après la date d'entrée en vigueur de votre assurance; (b) à la date de votre retour au Canada; (c) à 00 h 01, 23 jours après la date à laquelle vous quittez le Canada (si vous avez souscrit l'Option annuelle de 23 jours); ou (d) à 00 h 01, 33 jours après la date à laquelle vous quittez le Canada (si vous avez souscrit l'Option annuelle de 33 jours).
- Au Canada**, votre garantie commence à 00 h 01 chaque jour que vous quittez votre province ou territoire de résidence principale au cours des 365 jours qui suivent la date d'entrée en vigueur de votre assurance. Votre garantie finit à la première des éventualités suivantes : (a) 364 jours après la date d'entrée en vigueur de votre assurance; (b) à la date de votre retour dans votre province ou territoire de résidence principale; ou (c) à 00 h 01, 182 jours après votre départ de votre province ou territoire de résidence principale.

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

La garantie d'assurance doit être souscrite pour la durée complète de votre voyage, à moins d'indication explicite contraire dans la police.

Si vous avez souscrit l'Option annuelle en plus du régime voyage unique, vous pouvez prolonger tout voyage unique pendant la période de 365 jours de votre police. En cas de prolongation de votre Option annuelle, le même genre de garantie et la même option de franchise DOIVENT être appliqués. Votre Option annuelle ne peut être utilisée conjointement avec votre régime voyage unique.

QUE FAIRE EN CAS D'URGENCE MÉDICALE?

Vous **DEVEZ** aviser Medipac Assist **AVANT** de demander un *traitement médical*.

1-800-813-9374 (É.-U. et Canada)

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

À défaut d'appeler Medipac Assist, *vous recevrez seulement 75 % de toutes les dépenses couvertes admissibles à concurrence de 50 000 \$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 assujéti 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 « **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, 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 du début de votre voyage** », on entend la date de chaque départ de *votre* province ou territoire de résidence principale pendant la période de garantie si *vous* avez souscrit l'Option annuelle.

Par « **date d'entrée en vigueur de votre assurance** », on entend, pour le régime *voyage* unique, la dernière des éventualités suivantes : 1) la date de départ indiquée dans *votre* proposition d'assurance ou 2) la date à laquelle *vous* quittez *votre* province ou territoire de résidence principale. Si *vous* souscrivez une police de *voyage* unique pour compléter une police d'assurance *voyage* pour soins médicaux, la *date d'entrée en vigueur de votre assurance* est celle qui est indiquée dans *votre* proposition d'assurance. Si *vous* souscrivez l'Option annuelle, la date que *vous* choisissez pour l'entrée en vigueur de *votre* couverture sera celle inscrite dans *votre* proposition d'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.

Par « **enfants** », on entend des fils, filles ou petits-enfants dépendants et célibataires âgés de moins de 19 ans et étudiants à temps plein; ou des fils, filles ou petits-enfants dépendants de tout âge qui vivent avec un handicap mental ou physique. Tous les *enfants* doivent être nés au moins 3 mois avant la *date d'entrée en vigueur de votre assurance* ou la *date du début de votre voyage*.

Par « **état préexistant** » : voir les détails à la page 5 de la police.

Par « **franchise** », on entend le montant des *dépenses couvertes* qu'il *vous* incombe de payer. Les *dépenses couvertes* sont d'abord payées par *votre* régime public d'assurance maladie; *votre franchise* s'applique avant que le reste des *dépenses couvertes* ne soit payé en vertu de la présente police. Le montant de la *franchise* applicable à cette police, le cas échéant, est indiqué en dollars US sur l'étiquette de validation jointe à cette police et s'applique à chaque voyage. *Votre franchise* doit être payée avant que *votre* réclamation ne puisse être réglée.

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;
- b) fournit des soins médicaux sous la surveillance d'un ensemble de *médecins*, et des soins 24 heures sur 24 par des infirmiers autorisés;
- 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'aliement 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*, ou un chirurgien qui pratique la chirurgie, dans les limites prescrites par leurs permis d'exercice respectifs et dont la situation légale et professionnelle dans leur domaine correspond à celle d'un docteur en médecine 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 *maladie* ou de la *blessure* 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.

