

Assistance d'urgence

En cas d'urgence ou si vous présentez des symptômes médicaux ou si vous avez besoin de soins médicaux, vous devez communiquer avec Intrepid 24/7™ immédiatement au :

+1 (800) 203 8508

sans frais depuis le Canada et les États-Unis

+1 (416) 646 3107

appel à frais virés où possible

intrepid@intrepid247.com

Il est de votre responsabilité de vous assurer qu'Intrepid 24/7™ a été approché avant de recevoir des soins. Vos prestations seront limitées à 80 % des dépenses admissibles jusqu'à un maximum de 25 000 \$ si vous omettez de le faire, sauf dans des cas extrêmes lorsque les soins sont requis pour faire face à une crise médicale mettant la vie de la personne en danger.

AVIS IMPORTANT – VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT

- L'assurance voyage est conçue pour couvrir les pertes découlant de circonstances imprévues. Il est important que vous lisiez et compreniez votre certificat d'assurance, car votre couverture est assujettie à certaines restrictions et exclusions.
- La garantie au titre de la présent police est destinée aux soins d'urgence, et il n'existe aucune garantie pour le suivi ni pour les soins médicaux continus. Veuillez lire attentivement les sections relatives aux prestations et aux exclusions.
- Votre police ne couvrira pas les conditions préexistantes telles que définies dans la section des définitions de la police.
- En cas d'accident, de blessure ou de maladie, vos antécédents médicaux seront examinés lorsqu'une réclamation est signalée.

LA POLICE CONTIENT UNE CLAUSE POUVANT LIMITER LE MONTANT PAYABLE. Voir la section « Limitations et restrictions ».

REMARQUE : les termes en italique sont définis dans la section des définitions de la police.

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

Afin d'être admissible, à la date d'effet, vous devez :

- être un résident canadien couvert par le régime d'assurance santé de votre gouvernement pendant toute la durée de votre voyage et
- acheter une couverture pour toute la durée de votre voyage (sous réserve des dispositions de la section « Assurance complémentaire ») et
- être âgé d'au moins 15 jours et de moins de 80 ans et
- ne pas voyager contre l'avis d'un médecin et
- ne pas avoir reçu de diagnostic de maladie en phase terminale et
- ne présenter aucun nouveau symptôme ni de symptômes non diagnostiqués et n'avoir aucune raison de consulter un médecin et
- ne pas voyager pour obtenir un traitement médical à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence, que votre médecin traitant vous le recommande ou non; et
- ne pas avoir reçu de prescription d'oxygène à domicile au cours des 12 mois avant la date d'effet et

Si vous êtes âgé entre 60 et 80 ans, vous devez également :

- voyager pendant une durée de 90 jours maximum et
- ne pas avoir reçu de diagnostic d'insuffisance cardiaque congestive et
- ne pas avoir reçu de diagnostic d'anévrisme non réparé de 4,5 cm ou plus et
- ne pas avoir besoin d'aide pour exécuter les activités quotidiennes (telles que s'habiller, se laver, manger, se rendre aux toilettes, se mettre au lit ou sortir du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise); et

Applicable à l'avantage n° 21 (couverture COVID-19) : Si vous êtes âgé de 66 à 80 ans, vous devez aussi :

- ne souffrir d'aucune maladie, blessure ou condition médicale (autre qu'une affection mineure) qui n'était pas stable dans les 365 jours précédant la date d'entrée en vigueur;
- ne pas avoir reçu un diagnostic de BPCO ou d'emphysème ou ne pas être traité ou être en attente de test ou de résultats de tests pour ces conditions.

CONVENTION D'ASSURANCE

1. En contrepartie du paiement de la prime exigée en totalité, cette police offre une couverture à hauteur de 7 000 000 \$CA par *personne assurée* et par *voyage*, pour les *frais raisonnables et habituels* que *vous* avez engagés en raison d'une *urgence* couverte survenue lors de *votre voyage* à l'extérieur de *votre province* ou territoire de résidence.
2. Assujettis à toutes les conditions de la politique, les prestations sont payables au maximum de la somme assurée pour les services qui sont *nécessaires d'un point de vue médical*. Les limites des prestations sont par *personne assurée* et par *voyage*, et comprennent les prolongations ou les compléments d'assurance.
3. Ce contrat, la proposition et la confirmation d'assurance constituent le contrat d'assurance.
4. *L'assureur* se réserve le droit de refuser une proposition d'assurance ou une demande de prolongation de couverture.
5. Une seule police peut être émise pour *vous* et toutes les primes payées pour toute police supplémentaire *vous* seront retournées. Si au moment de présenter une demande de règlement plus d'un contrat établi par *l'assureur* est en vigueur à *votre égard*, seul le contrat qui est entré en vigueur en premier s'applique.
6. *L'assureur* peut, à sa discrétion, renoncer à l'exigence des recommandations de *médecins* et des documents justificatifs. *L'assureur* *vous* informera si tel est le cas.

DURÉE DE LA COUVERTURE

RÉGIME DE VOYAGE UNIQUE

Le régime de voyage unique fournit une couverture pour un *voyage* unique à l'extérieur de *votre province* ou territoire de résidence.

Date d'entrée en vigueur de la couverture

La couverture prévue par le régime de voyage unique commence au plus tard :

- a. à la date et à l'heure à laquelle *vous* souscrivez et payez cette assurance ou
- b. à la date et à l'heure à laquelle *vous* quittez *votre province* ou territoire de résidence ou
- c. à 00 h (heure locale) à la date d'effet, tel qu'indiqué sur la confirmation de *votre* assurance.

Période d'attente

Si *vous* souscrivez *votre* police après avoir quitté *votre province* ou territoire de résidence, *vous* ne serez pas assuré en cas de *maladie* qui a débuté ou pour laquelle *vous* avez présenté des symptômes au cours des premières 48 heures suivant la date d'effet, même si *vous* engagez des dépenses connexes après la période d'attente de 48 heures.

Date d'expiration de la couverture

La couverture prévue par le régime d'assurance voyage unique prend fin au plus tôt :

- a. à 23 h 59 (heure locale) à la date d'expiration indiquée sur *votre* confirmation d'assurance ou
- b. à la date et à l'heure à laquelle *vous* retournez dans *votre province* ou territoire de résidence.

Vous pouvez retourner temporairement dans *votre province* ou territoire de résidence avant la date d'expiration, et *votre* couverture reprendra effet sans prime supplémentaire lorsque *vous* quittez *votre province* ou territoire de résidence pour poursuivre *votre voyage*. La prime correspondant au nombre de jours de visite temporaire ne sera pas remboursée ni réémise. Toute affection médicale accompagnée de symptômes ou pour laquelle *vous* avez reçu des *soins médicaux* lors d'une visite temporaire n'est pas couverte.

En ce qui concerne les polices qui prévoient une couverture pour les voyages dans le monde entier à l'exception des États-Unis d'Amérique, la couverture est limitée aux voyages à l'extérieur des États-Unis, à l'exception des passages en transit ou des escales aux États-Unis de plus de 5 jours.

En ce qui concerne les polices qui prévoient une couverture pour les voyages au Canada seulement, aucune couverture n'est offerte pour les voyages à l'extérieur du Canada.

Prolonger votre couverture

Si *vous* souhaitez prolonger *votre voyage* au-delà de la date d'expiration du régime de voyage unique, *vous* pouvez souscrire une nouvelle police soumise aux conditions de la présente police et au barème des primes en vigueur au moment où la nouvelle police est sollicitée. Les frais liés aux jours d'assurance supplémentaires seront calculés en fonction de *votre* âge à la date d'effet de la nouvelle police sous réserve que :

- a. *vous* soyez toujours admissibles à l'assurance et
- b. *votre* état de santé n'ait pas changé depuis la date d'entrée en vigueur ou la date de départ et
- c. une demande n'ait été faite au titre de la police initiale pour un voyage en particulier et
- d. la sollicitation de la nouvelle police soit reçue avant la date d'expiration de *votre* couverture et
- e. *vous* restiez couvert par *l'assurance santé de votre gouvernement* pendant toute la durée de *votre voyage*.