Par « **soin médical** » : voir les détails à la page 6 de la police.

Par « **stabilisé et contrôlé** » : voir les détails à la page 5 de la police.

Par « **traitement médical** », on entend toute mesure, tout service ou toute fourniture d'ordre médical, thérapeutique ou diagnostique, qui est *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 l'état, le symptôme ou le trouble.

La *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* », « *votre* » et « *vos* », on entend *l'assuré*, selon la définition ci-dessus.

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.

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, ostéopathe, podologue ou physiothérapeute autorisé mais uniquement s'ils sont recommandés comme *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, jusqu'à concurrence de 500 \$. 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 lorsque, par suite d'une *maladie*, d'une *blessure* ou d'un décès survenu alors que *vous* voyagez 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 5 000 \$.

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 dépenses raisonnables et nécessaires engagées 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 de *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 350 \$ par jour jusqu'à un maximum de 2 000 \$; 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 indiquée dans la proposition. La prestation maximale est de 350 \$ par jour, à concurrence d'un montant global maximal de 2 000 \$. La *Compagnie* exige les reçus originaux des frais engagés.

9. Le retour du conjoint et des enfants comprend les frais d'un aller simple par avion en classe économique, jusqu'au point de départ, pour le retour de *votre conjoint* et de *vos enfants* 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 \$. Cette prestation doit être préalablement approuvée par Medipac Assist.

10. 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). Toute forme de transport aérien doit avoir été préalablement organisée et approuvée par Medipac Assist.

11. Les services d'un aide médical qualifié comprennent les dépenses raisonnables des 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*.

12. Le transport par ambulance aérienne comprend les frais raisonnables de transport entre *hôpitaux* par ambulance aérienne, si *nécessaire du point de vue médical*. Cette prestation doit être préalablement organisée et approuvée par Medipac Assist.

13. Le rapatriement de la dépouille mortelle comprend la préparation et le transport au point de départ initial au Canada de la dépouille de *l'assuré*. Cette garantie couvre, jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 000 \$, 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 5 000 \$. S'il est nécessaire d'identifier *l'assuré* avant de remettre la dépouille mortelle, la prestation couvre aussi le prix 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 jusqu'à concurrence de 350 \$ par jour, et d'un montant global maximal de 2 000 \$. La *Compagnie* exige les reçus originaux des frais engagés. Cette prestation doit être préalablement approuvée par Medipac Assist.

14. Le retour à la destination comprend les frais d'un billet d'avion en classe économique afin que *vous* et/ou *votre conjoint assuré* puissiez retourner à *votre* destination d'origine et ainsi continuer *votre voyage* après *votre* évacuation d'urgence au Canada approuvée par un *médecin*. Cette garantie est offerte seulement si aucun autre traitement n'est nécessaire et que Medipac Assist a approuvé *votre* retour en vertu de *votre* police actuelle. Pour que cette garantie soit valide, il faut un avenant.

NOTA : NONOBTANT LES AUTRES DISPOSITIONS DE CETTE POLICE, TOUT SOIN, 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 90 jours précédant la *date d'entrée en vigueur de votre assurance* ou 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 d'entrée en vigueur de votre assurance* ou 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'examen 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'agit d'un changement de médicament, pourvu que votre état pathologique demeure stable.

- Tout problème physique ou pathologique, symptôme ou maladie qui, dans les 12 mois précédant la *date d'entrée en vigueur de votre assurance* ou la *date du début de votre voyage*, a nécessité a) un total d'au moins trois (3) visites en salle d'urgence, *hospitalisations*, chirurgies d'un jour ou toute combinaison des trois, et/ou b) une seule *hospitalisation* pendant plus de 48 heures consécutives.
- 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 d'entrée en vigueur de votre assurance* ou 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 :

- Une guerre, déclarée ou non, tout acte de guerre civile, rébellion, insurrection ou terrorisme ou 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.
- Un suicide, une tentative de suicide ou une *blesseure* auto-infligée.