RÉGIME DE VOYAGES MULTIPLES

Le régime de voyages multiples prévoit une couverture pour un nombre illimité de *voyages* à l'extérieur de *votre province* ou territoire de résidence entre la date d'effet et la date d'expiration, jusqu'à la durée maximum que *vous* avez souscrite tel qu'indiqué sur *votre* confirmation d'assurance, ainsi que pour les *voyages* illimités à l'intérieur du Canada, excepté à l'extérieur de *votre province* ou territoire de résidence.

Si *vous* faites une demande de règlement, *vous* devrez fournir une preuve de *votre* date de départ et de *votre* date de retour. Il peut s'agir de *votre* billet d'avion, d'un billet de train, d'un passeport estampillé,

d'une carte de crédit ou d'un relevé bancaire indiquant les achats effectués au Canada avant la date de *vo*tre départ.

Tout changement à *vo*tre état de santé après la date d'effet n'aura aucune incidence sur *vo*tre admissibilité, mais la couverture pour cette affection médicale sera assujettie aux exclusions de la police.

Date d'entrée en vigueur de la couverture

La couverture en vertu du régime de voyages multiples prend effet au plus tard :

- a. à la date et à l'heure à laquelle *vo*us souscrivez et payez cette assurance ou
- b. à la date et à l'heure à laquelle *vo*us quittez *vo*tre province ou territoire de résidence ou
- c. à 00 h (heure locale) à la date d'effet, tel qu'indiqué sur la confirmation de *vo*tre assurance.

Date d'expiration de la couverture

La couverture en vertu du régime de voyages multiples prend fin à 23 h 59 (heure locale) à la date indiquée sur la confirmation de *vo*tre assurance.

La couverture pour chaque voyage prend fin au plus tôt :

- d. à 23 h 59 (heure locale) à la date d'expiration indiquée sur la confirmation de *vo*tre assurance ou
- e. à la date et à l'heure auxquelles *vo*us retournez dans *vo*tre province ou territoire de résidence ou
- f. à la date à laquelle *vo*us atteignez la durée maximale à l'extérieur du Canada.

Aucune couverture ne prend effet pour un voyage à l'extérieur de *vo*tre province ou territoire de résidence qui a débuté avant la date d'effet ou qui se prolonge au-delà de la date d'expiration du régime de voyages multiples. Si un voyage qui débute pendant la période de couverture se prolonge au-delà de la date d'expiration, *vo*us pouvez souscrire un nouveau régime de voyages multiples, à condition qu'il n'y ait aucune déchéance de couverture, et que la durée totale du voyage n'excède pas la durée maximum choisie pour le régime de voyages multiples.

*Vo*us pouvez souscrire une assurance complémentaire pour un voyage qui excède la durée maximum, à condition qu'il n'y ait aucune déchéance de couverture.

PROLONGATION DE COUVERTURE

Prolongation automatique de la couverture

Après en avoir avisé Intrepid 24/7™, *vo*tre couverture sera automatiquement prolongée, sans prime supplémentaire, pour une durée maximum de 5 jours si le retour dans *vo*tre province ou territoire de résidence est retardé au-delà de la date d'expiration, pour l'une ou l'autre des raisons suivantes :

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

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

Une assurance complémentaire est un régime de voyage unique qui couvre les jours supplémentaires de *vo*tre voyage s'il dépasse le nombre de jours couverts par un régime de voyages multiples d'Assurance-maladie de voyage MSH.

Une assurance complémentaire peut également être achetée pour des jours supplémentaires pour un voyage couvert par un autre régime d'assurance voyage si la durée du voyage dépasse la date d'expiration de l'autre couverture.

L'assurance complémentaire peut être souscrite après la date de *vo*tre départ, mais elle doit être souscrite avant la fin de la couverture existante. L'assurance complémentaire entre en vigueur après la fin de la couverture existante.

*Vo*us pouvez souscrire une couverture supplémentaire à condition que :

1. *Vo*tre couverture supplémentaire est souscrite pour le nombre total de jours restants de *vo*tre voyage et
2. *vo*us payez la prime requise avant la date d'effet de l'assurance complémentaire et
3. la demande d'assurance complémentaire est reçue avant la date d'expiration de *vo*tre assurance existante; et
4. *vo*us soyez toujours admissible à l'assurance et
5. *vo*tre état de santé n'ait pas changé depuis la date d'effet ou de *vo*tre date de départ la plus tardive et
6. aucune réclamation n'ait été faite au titre de la police initiale pour ce voyage en particulier. Si une réclamation a été faite, une assurance complémentaire peut être accordée après examen de *vo*tre dossier par l'assureur.

- b. Une justification médicale indiquant que *vo*us êtes médicalement inapte à voyager, en raison d'une *maladie* ou d'une *blessure* couverte à la date ou avant la date d'expiration.

- c. *Vo*us, un membre de *vo*tre famille immédiate ou un compagnon de voyage êtes hospitalisé à la fin de *vo*tre voyage suite à une *maladie* ou à une *blessure* couverte. La couverture se prolonge pendant la période d'hospitalisation et les 5 jours débutent à la sortie de l'hôpital.

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

PRESTATIONS MÉDICALES ET HOSPITALIÈRES D'URGENCE

L'assureur remboursera les *frais raisonnables et habituels* pour les dépenses admissibles dans cette section, qui sont engagés suite à une *urgence* couverte pendant la période de couverture, à hauteur de 7 000 000 \$CA, assujettie à toutes les restrictions, exclusions et dispositions de la police.

Toutefois, certaines dépenses, telles que mentionnées ci-dessous, sont couvertes seulement avec l'approbation préalable d'Intrepid 24/7™.

1. Hospitalisation

- a. Jusqu'à concurrence du tarif d'une chambre à deux lits. Si cela est *nécessaire d'un point de vue médical*, les dépenses relatives au traitement reçus dans une unité de soins intensifs ou dans une unité de soins coronariens sont également couverts.
- b. Frais liés à une salle d'urgence.
- c. Services d'urgence dispensés en clinique externe par un hôpital lorsque cela s'avère *nécessaire d'un point de vue médical*.

2. Services médicaux

- a. Soins médicaux administrés par un *médecin*, un chirurgien, un anesthésiste ou une infirmière dûment autorisée (autre qu'un *membre de votre famille immédiate*).
- b. Plasma, sang total ou oxygène, y compris leur administration.

3. Services diagnostiques

Les examens de laboratoire et les radiographies qui sont prescrites par le *médecin* traitant et qui font partie des *soins médicaux d'urgence*. Cette police ne couvre pas l'imagerie par résonance magnétique (IRM), le cathétérisme cardiaque, la tomodensitométrie (TDM), la radiographie numérique, les sonogrammes ou les échographies et les biopsies, à moins que de tels services soient approuvés à l'avance par Intrepid 24/7™.

4. Médicaments d'ordonnance

Les médicaments, notamment les médicaments injectables et les sérums, qui peuvent seulement être obtenus sur ordonnance médicale, qui sont prescrits par un *médecin* et qui sont administrés par un pharmacien autorisé, lorsque cela s'avère *nécessaire d'un point de vue médical* en cas de *soins médicaux d'urgence*, sauf lorsque cela est nécessaire pour stabiliser une maladie chronique ou une affection médicale dont vous souffriez avant le voyage. Cette prestation est limitée à un maximum de 30 jours par ordonnance, sauf lorsque vous êtes *hospitalisé*.

5. Infirmière en service privé

Lorsqu'ils sont préautorisés par Intrepid 24/7™ et prescrits par un *médecin* traitant, les services professionnels d'une infirmière en service privé (autre qu'un *membre de votre famille immédiate*), suite à une *urgence* couverte lorsque cela s'avère *nécessaire d'un point de vue médical* et quand vous êtes *hospitalisé* ou pour remplacer l'*hospitalisation*.

6. Services paramédicaux

Lorsqu'ils sont approuvés à l'avance par Intrepid 24/7™, les services (y compris les radiographies) d'un acupuncteur, d'un podologue, d'un chiropraticien, d'un optométriste, d'un physiothérapeute, ou d'un ostéopathe autorisé à hauteur de 500 \$ par *personne assurée* et par profession énumérée ci-dessus.

7. Soins dentaires

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

- a. à hauteur de 5 000 \$ pour réparer ou remplacer les dents entières ou saines ou des dents ou des prothèses fixes permanentes endommagées par suite d'un coup accidentel reçu au visage et
- b. à hauteur de 650 \$ pour des soins d'urgence afin de soulager des douleurs dentaires non causées par un coup accidentel au visage et pour lesquels vous n'avez préalablement reçu aucun soin ni conseil.

Les soins doivent commencer dans un délai de 48 heures à partir du début de l'*urgence* et prendre fin au plus tard 90 jours après le début des soins et avant la date d'expiration.

8. Appareils médicaux

Lorsqu'ils sont approuvés à l'avance par Intrepid 24/7™ et prescrits par le *médecin* traitant, les appareils mineurs tels que les béquilles, les plâtres, les attelles, les cannes, les écharpes, les bandages, les appareils orthopédiques, les déambulateurs ou la location temporaire d'un lit *d'hôpital*, d'un fauteuil roulant, de poumons d'acier ou d'un autre équipement durable pour les soins thérapeutiques, n'excédant pas le prix d'achat.

9. Transport d'urgence

Services d'ambulance autorisés (couvre les frais de taxi de 100 \$ en remplacement du transport par ambulance), vers l'établissement médical le plus proche capable de fournir des *soins médicaux d'urgence*;

- a. Le transport entre les *hôpitaux* lorsque demandé par le *médecin* traitant pour des soins médicaux urgents;
- b. Si, suite à une *urgence* couverte, l'équipe médicale de votre *médecin* traitant ou Intrepid 24/7™ vous recommande de retourner au Canada, les frais engagés pour :
 - i. un billet aller simple en classe économique sur un vol commercial par l'itinéraire le plus direct, notamment les frais liés aux sièges supplémentaires afin d'y installer une civière;
 - ii. un billet aller-retour en classe économique par l'itinéraire le plus direct pour un accompagnateur médical qualifié qui vous accompagne, si demandé par la compagnie ou si votre *médecin* traitant indique par écrit que cela s'avère *nécessaire d'un point de vue médical*;
 - iii. ambulance aérienne si cela s'avère *nécessaire d'un point de vue médical*

seulement lorsque ces services sont approuvés et organisés par Intrepid 24/7™.

Le transport terrestre est limité à 10 000 \$ et le transport aérien est limité à 250 000 \$.

- c. Maximum de 5 000 \$ pour votre évacuation d'urgence d'une zone montagneuse, maritime ou d'un autre lieu éloigné vers l'établissement médical ou l'*hôpital* le plus proche et le plus

raisonnablement accessible.

10. Visite à votre chevet

Lorsque ce service est approuvé à l'avance par Intrepid 24/7™, un billet d'avion aller-retour en classe économique plus 150 \$ par jour à hauteur de 1 500 \$ chacun pour les frais de repas et l'hébergement commercial pour un maximum de deux personnes de votre choix afin de :

- a. être à vos côtés si vous avez été hospitalisé suite à une urgence assurée. Afin d'être payable, cette prestation nécessite que vous soyez par la suite hospitalisé pendant au moins 3 jours consécutifs et que le médecin traitant fournisse une certification écrite comme quoi la situation était assez grave pour justifier la visite ou
- b. vous identifier si vous décédez, avant la remise du corps, au besoin.

11. Rapatriement du corps

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

- a. à hauteur de 15 000 \$ en rapport avec les frais réels encourus lors de la préparation de la dépouille et du transport (y compris un conteneur de transport standard) jusqu'à votre résidence permanente au Canada ou
- b. jusqu'à 5 000 \$ pour la crémation ou l'enterrement sur le lieu du décès.

Le coût du cercueil, de l'urne ou des funérailles n'est pas couvert.

12. Repas et hébergement

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

- a. vous ou votre compagnon de voyage êtes hospitalisé à la date à laquelle votre retour vers votre province ou territoire de résidence au Canada est prévu ou
- b. vous ou votre compagnon de voyage êtes transféré dans un hôpital d'une autre ville pour bénéficier de soins médicaux d'urgence.

Le fait que vous ne soyez pas en mesure de voyager doit être certifié par le médecin traitant, et les réclamations doivent être accompagnées des reçus originaux des organisations commerciales.

13. Allocation pour frais hospitalier

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

14. Retour et accompagnement des enfants

Si approuvé et organisé à l'avance par Intrepid 24/7™, jusqu'à concurrence du tarif aérien en classe économique pour le retour d'un enfant à charge accompagnant le requérant au point de départ, au cas où vous retournez au Canada au titre de la prestation pour

transport d'urgence ou du rapatriement du corps. L'assureur paiera également une escorte afin d'accompagner l'enfant à charge.

15. Retour d'un compagnon de voyage

Si approuvé à l'avance par Intrepid 24/7™, jusqu'à concurrence d'un seul billet aller simple en classe économique pour un compagnon de voyage pour rentrer au Canada si vous êtes retourné au Canada en vertu de la prestation pour transport d'urgence ou pour rapatriement du corps.

16. Retour d'un animal de compagnie

Si approuvé et organisé à l'avance par Intrepid 24/7™, à hauteur de 500 \$ pour les frais de retour du/des chien(s) ou du/des chat(s) vers votre province ou territoire de résidence, au cas où vous êtes hospitalisé en raison d'une maladie ou d'une blessure couverte ou que vous retournez au Canada au titre de la prestation pour transport d'urgence ou pour rapatriement du corps.

17. Retour du véhicule

Si approuvé et organisé à l'avance par Intrepid 24/7™, à hauteur de 4 000 \$ pour les frais de retour de votre véhicule vers votre résidence ou vers un organisme de location commerciale, au cas où vous ne seriez pas en mesure de retourner un véhicule à son point d'origine en raison d'une urgence assurée pendant votre voyage.

18. Retour des bagages supplémentaires

Si approuvé et organisé à l'avance par Intrepid 24/7™, à hauteur de 1 000 \$ pour les frais de retour de vos bagages supplémentaires vers le point de départ, au cas où vous devez retourner au Canada au titre de la prestation pour transport d'urgence.

19. Retour à la destination initiale du voyage

Si approuvé et organisé à l'avance par Intrepid 24/7™, à hauteur de 5 000 \$ pour un billet aller simple en classe économique pour votre retour et celui d'un compagnon de voyage à la destination initiale au cas où vous devez retourner au Canada au titre d'une prestation pour transport d'urgence, et le médecin traitant détermine que le traitement médical reçu au Canada a mis fin à la situation d'urgence. Le retour doit avoir lieu au cours de la période de voyage initiale. La récurrence ou la complication de l'affection à l'origine de votre retour dans votre lieu de résidence est exclue en vertu de la présente police.