- a) Une grossesse normale; b) un accouchement normal; ou c) toute complication, toute affection ou tout symptôme relié à une grossesse, survenant dans les 18 dernières semaines qui précèdent la date prévue de l'accouchement.
- Tout enfant né pendant un *voyage*.
- Un *voyage* entrepris dans le but d'obtenir un traitement, des bilans de santé ou examens médicaux généraux ou une opération chirurgicale.
- Trouble, *maladie*, état ou symptôme d'ordre affectif, psychologique ou mental.
- Des *soins médicaux* ou chirurgicaux qui sont principalement de nature esthétique ou tout traitement de nature expérimentale.
- 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*.
- Tout acte pour lequel aucuns frais n'auraient été facturés en l'absence d'assurance.
- Une réadaptation, la continuation du traitement ou une complication 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*.
- Toute dépense engagée après la date à laquelle vous avez refusé une offre de rapatriement et/ou d'évacuation sanitaire.
- La perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel par vous-même.
- 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, tomographie, 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*.
- Le transfert médical d'urgence, à moins qu'il n'ait été préalablement organisé et approuvé par Medipac Assist.
- 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.

RESTRICTIONS GÉNÉRALES

S'il survient, après la souscription de cette police et avant la *date d'entrée en vigueur de votre assurance*, un changement dans votre état de santé, vous devez communiquer sans tarder avec Medipac en composant le 1-800-267-6440, à défaut de quoi il sera considéré qu'il y a eu une déclaration inexacte, ce qui pourrait rendre la police nulle et non avenue. Nous devons réévaluer votre admissibilité et le tarif de votre police. Si vous ne communiquez pas avec Medipac, votre réclamation pourrait être refusée ou vous pourriez ne recevoir de règlement que pour une partie des *dépenses couvertes*.

Personnes n'ayant pas droit à la garantie

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 :

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

et/ou si entre la date de votre demande et la date d'entrée en vigueur de votre assurance :

- Vous avez reçu un diagnostic de maladie en phase terminale, un *médecin* vous a recommandé de ne pas voyager, ou vous aviez le VIH, le sida ou le para-sida.
 - Vous avez reçu un diagnostic de fibrose pulmonaire ou de pneumopathie interstitielle.
 - Vous avez reçu une greffe d'organe ou de la moelle osseuse (excepté une greffe de peau ou de la cornée) ou eu un trouble sanguin pour lequel vous avez reçu un traitement au moyen de cellules souches.
 - Vous avez subi un *traitement médical*, reçu une ordonnance, pris des médicaments ou reçu un diagnostic relativement à un cancer du poumon, à un cancer métastatique ou à au moins deux (2) cancers (excepté les carcinomes basocellulaire et spinocellulaire).
 - Vous aviez des problèmes cardiaques et une fraction d'éjection de moins de 40 % ou une fonction ventriculaire de grade 3 ou 4.
 - Vous aviez un rétrécissement valvulaire modérément grave ou grave.
 - Vous aviez un anévrisme ou une artère dilatée d'une taille supérieure à 4,5 cm (diamètre ou largeur) pour lequel vous n'avez pas subi d'intervention chirurgicale.
- Tout service médical ou hospitalier si aucune protection en vertu du régime d'assurance maladie de votre province ou territoire canadien de résidence principale n'est en vigueur.
 - 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.
 - 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*.
 - Le traitement normal ou les soins normaux d'une affection existant avant la *date d'entrée en vigueur de votre assurance* ou tout bilan de santé général ou périodique.
 - Une greffe du cœur, d'un poumon, du foie, d'un rein, du pancréas ou de la moelle osseuse.
 - Une *urgence médicale* survenue pendant un *voyage* couvert par l'Option annuelle pour lequel vous n'avez pas donné de preuve de date de départ.
 - La pratique de la plongée sous-marine, de l'alpinisme, de l'escalade de rochers ou précipices, du deltaplane, du parapente, du parachutisme, du saut en parachute ou du saut en bungee.
 - La participation à des épreuves de vitesse ou d'endurance et/ou à des activités athlétiques ou sportives contre rémunération ou pour gagner des prix.
 - 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 votre assurance* ou la *date du début de votre voyage*.
 - 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 d'entrée en vigueur de votre assurance* ou la *date du début de votre voyage*. Cette exclusion ne s'applique pas aux avertissements aux voyageurs liés à la COVID-19.
 - Un test de dépistage de la COVID-19 exigé par toute autorité constituée (comme un gouvernement ou un service de transport) pour l'entrée ou la sortie d'un pays (ou d'une province, d'un territoire, d'un État), l'utilisation de ses services, ou encore un test de dépistage de la COVID-19 qui n'est pas considéré comme une *urgence médicale*.
 - Le VIH, le sida ou le para-sida.

11. *Vous* avez subi une chimiothérapie, une immunothérapie ou un traitement ciblé pour un cancer ou une/des tumeur(s) maligne(s).
12. *Vous* avez subi une chirurgie ou l'implantation d'une endoprothèse vasculaire à toute artère ou l'implantation d'un stimulateur cardiaque.
13. *Vous* avez subi une ablation cardiaque, l'implantation d'un défibrillateur cardiaque, une angioplastie coronaire et/ou l'implantation d'une endoprothèse coronaire [stent], un pontage coronarien, le remplacement ou la réparation d'une valvule cardiaque, ou souffert d'une crise cardiaque ou d'un épisode d'insuffisance cardiaque congestive.
14. *Vous* avez subi un accident vasculaire cérébral (AVC), un accident ischémique transitoire (AIT) ou une mini-attaque.
15. *Vous* souffrez de toute affection pulmonaire chronique (y compris l'emphysème, une maladie pulmonaire obstructive chronique [MPOC], une bronchite chronique, une affection respiratoire réactionnelle ou l'asthme) pour laquelle *vous* avez été hospitalisé pendant plus de 24 heures consécutives ou pour laquelle *vous* avez pris de la prednisone ou du Solu-Medrol ou avez reçu une ordonnance à cet effet.
16. *Vous* avez utilisé un dispensateur d'oxygène à domicile ou reçu une ordonnance à cet effet pour quelque raison que ce soit.
17. *Vous* avez été hospitalisé en soins intensifs en raison de la COVID-19.
18. *Vous* avez pris deux (2) médicaments ou plus ou de l'insuline pour le diabète et des médicaments pour des problèmes cardiaques ou avez reçu une ordonnance à cet effet. Le terme « médicament » comprend tous les genres de nitroglycérine.

Si *vous* avez moins de 56 ans et que *votre* voyage doit durer moins de 41 jours, les articles 4 à 18 sont sans effet.

Déclaration erronée

Si *vous* faites une déclaration erronée en réponse à toute question de la partie A de la demande, la présente police sera alors annulée.

Si *vous* faites une déclaration erronée en réponse à la question sur le vaccin contre la COVID-19 de la demande et qu'en conséquence, *vous* payez une prime moins élevée que la prime exigée, *votre* police ne couvrira alors que 75 % des dépenses couvertes.

Si *vous* faites une déclaration erronée dans toute autre partie de la demande et qu'en conséquence, *vous* payez une prime moins élevée que la prime exigée, la présente police ne couvrira alors les dépenses couvertes que dans le même

rapport que celui qui existe entre la prime payée et la prime exigée. *Vous* serez responsable de la portion restante des dépenses couvertes.

Si la *Compagnie* a engagé des dépenses en *votre* nom, *vous* cédez irrévocablement *votre* prime et toute prestation reçue d'un régime public d'assurance maladie à la *Compagnie*, si le montant de la prime est supérieur aux dépenses engagées par la *Compagnie*, la différence *vous* sera remboursée.

MODIFICATION DE LA DATE DE DÉPART

Pour le régime voyage unique, si *vous* devez changer la date de *votre* départ, *vous* DEVEZ aviser Medipac, à partir du Canada, avant la date de départ figurant dans *votre* proposition. Si *vous* avez souscrit l'Option annuelle, *vous* n'êtes pas obligé de donner un préavis de la date de *votre* départ pour d'autres 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. La présente police *vous* accordera un remboursement des dépenses couvertes (y compris les dépenses couvertes liées à la COVID-19) 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 de *votre* incapacité à 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 garantie 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-divulgence 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. Si l'âge que *vous* avez déclaré est inexact et qu'une telle déclaration erronée a pour conséquence le paiement d'une prime moins élevée que la prime exigée, la présente police ne couvrira les dépenses couvertes que dans le même rapport que celui qui existe entre la prime payée et la prime exigée.
- 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 ou