20. Couverture COVID-19

Les frais raisonnables et habituels pour les dépenses admissibles d'urgence liées à la COVID-19 seront couverts par les avantages médicaux et d'hospitalisation d'urgence ci-dessus, sous réserve de toutes les limites, exclusions et dispositions de la police.

21. Psychiatre / Psychologue

Lorsque le médecin traitant le juge indispensable, les frais réels pour :

- a. les consultations d'un psychiatre, d'un psychologue ou d'un travailleur social agréé pour le soulagement de symptômes aigus, jusqu'à un maximum de 5 000 \$ par personne assurée ; ou
- b. la visite initiale chez le médecin.

EXCLUSIONS

Cette police ne couvre pas les pertes ni les dépenses liées, en totalité ou en partie, directement ou indirectement à l'une ou l'autre des situations suivantes :

1. Toute *maladie*, *blessure* ou affection médicale (autre qu'une *affection mineure*) qui n'était pas *stable* :
 - i. **dans les 30 jours précédents la date d'effet** si vous avez moins de 60 ans et que vous voyagez pendant un maximum de 60 jours ou
 - ii. **dans les 90 jours précédents la date d'effet** si vous avez moins de 60 ans et que vous voyagez pendant plus de 60 jours ou
 - iii. **dans les 90 jours précédents la date d'effet** si vous avez entre 60 et 74 ans ou
 - iv. **dans les 180 jours précédents la date d'effet** si vous avez entre 75 et 79 ans.
2. Les dépenses liées à une *maladie* ou à une *blessure* qui inciterait une personne normalement prudente à obtenir des *soins médicaux*, des conseils, un diagnostic ou des soins au cours de la période de 90 jours immédiatement avant la date d'effet.
3. Les dépenses liées à une *maladie* ou à une *blessure* pour lesquelles vous avez présenté des symptômes après la date d'effet, mais sans avoir cherché à obtenir de *soins médicaux*, et de tels symptômes auraient incité une personne normalement prudente à obtenir des *soins médicaux*, des conseils, un diagnostic ou des soins.
4. Les *soins médicaux* qui ne sont pas urgents pour le soulagement immédiat de la douleur et de la souffrance aiguë, y compris la chirurgie ou les soins non urgents ou cosmétiques.
5. En ce qui concerne les prolongations de police ou les assurances complémentaires, toute affection médicale qui est apparue, a été diagnostiquée ou soignée après la date de départ prévue et avant la date d'effet de la prolongation ou du complément.
6. Les frais engagés pour vos déplacements contre l'avis d'un *médecin*, ou les pertes découlant de *votre maladie* ou de *votre* condition médicale, qui d'après le diagnostic d'un *médecin*, était jugée comme une *maladie en phase terminale* avant la date d'effet.
7. Les *soins médicaux* pouvant être raisonnablement retardés jusqu'à *votre* retour dans *votre* province ou territoire de résidence ou au Canada par le prochain moyen de transport disponible, que vous le vouliez ou non.
8. Les *soins médicaux* d'une maladie chronique, les soins réguliers d'une maladie chronique, les *soins médicaux* à domicile, les examens exploratoires, la réadaptation ou les soins continus.
9. Les *soins médicaux* ou les examens exploratoires des conditions médicales pour lesquelles vous avez reçu des *soins médicaux d'urgence* au cours de *votre* voyage, une fois que l'*urgence* initiale a pris fin, tel que déterminé par l'équipe médicale d'Intrepid 24/7™.
10. La non-conformité avec une thérapie ou avec des *soins médicaux* prescrits.
11. Tous les frais résultant d'un *accident* d'automobile pour lequel vous êtes couvert en vertu d'une autre police d'assurance, y compris l'assurance automobile, sauf si cette autre couverture d'assurance est épuisée.
12. Les transplantations comprenant, mais ne se limitant pas aux greffes de cornée ou d'organes ou aux greffes de moelle osseuse, d'articulations artificielles, de prothèses ou d'implants, y compris tous les frais qui y sont associés.
13. Le remplacement d'une ordonnance existante, que ce soit en raison d'une perte, sauf indication contraire ailleurs dans la police, d'un renouvellement ou d'une provision insuffisante, ou l'achat de drogues et de médicaments (vitamines comprises) que l'on peut normalement se procurer sans ordonnance ou qui ne sont pas enregistrés ou approuvés légalement au Canada ou qui ne sont pas requis dans le cadre d'une *urgence* médicale.
14. Tout dommage à des prothèses auditives, lunettes, lunettes de soleil, verres de contact, prothèses dentaires, membres artificiels ou appareils et toute ordonnance qui s'ensuit.
15. Frais associés à toute prestation ou *soins médicaux* qui nécessitent l'approbation préalable d'Intrepid 24/7™ si une telle approbation n'était pas fournie, sauf dans des circonstances extrêmes où de tels *soins médicaux* urgents sont effectués dès l'admission à l'hôpital.
16. Des troubles émotifs, psychologiques ou mentaux ou une *maladie*, état de santé ou symptôme du même ordre.
17. La perte, le décès ou la *blessure* si, à ce moment, il existait des preuves indiquant que vous étiez affecté par une consommation d'alcool, de drogues interdites ou de toute autre substance intoxicante ou que l'affection médicale à l'origine de la perte ait contribué de manière significative à cette consommation.
18. Soins prénataux de routine; *votre* grossesse ou *votre* accouchement, ou des complications y étant liées lorsqu'elles surviennent 9 semaines avant ou après la date prévue d'accouchement; la naissance de *votre* enfant au cours de *votre* voyage.
19. Pour les enfants âgés de moins de 2 ans, toute *maladie* ou condition médicale découlant d'une infirmité congénitale.
20. La perpétration ou la tentative de perpétration, par vous, d'un acte illégal ou d'un acte criminel.
21. *Votre* suicide, *votre* tentative de suicide ou une *blessure* que vous vous infligez, que vous soyez sain d'esprit ou non.
22. La pratique de *l'escalade de rochers et de l'alpinisme*, du deltaplane, du saut en parachute, du saut à l'élastique ou du parachutisme; la participation à des courses motorisées ou à des courses de vitesse; la participation à une activité sportive en tant qu'athlète professionnel (pour laquelle vous êtes rémunéré); la plongée (à moins de détenir une certification d'un programme reconnu et accepté à l'international tel que NAUI ou PADI ou si la profondeur de plongée ne dépasse pas 30 mètres).
23. La mort ou la *blessure* subie aux commandes d'un aéronef ou lors de l'enseignement du pilotage d'un aéronef en tant que pilote ou membre de l'équipage.

24. Les *voyages* vers, de ou à travers tout pays, toute région ou toute ville pour laquelle, avant votre date de départ, le gouvernement canadien ou l'un ou l'autre de ses ministères avait émis un avertissement d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non-essentiel au cours de la durée de *votre voyage*, si la perte découle de la raison pour laquelle l'avertissement a été émis. Exception : la présente exclusion ne s'applique pas à l'avantage n° 21 (Couverture COVID-19).
25. Guerre civile ou étrangère, actes d'ennemis étrangers, hostilités déclarées ou non, rébellion, révolution, insurrection ou pouvoir militaire ou *votre visite illégale* dans un pays.
26. *Terrorisme* ou toute activité ou décision d'un organisme gouvernemental ou de toute autre entité afin d'empêcher,

de réagir à ou de mettre fin au *terrorisme*, excepté la perte ou le dommage qui résulte directement d'un incendie ou d'une explosion. Une telle perte ou dommage est exclue indépendamment de toute autre cause ou événement qui contribue simultanément ou dans n'importe quel ordre aux pertes ou aux dommages.

27. La contamination découlant de l'utilisation de matériel radioactif, de combustible nucléaire, de déchets nucléaires ou l'utilisation d'arme(s) de destruction massive (nucléaire, chimique ou biologique).
28. Servir ou faire une formation dans les forces armées, à la garde nationale ou dans le corps de réserve organisé de n'importe quel pays ou une autorité internationale.

DÉFINITIONS

Certains termes en italiques utilisés dans cette police sont définis dans cette section.

Accident signifie un événement imprévu et involontaire exclusivement attribuable à une cause externe suite à une *blessure* corporelle.

Affection mineure s'entend de toute *maladie* ou *blessure* qui ne requiert pas :

- la consommation de médicaments pendant une période de plus de 15 jours ou
- plus d'une visite de suivi chez le *médecin*, une *hospitalisation*, une intervention chirurgicale ou d'être dirigé vers un spécialiste
- et qui prend fin au moins 30 jours consécutifs avant la date de départ de chacun des *voyages*.

Une maladie chronique ou une autre complication d'une maladie chronique n'est pas considérée comme une *affection mineure*.

Assuré, personne assurée s'entend d'une personne admissible nommée dans la proposition et dans la confirmation de l'assurance et pour laquelle la prime requise a été payée.

Assureur se rapporte à certains souscripteurs de Lloyd's qui fournissent cette assurance.

Blessure s'entend d'un dommage corporel attribuable directement à un accident que vous subissez pendant la période de couverture et qui requiert des soins médicaux d'urgence couverts par cette police.

Compagnon de voyage s'entend d'une personne qui partage des arrangements de voyage avec *vous*, jusqu'à un maximum de 3 (trois) personnes.

Par **condition préexistante**, on entend toute maladie, tout trouble ou toute *blessure* ou tout symptôme associé qui s'est développé avant la date d'inscription au plan, dont *vous* ou les personnes à *votre charge* aviez connaissance, ou dont *vous* auriez pu raisonnablement avoir connaissance, et que *l'assureur* n'a pas expressément accepté de couvrir.

Conjoint s'entend de la personne avec laquelle *vous* êtes marié légalement ou avec laquelle *vous* cohabitez en union de fait depuis au moins 12 mois.

Les **enfants à charge** sont les enfants célibataires qui habitent avec *vous* et qui dépendent de *votre soutien* si *vous* êtes leur

parent, grand-parent ou tuteur légale, et à la date d'effet, ils sont âgés d'au moins 15 jours et :

- moins de 21 ans ou
- moins de 26 ans et étudiant à temps plein ou
- atteint d'un handicap mental ou physique.

Escalade de rochers et alpinisme s'entend de l'ascension ou de la descente d'une montagne au moyen d'un équipement spécialisé, notamment des crampons, piolets, relais, pitons à expansion, mousquetons et dispositifs d'ancrage pour l'ascension en moulinette ou en premier de cordée.

Frais raisonnables et habituels s'entend des frais encourus pour des services médicaux ou des fournitures médicales approuvées et couvertes, qui ne dépassent pas les frais exigés normalement par des fournisseurs de rang professionnel comparable, établis dans la même localité ou région, pour semblables *soins médicaux* d'une *maladie* ou *blessure* similaire.

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

Hôpital s'entend d'un établissement reconnu légalement comme étant un *hôpital*, offrant en permanence les services d'un ou de plusieurs *médecins* en tout temps ainsi que les services d'infirmières diplômées, qui s'engage principalement à fournir des services de diagnostic ainsi que des *soins médicaux* et chirurgicaux de *maladie* ou de *blessure* durant la phase aiguë ou des soins actifs de maladie chronique; qui offre des services de diagnostic, des interventions chirurgicales majeures ainsi que de soins hospitaliers. Le terme *hôpital* n'englobe pas les établissements de convalescence, de soins, de repos, ou les soins infirmiers spécialisés, qu'ils fassent partie ou non d'un *hôpital* général ordinaire ou un établissement principalement exploité comme une clinique, un établissement de soins palliatifs ou de longue durée, un établissement de réadaptation, un centre de traitement pour toxicomanie ou un centre de santé.

Hospitalisation ou **hospitalisé** s'entend d'un patient qui occupe un lit *d'hôpital* pendant plus de 24 heures pour des *soins médicaux* et pour qui l'admission a été recommandée par un *médecin* lorsque cela s'avérait *nécessaire d'un point de vue médical*.

Malade hospitalisé s'entend d'un patient qui occupe un lit d'hôpital pendant plus de 24 heures pour des *soins médicaux* et pour qui l'admission a été recommandée par un *médecin* lorsque cela s'avère *nécessaire d'un point de vue médical*.

Maladie s'entend d'une affection ou d'un trouble physiologique imprévu qui donne lieu à une perte pendant la période de couverture. La *maladie* doit être suffisamment grave pour obliger une personne raisonnable à chercher à obtenir des *soins médicaux* auprès d'un *médecin*.

Une **maladie en phase terminale** signifie qu'en raison de votre état de santé, le *médecin* estime que votre espérance de vie est de moins de six mois.

Médecin s'entend d'un praticien qui est enregistré et autorisé à pratiquer sa profession médicale conformément aux règlements en vigueur dans la juridiction où il pratique. Le *médecin* ne peut être vous ni un *membre de votre famille immédiate*.

Membre de la famille immédiate signifie votre conjoint, votre enfant naturel ou adopté, votre beau-fils, vos parents, vos beaux-parents, votre tuteur légal, votre pupille, votre frère, votre soeur, votre demi-frère, votre demi-soeur, votre beau-frère, votre belle-soeur, vos grands-parents, vos petits-enfants, votre tante, votre oncle, votre nièce, votre neveu.

Nécessaire d'un point de vue médical, à propos d'un service ou de fournitures, signifie :

- a. qu'ils sont appropriés et conformes au diagnostic, selon les normes reconnues en matière de *soins médicaux* dans la collectivité;
- b. qu'ils ne sont pas fournis à des fins expérimentales ni de recherche;
- c. que leur omission nuirait à votre état de santé ou à la qualité de vos *soins médicaux*;
- d. qu'ils ne peuvent être retardés avant que vous retourniez dans votre province ou territoire de résidence au Canada.

Le **régime d'assurance santé du gouvernement** s'entend de la couverture de soins de santé offerte par les gouvernements fédéraux, provinciaux et territoriaux canadiens aux résidents.

Soins médicaux s'entend de toute mesure raisonnable de nature médicale, thérapeutique ou diagnostique, *nécessaire d'un point de vue médical* et prescrite par un *médecin* traitant. Les *soins médicaux* comprennent l'hospitalisation, les examens ou les tests de base à des fins d'investigation, la chirurgie, les médicaments d'ordonnance (incluant ceux prescrits au besoin) ou tout autre soin directement attribuable à la *maladie*, à la *blessure* ou au symptôme en question.

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

- a. aucune *hospitalisation* et
- b. aucun nouveau diagnostic, traitement ou médicament prescrit et
- c. aucun changement* de traitement ou de médicaments et
- d. aucun nouveau symptôme, plus fréquent ou plus sévère et

- e. aucun nouveau résultat aux examens indiquant une détérioration et
- f. aucun aiguillage vers un spécialiste (effectué ou recommandé) et vous n'êtes pas dans l'attente d'une intervention chirurgicale ou de résultats d'analyses supplémentaires effectuées par un professionnel médical.

*Changement se rapporte à un nouveau traitement ou un nouveau médicament, l'arrêt d'un traitement ou d'un médicament, l'augmentation ou la diminution d'un traitement ou d'un médicament, mais ne comprend pas la transition entre des versions génériques et de marque des médicaments avec le même ingrédient actif et concentration, ni l'ajustement de routine du dosage dans les limites des paramètres fixés lorsque vous prenez de l'insuline ou des médicaments oraux contre le diabète ou des médicaments contre l'asthme.