canadien, 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 public d'assurance maladie ou toute autre assurance, tout régime d'assurance automobile privé, provincial ou territorial. Si *vous* avez une assurance frais médicaux engagés à l'étranger semblable assortie d'un maximum viager a) de 100 000 \$CA ou moins, la *Compagnie* ne coordonne pas le paiement avec cette garantie; ou b) de plus de 100 000 \$CA, la *Compagnie* coordonne avec cette garantie le paiement des frais en excédent de 100 000 \$CA.
- L. Afin de déterminer l'admissibilité conformément à la section « Personnes n'ayant pas droit à la garantie » (sous « Restrictions générales ») de la présente police ou 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 (y compris *votre* ou vos médecins réguliers canadiens). *Votre* réclamation ne peut être traitée et aucune garantie ne sera payable en vertu de la présente police sans l'information requise.

La *Compagnie* a le droit d'exiger que *vous* passiez un examen médical et *vous* devez lui en donner l'occasion à un moment et à une fréquence aussi raisonnables que possible dans le cadre de la réclamation ou du paiement des réclamations en vertu de la présente police. Advenant *votre* décès, la *Compagnie* a le droit de demander une autopsie, à moins que cela soit interdit par la loi.

- M. Malgré toute autre disposition prévue aux présentes, **la présente police est assujettie 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.
- N. Le droit de toute personne de désigner des personnes à qui ou au bénéfice de qui les prestations seront payées est limité.
- O. 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.

QU'ADVIENT-IL DE MON ASSURANCE SI JE SUIS HOSPITALISÉ ET INCAPABLE DE RENTRER À LA DATE DE RETOUR PRÉVUE?

Cette police prévoit une prolongation automatique de la garantie, 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*, à la date prévue de *votre* retour, la garantie 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 après *votre* date de retour prévue, par suite du retard d'un transporteur public à bord duquel *vous* deviez voyager; ou, alors que *vous* voyagez en automobile, par suite d'un accident ou de problèmes mécaniques, la garantie reste en vigueur jusqu'à *votre* retour à *votre* point de départ ou pendant les 72 heures qui suivent la date à laquelle la garantie aurait normalement pris fin, selon la première de ces éventualités.

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

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*, le cas échéant
- le paiement de *votre* prime impayée, le cas échéant
- le dossier médical complet comprenant le diagnostic définitif du *médecin* traitant
- les antécédents médicaux
- tout autre document pertinent
- une preuve de vaccination contre la COVID-19, le cas échéant
- une preuve de la date de *votre* départ s'il s'agit d'une réclamation au titre de l'Option annuelle

Pour obtenir un règlement, veuillez soumettre UNIQUEMENT les originaux des factures, 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)

Vous devez envoyer les originaux des reçus relatifs à toutes les dépenses remboursables. Les coupons de caisse ne sont pas considérés comme des reçus originaux.

Pour tout renseignement sur les demandes de règlement, appelez Medipac Assist sans frais des É.-U. et du Canada au **1-888-311-4761** ou de partout ailleurs au 416-441-7073

PROLONGATIONS DE GARANTIE

Toute demande de prolongation de garantie doit être approuvée et n'est pas garantie. Pour faire prolonger *votre* couverture, *vous* devez appeler Medipac sans frais des É.-U. ou du Canada au 1-800-267-6440, ou au 416-441-7090 de partout ailleurs. Les conditions et les exclusions de la police seront en vigueur durant la période de prolongation.

La prolongation doit être demandée au moins 5 jours avant la date d'expiration de *votre* police (ou au moins 5 jours avant la date de la fin de *votre* voyage au titre de l'Option annuelle, le cas échéant).

Pour demander une prolongation de garantie, *vous* devez

- être en bonne santé sans qu'il y ait eu de changement de *votre* état de santé entre la *date d'entrée en vigueur de votre assurance* et la date de *votre* demande de prolongation;
- n'avoir connu aucun événement ayant mené ou pouvant mener à une réclamation au titre de la police;
- remplir un questionnaire;
- payer la prime exigée par carte de crédit; et
- payer les frais d'administration non remboursables et applicables par personne et par prolongation.