Terrorisme s'entend de toute acte ou de toute série d'actes illégaux motivés par des considérations idéologiques, notamment le recours à la violence, à la force ou à la menace de violence ou de force, commis par ou pour un groupe, une organisation ou un gouvernement dans le but d'influencer tout gouvernement ou de semer la peur au sein de la population ou d'une partie de la population.

Urgence s'entend d'une *maladie* ou d'une *blessure* imprévue qui survient pendant la période de couverture et pour laquelle vous avez besoin de *soins médicaux* immédiats afin de réduire les risques pour la vie ou pour la santé qui surviennent lorsque vous faites un voyage couvert par l'assurance, et de tels *soins médicaux* ne peuvent être retardés et nécessitent votre retour dans votre province ou territoire de résidence au Canada par le prochain moyen de transport disponible, que vous le vouliez ou non. Il n'y a plus *urgence* lorsque vous êtes reconnu médicalement apte à voyager ou que vous sortez de l'hôpital et qu'aucune autre prestation n'est payable à l'égard de l'affection médicale qui a causé l'*urgence*.

Véhicule signifie une voiture de tourisme, une camionnette, une mini-fourgonnette, une caravane motorisée, une camionnette de camping ou une motocyclette, que vous possédez ou louez auprès d'une agence de location et que vous utilisez pendant votre voyage.

Vous, votre, vos désigne la *personne assurée*.

Voyage s'entend d'un déplacement que vous entreprenez et qui commence lorsque vous quittez votre province ou territoire de résidence et qui se termine lorsque vous retournez dans votre province ou territoire de résidence.

LIMITES ET RESTRICTIONS

Notification à la société d'assistance

En cas d'urgence médicale, vous devez aviser Intrepid 24/7™ dans les 24 heures suivant l'admission à l'hôpital et avant que toute intervention chirurgicale ne soit effectuée.

Intrepid 24/7™ doit approuver au préalable toute intervention chirurgicale, tout procédé invasif, tout test diagnostique ou tout traitement (y compris, mais non de façon limitative, le cathétérisme cardiaque), et ce, avant que vous ne subissiez l'intervention, le procédé, le test diagnostique ou le traitement en question. C'est à vous qu'il incombe de demander à votre médecin de communiquer avec Intrepid 24/7™ pour obtenir son approbation, sauf dans les cas extrêmes où la demande d'approbation préalable retarderait une intervention chirurgicale nécessaire pour corriger une situation grave qui mettrait votre vie en péril.

Si vous omettez de communiquer avec Intrepid 24/7™ sans motif raisonnable, l'assureur paiera seulement 80 % de la demande payable à hauteur de 25 000 \$. Vous serez responsable de tous les frais qui ne sont pas payables par l'assureur.

La franchise est indiquée sur la confirmation de votre assurance.

Limite des prestations

Une fois que votre état de santé est jugé suffisamment stable pour vous permettre de revenir dans votre province ou territoire de résidence au Canada, ou après qu'un établissement de santé vous ait accordé votre congé, la situation d'urgence est réputée avoir pris fin; aucun autre traitement, aucune autre consultation, récidive ou complication liée à cette situation d'urgence ne pourra alors ouvrir droit à l'assurance au titre du présent contrat.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES ET LIMITATIONS

Arbitrage

Malgré toute stipulation au présent contrat d'assurance, les parties aux présentes s'engagent à soumettre tout différend né ou éventuel concernant une demande de règlement à une procédure d'arbitrage, à l'exclusion des tribunaux. La procédure d'arbitrage sera celle prévue par les lois relatives à l'arbitrage en vigueur dans votre province ou territoire canadienne. Les parties consentent au renvoi de tout litige devant l'arbitrage.

Autre assurance

Cette assurance est une assurance « second payeur ». Relativement à toute perte ou à tout dommage assuré ou à tout sinistre payable en vertu de tout régime, qu'il s'agisse d'une assurance de responsabilité, d'une assurance collective ou individuelle de base ou d'une assurance maladie complémentaire, d'une assurance automobile privée, provinciale ou territoriale offrant une couverture pour soins hospitaliers, médicaux ou thérapeutiques, ou encore de toute autre assurance concurrentement, les sommes payables au titre de la présente assurance se limitent aux frais admissibles à l'extérieur de votre pays d'origine excédant les montants pour lesquels vous êtes admissible au titre de cette assurance. Toute coordination avec un régime lié à l'emploi suit les directives du Canadian Life and Health Insurance Association Inc. En aucun cas l'assureur ne tentera de recouvrer des sommes au titre d'un régime lié à l'emploi si le maximum viager pour toute

Disponibilité et qualité des soins

Ni l'assureur ni Intrepid 24/7™ ne doivent être tenus responsables de la disponibilité ni de la qualité des soins médicaux (ni même de leurs résultats) ou de votre défaut à obtenir des soins médicaux au cours de la période couverte.

Transfert médical ou rapatriement

L'assureur se réserve le droit, tel que requis dans une mesure raisonnable et à ses frais, de vous transférer dans un hôpital ou de vous rapatrier dans votre province ou territoire au Canada en raison d'une urgence. Si vous refusez d'être transféré ou rapatrié alors que vous êtes jugé apte à voyager par l'équipe médicale d'Intrepid 24/7™, tous les coûts permanents encourus suite à votre refus ne seront pas couverts et le paiement de ces coûts est de votre seule responsabilité. La protection pour une maladie ou une blessure vient à échéance au moment de votre refus et aucune protection pour cette maladie ou cette blessure ne vous sera fournie pour le reste de la période de protection.

Limite des services d'assistance

Intrepid 24/7™ se réserve le droit de suspendre, de réduire ou de limiter les services dans n'importe quelle région ou pays en cas de guerre, d'instabilité politique ou d'hostilité qui rend la région inaccessible par Intrepid 24/7™. Intrepid 24/7™ fera son possible pour fournir des services dans ce genre de situation. Vous pouvez communiquer avec Intrepid 24/7™ avant votre départ pour confirmer la protection pendant votre voyage assuré.

couverture à l'intérieur et à l'extérieur du pays équivaut à 50 000 \$ au moins. Si le maximum viager pour toute couverture à l'intérieur et à l'extérieur du pays est supérieur à 50 000 \$, l'assureur coordonnera les prestations seulement supérieures à ce montant.

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

Cession des prestations

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

Devise

Si vous avez réglé des frais couverts dans une devise autre que la devise canadienne, vous serez remboursé en dollars canadiens au taux d'échange en vigueur à la date à laquelle le paiement des réclamations est effectué. L'assurance ne paiera pas les intérêts.

Erreur liée à l'âge

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

Fausse déclaration et omission de dévoiler des faits essentiels

L'assurance en vertu de cette police pourra être annulée si *l'assureur* établit avant ou après l'occurrence d'un sinistre que *vous* avez dissimulé, omis ou faussement déclaré des faits essentiels ou des événements entourant le présent contrat ou *votre* intérêt dans celui-ci, ou si *vous* refusez de communiquer des renseignements ou de permettre l'utilisation de renseignements concernant toute *personne assurée* aux termes de ce contrat d'assurance. Par conséquent et suite à un sinistre, aucune demande ne doit être payable par *l'assureur* et *vous* devez être l'unique responsable de toutes les dépenses liées à *votre* demande, y compris les frais de rapatriement.

Limite des actions

Toute action ou procédure contre un assureur visant le recouvrement d'une somme d'argent d'assurance payable en vertu du contrat est absolument écarté, à moins que cette action ou ce recours soit entamé pendant le délai prévu dans la Loi sur les assurance ou dans toute autre législation applicable.

Limite des prestations

Une fois que *vous* êtes jugé médicalement stable pour retourner dans *votre* province ou territoire de résidence au Canada ou pour poursuivre *votre* voyage, ou après qu'un établissement de santé *vous* ait accordé *votre* congé, la situation d'*urgence* est réputée avoir pris fin; aucun autre traitement, aucune autre consultation, récurrence ou complication liée à cette situation d'*urgence* ne pourra alors ouvrir droit à l'assurance au titre du présent contrat.

Loi applicable

Le présent contrat est régi par les lois de la province ou du territoire canadien où ce contrat a été émis. Toute action en justice que *vous* , vos héritiers légaux ou vos ayants cause pourraient intenter devra être soumise aux tribunaux de la province ou du territoire où ce contrat a été émis.

Paiement des primes

La prime requise est due et payable au moment de la demande et sera déterminée selon la grille de tarification en vigueur à ce moment-là. Les taux de prime et les termes et conditions de la police sont basées sur *votre* âge à partir de la date d'effet. Si la prime payée est suffisante pour la protection choisie, *l'assureur* facturera et recueillera tout sous-paiement. La protection sera caduque si la prime n'est pas obtenue, si un chèque n'est pas accepté pour une raison quelconque, si les frais de carte de crédit sont invalides ou si aucune preuve de *votre* paiement existe.

Protéger vos renseignements personnels

L'assureur accorde une grande importance à la protection de vos renseignements personnels. Vos renseignements seront recueillis, utilisés et divulgués seulement en vue de *vous* fournir les services d'assurance que *vous* avez demandés. Les renseignements restent confidentiels, tel qu'exigé en vertu des lois fédérales et provinciales applicables. En cas de sinistre, Intrepid 24/7™ et *l'assureur* peut

recueillir vos renseignements médicaux personnels détenus par un tiers. Ces renseignements peuvent être divulgués aux employés d'Intrepid 24/7™ et à *l'assureur* à des fins d'analyse de *votre* demande ainsi que pour mieux *vous* servir.

En aucun cas *l'assureur* ne divulguera les renseignements à quelque personne ou organisme qui ne possède pas clairement le droit de la consulter, sans obtenir *votre* consentement au préalable. Pour obtenir des renseignements au sujet de la politique sur la protection des renseignements personnels, veuillez consulter :

<https://www.lloyds.com/common/privacy-notice>

Remboursements

Vous avez le droit de résilier le présent contrat dans un délai de 10 jours à la réception du contrat et de recevoir un remboursement complet à condition que *vous* ne soyez pas déjà parti en voyage et qu'aucune demande n'ait été faite ni ne sera faite. *Vous* devez aviser *votre* courtier ou représentant en assurance immédiatement si *vous* souhaitez annuler *votre* protection et une confirmation écrite doit être envoyée dans un délai de 10 jours suivant la réception.

Un remboursement complet du paiement des primes versées sera effectué à condition qu'une demande écrite soit obtenue de *votre* courtier ou représentant avant la date de prise d'effet de la protection.

La prime payée (moins les frais d'administration de 25 \$) peut être partiellement remboursé au cas où *vous* devez retourner dans *votre* province ou territoire de résidence au Canada avant *votre* date de retour prévue, à condition qu'aucune demande n'ait été engagée à aucun moment durant *votre* période de couverture ou lors de *votre* retour nécessitant une résiliation de *votre* police. Tous les voyageurs assurés en vertu de cette police doivent retourner ensemble pour qu'un remboursement soit possible.

Pour les polices couvrant plusieurs membres de la famille sous un même numéro de police, les remboursements ne seront considérés que si toutes les *personnes assurées* sous ce numéro de police sont admissibles à un remboursement et que le remboursement est demandé pour les *personnes assurées* couvertes par cette police.

Le remboursement ou l'annulation d'une assurance annuelle voyages multiples ne sera considéré que si la demande est faite avant la date d'entrée en vigueur ou si aucun voyage n'a eu lieu.

REMARQUE : Les demandes de remboursement doivent être effectuées par écrit dans les 60 jours suivant la date d'expiration de *votre* police à *votre* courtier ou à *votre* représentant. Si *votre* courtier ou *votre* représentant reçoit une preuve satisfaisante (p. ex. un billet d'avion ou une estampille des douanes/de l'immigration) de la date réelle de *votre* retour dans *votre* province ou territoire de résidence au Canada, *votre* remboursement sera calculé à partir de cette date. Autrement, le calcul de ces remboursements sera effectué selon la date du cachet de *votre* demande écrite.

Aucun remboursement ne *vous* sera accordé si le montant de la prime à être remboursé est de moins de 20 \$ par contrat.

Subrogation

Dans le cas où *vous* subiriez une perte couverte au titre du présent contrat, *vous* accordez à *l'assureur* le droit d'intenter une action en justice contre toute personne, personne morale ou entité juridique ayant causé le sinistre, et ce, afin de faire respecter tous les droits, pouvoirs, privilèges et recours relativement aux sommes payables

au titre du présent contrat. En outre, si vous avez droit à une assurance ou à d'autres garanties sans égard à la responsabilité, l'assureur a le droit d'exiger et d'obtenir les sommes payables au titre de ces garanties. Si l'assureur décide d'intenter une action en justice, il le fera à ses frais, en votre nom, et vous devrez vous présenter sur les lieux du sinistre afin de faciliter le déroulement des procédures, en plus de fournir à l'assureur tous les renseignements, la collaboration et l'aide dont il peut avoir besoin. Si vous présentez une requête ou si vous intentez une action en justice relativement à un sinistre couvert, vous devez en aviser immédiatement l'assureur afin que celui-ci puisse protéger vos droits. Après la survenance d'un

sinistre, vous ne pouvez intenter une action en justice qui porterait atteinte aux droits de l'assureur, tels qu'énoncés dans le présent paragraphe et vous devez prendre toute mesure nécessaire pour protéger ces droits.

Versement excédentaire des prestations

Rien dans cette police n'empêchera l'assureur d'obtenir auprès de la personne ou de l'organisation à laquelle le paiement a été effectué tout versement excédentaire de prestation, indépendamment de la cause du versement excédentaire.

CONDITIONS LÉGALES

Nonobstant toute autre condition stipulée dans la présente, ce contrat est soumis aux conditions statutaires de la Loi sur les assurances qui régit les contrats d'assurance accident.

Le contrat

La proposition, la présente police, tout document annexé à la présente police lors de son émission et toute modification par écrit une fois le contrat émis, constituent le contrat intégral, et aucun mandataire ne peut le modifier ni renoncer à l'une de ses dispositions.

Dérogation

Aucune condition de ce contrat ne sera réputée avoir été abandonnée en tout ou en partie par l'assureur à moins que la renonciation n'ait été clairement exprimée par écrit et signée par l'assureur.

Copie de la proposition

Sur demande, l'assureur doit vous fournir une copie de la proposition ou la fournir à l'auteur d'une demande de règlement au titre du contrat.

Faits essentiels

Aucune déclaration faite par vous ou par une personne assurée lors de la souscription du présent contrat ne peut être invoquée pour contester une demande de règlement au titre du présent contrat ni pour annuler celui-ci, à moins qu'elle ne figure dans votre proposition ou dans toute autre déclaration ou réponse donnée par écrit comme preuve d'assurabilité.