Les prolongations sont accordées par unités de durée de voyage comme publié, et la durée totale du voyage ne peut excéder le nombre maximum de jours permis par *votre* régime public d'assurance maladie, ou 212 jours. Le tarif des prolongations est calculé selon le prix de la nouvelle durée totale du voyage moins le coût de la durée initiale du voyage. Si *vous* demandez une prolongation d'un *voyage* au titre de l'Option annuelle, la prolongation sera calculée selon le prix de la nouvelle durée totale du *voyage* moins la prime payée pour l'Option annuelle.

Exclusion

Les prolongations de garantie ne fournissent aucun service, ne prévoient aucune indemnité et n'offrent 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 d'entrée en vigueur de votre assurance* ou la *date du début de votre voyage* et avant la date à laquelle *votre* demande de prolongation de *votre* période de garantie en vertu de la présente assurance a été approuvée.

POLITIQUE DE REMBOURSEMENT

1. Aucun remboursement ne sera accordé si un règlement a été consenti.
2. La prime de l'Option annuelle ne peut être remboursée après l'entrée en vigueur de la garantie.
3. Les demandes de remboursement doivent être faites par écrit à partir du Canada soit par la poste ou par courriel. Toutes les demandes de remboursement doivent être signées et datées par chacun des demandeurs.
4. Les remboursements sont effectués selon le même mode de paiement utilisé pour la transaction originale.

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

Un REMBOURSEMENT INTÉGRAL seulement si, avant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*, la police est annulée pour l'une des raisons suivantes :

- 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); ou
- l'*assuré* se trouve dans l'incapacité de voyager à cause d'un décès dans sa famille proche.

Un REMBOURSEMENT INTÉGRAL moins des frais d'administration de 50 \$ par personne si, avant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*, la police est annulée pour toute autre raison. Les primes de 50 \$ ou moins ne sont pas remboursables.

Tout **REMBOURSEMENT INTÉGRAL** du régime *voyage unique* entraînera la résiliation de l'Option annuelle.

Un REMBOURSEMENT PARTIEL moins des frais d'administration de 20 \$ par personne si

- l'*assuré* retourne au Canada avant la date de retour prévue et sa police comporte au moins 10 jours consécutifs non utilisés avant la date de retour prévue.
- Si la demande de remboursement est envoyée par courriel, *vous* devez fournir une preuve de *votre* retour au Canada.
 - Si *vous* voyagez par avion, *vous* pouvez soumettre une carte d'embarquement ou un reçu d'enregistrement.

- Si *vous* traversez la frontière par voie terrestre, la preuve de *votre* retour doit inclure la date de *votre* retour et une adresse canadienne (p. ex. un reçu d'achat d'essence par carte de crédit).
- Un remboursement au prorata sera calculé d'après la date du cachet postal de la demande écrite ou, dans le cas d'une demande par courriel, la date figurant sur la preuve de retour.
- Si *vous* avez souscrit l'Option annuelle de 23 jours (ou de 33 jours), seule la partie de la prime supérieure à une prime de régime *voyage* unique de 22-24 jours (ou 31-33 jours) est admissible à un remboursement.
- *Votre* demande **DOIT** préciser qu'aucun règlement n'a été accordé.

Toute demande de remboursement peut être postée à Assurance voyage Medipac
180 Lesmill Road, Toronto (ON) M3B 2T5
ou envoyée par courriel à service@medipac.com

Signé au nom de la *Compagnie* par



Jason Smith, CPA, CA
Président et chef de la direction
Assureur :

Old Republic, Compagnie d'assurance du Canada.
C.P. 577, 100, rue King Ouest, Hamilton (Ontario) L8N 3K9

AVIS IMPORTANT – VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT

- L'assurance voyage est conçue pour couvrir les pertes découlant d'urgences médicales 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 est assujettie à certaines conditions, restrictions et 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.
- L'assurance voyage exige que *vous* informiez 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.

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