Avis de sinistre et preuve de réclamation

Vous, la personne assurée ou un bénéficiaire ayant le droit de faire une demande ou l'agent de l'un d'entre vous devez,

- a. fournir un avis écrit d'une demande à l'assureur,
 - i. en le remettant ou en l'envoyant par courrier recommandé au siège social ou à l'agence principale de l'assureur dans la province ou
 - ii. en le remettant à un agent autorisé de l'assureur dans la province,au plus tard 30 jours à compter de la date du sinistre au titre du contrat suite à un accident, une maladie ou une invalidité;
- b. dans les 90 jours qui suivent la date du sinistre au titre du contrat à la suite d'un accident ou d'une maladie, fournir à l'assureur une preuve aussi raisonnable que possible dans les situations suivantes :
 - i. la survenue d'un accident ou le début d'une maladie,

- ii. le sinistre causé par l'accident ou la maladie,
 - iii. le droit du requérant à obtenir le paiement,
 - iv. l'âge du requérant et
 - v. le cas échéant, l'âge du bénéficiaire et
- c. si l'assureur l'exige, fournir un certificat établissant de façon satisfaisante la cause ou la nature de l'accident, de la maladie ou de l'invalidité qui pourrait motiver une réclamation en vertu de cette assurance et en ce qui concerne la durée d'une maladie ou d'une invalidité.

Défaut de notification ou preuve

Le défaut de fournir un avis du sinistre ou de fournir des preuves du sinistre dans les délais prescrits par cette condition n'invalide pas la demande si

1. l'avis est donné ou la preuve fournie dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, et au plus tard 1 an après la date de l'accident ou à la date du sinistre au titre du contrat suite à un accident, à une maladie ou à une invalidité, et qu'il est indiqué qu'il n'était pas raisonnablement possible de fournir un avis du sinistre ou une preuve dans les délais prescrits par cette condition ou
2. dans le cas de votre décès, si une déclaration de décès présumé est nécessaire, l'avis est donné ou la preuve fournie au plus tard 1 an à partir de la date à laquelle une cour fait une déclaration.

Formulaires de preuve de sinistre fournis par l'assureur

L'assureur doit fournir des formulaires de preuve de sinistre dans un délai de 15 jours après réception de l'avis de sinistre, mais si le requérant n'a pas reçu les formulaires dans ce délai, le requérant peut envoyer sa preuve de sinistre sous la forme d'une déclaration écrite énonçant la cause ou la nature de l'accident, de la maladie ou de l'invalidité donnant lieu à la demande et à l'étendue du sinistre.

Droits d'examen

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

- a. le requérant doit fournir à l'assureur l'occasion de vous examiner quand et aussi souvent qu'il en est raisonnablement requis pendant que la demande de règlement en vertu du présent contrat est en suspens et
- b. advenant votre décès, il se peut que l'assureur exige une autopsie sous réserve de toute loi en matière d'autopsies du territoire compétent.

Sommes payables

Tout argent payable en vertu de ce contrat doit être payé par l'assureur dans un délai de 60 jours après réception de la preuve de sinistre.

SERVICE D'ASSISTANCE INTERNATIONALE

En cas d'urgence ou si vous présentez des symptômes médicaux ou si vous avez besoin de soins médicaux, vous devez communiquer avec Intrepid 24/7™ immédiatement au :

+1 (800) 203 8508
sans frais depuis le Canada et les États-Unis

+1 (416) 646 3107
appel à frais virés où possible

intrepid@intrepid247.com

Centre d'appels d'urgence — Peu importe votre destination, le personnel de soutien professionnel est prêt à vous répondre 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Renvoi à des spécialistes — Intrepid 24/7™ peut vous diriger vers des fournisseurs de services médicaux préférés (*hôpitaux*, *cliniques* et *médecins*).

Service d'interprètes — Au besoin, Intrepid 24/7™ vous mettra en contact avec un interprète de langue étrangère pour que vous puissiez obtenir des services d'urgence à l'étranger.

Renseignements sur les prestations — L'explication de cette police est à votre disposition et à la disposition des fournisseurs médicaux qui vous soignent.

Médecins consultants — L'équipe de professionnels de santé d'Intrepid 24/7™, disponible 24 heures par jour, surveillera les services offerts en cas d'une urgence grave.

Transmission de messages urgents — En cas d'urgence médicale, Intrepid 24/7™ communiquera avec votre compagnon de voyage afin

de l'aviser de votre situation médicale et vous aidera à échanger des messages importants avec votre famille.

Facturation directe — Lorsque c'est possible, Intrepid 24/7™ demandera à l'hôpital ou à la clinique de facturer directement Intrepid 24/7™.

Renseignements relatifs aux réclamations — Intrepid 24/7™ répondra à toutes les questions que vous avez au sujet de l'admissibilité de votre réclamation, les procédures standards de vérification et la manière dont les prestations en vertu de cette police sont administrées.

Vous devez communiquer avec Intrepid 24/7™ avant d'obtenir des soins médicaux. Si votre état de santé ne vous permet pas de le faire, une autre personne doit communiquer immédiatement avec Intrepid 24/7™ en votre nom. Il est de votre responsabilité de vous assurer que vous avez communiqué avec Intrepid 24/7™ avant de recevoir des soins médicaux ou dès qu'il est raisonnablement possible de le faire.

RÉCLAMATIONS

Procédures de réclamation

Les réclamations doivent être envoyées dans un délai de 30 jours qui suivent les premiers frais médicaux. Il est de votre responsabilité de fournir tous les documents énumérés ci-après et de régler les frais y afférents. Pour présenter une demande, vous devez :

- compléter et envoyer un formulaire de réclamation pour chaque nouvelle *maladie* ou *blessure*;
- envoyer toutes les factures détaillées originales du/des fournisseurs de soins, où sont indiqués le nom du patient, le diagnostic, toutes les dates et le type de soins, ainsi que le nom de l'établissement de soins de santé ou le *médecin*;
- fournir des reçus de médicament sur ordonnance (pas le reçu de caisse) du pharmacien, du *médecin* ou de l'*hôpital* indiquant le nom du *médecin* prescripteur, le numéro de la prescription, le nom de la préparation, la date, la quantité et le coût total;
- fournir une preuve de la date (des dates) de départ et de la date (des dates) de retour;

- fournir une preuve écrite de la réclamation dans un délai de 90 jours suivant la date de réception des services couverts en vertu de la police;
- fournir des renseignements supplémentaires relatifs à votre réclamation, tel que requis par Intrepid 24/7™ à la réception de la demande;
- signer et retourner le formulaire d'autorisation fourni par Intrepid 24/7™, autorisant l'assureur à récupérer le paiement du régime d'assurance santé du gouvernement provincial ou territorial canadien. L'assureur coordonnera et paiera votre demande de règlement aux fournisseurs de soins participants et s'ils y sont autorisés, coordonnera les demandes directement auprès du régime d'assurance santé du gouvernement provincial ou territorial canadien à votre nom et
- retourner la partie non utilisée de votre billet d'avion à Intrepid 24/7™, si la prestation pour transport d'urgence est utilisée.

Tous les documents pertinents doivent être envoyés à Intrepid 24/7™.

IDENTIFICATION DE L'ASSUREUR

The logo for Lloyd's, featuring the word "LLOYD'S" in a white, serif font on a black rectangular background.

La présente assurance a été souscrite auprès de Les souscripteurs de Lloyd's, tel que prévu dans le présent document (les « assureurs »), par l'intermédiaire du détenteur de contrats Lloyd's approuvé (le « détenteur de contrats »).

MSH INTERNATIONAL (CANADA) LTD.,
Suite 602, 150 King St West, Toronto, Ontario,
Canada M5H 1J9

Les demandes de règlements sont administrées par :

Intrepid 24/7™
150 King Street West, Suite 602, PO Box 75
Toronto, Ontario, Canada M5H 1J9

The logo for RIMI, featuring the word "RIMI" in a white, bold, sans-serif font on a blue rectangular background.