

## AVENANT 2017-1

### FAISANT PARTIE DU CONTRAT D'ASSURANCE VOYAGE VISITEURS AU CANADA ÉMIS AU TITULAIRE DU CONTRAT.

Il est, par les présentes, convenu et stipulé que pour tous les contrats émis à compter du 27 septembre 2017, la police d'assurance voyage Visiteurs au Canada est modifiée par ce qui suit.

#### À l'intention de **toutes les personnes** assurées par le présent contrat

#### Modification 1

La définition suivante est ajoutée aux **Définitions** de votre contrat :

**Pays de résidence permanente** : désigne le pays où la personne assurée résidait de façon permanente immédiatement avant son arrivée au Canada.

#### Modification 2

La clause **Voyages secondaires à l'extérieur du Canada** est ajoutée aux **Conditions** de votre contrat :

##### Voyages secondaires à l'extérieur du Canada

La couverture d'assurance s'applique lorsque la personne assurée effectue des voyages secondaires à l'extérieur du Canada pour autant qu'elle respecte les critères ci-dessous :

- Les voyages effectués à l'extérieur du Canada ne doivent pas dépasser **30 jours** à la fois.
- Chacun des voyages secondaires doit débuter et se terminer au Canada.
- La personne assurée ne séjourne pas dans son pays de résidence permanente.
- La durée totale des voyages secondaires n'excède pas 49% de la période de couverture du contrat.

#### MISE EN GARDE

Lorsque le séjour excède 30 jours, seuls les 30 premiers jours du voyage secondaire sont couverts. **À compter du 31<sup>e</sup> jour, la couverture d'assurance est suspendue sans remboursement de prime pour le reste du voyage secondaire** et reprend lorsque la personne assurée est de retour au Canada. Aucune réclamation pour des frais liés à une maladie, un accident, une blessure ou des symptômes survenus au cours de la période où la couverture est suspendue ne sera acceptée.

Dans le cas où la **durée totale des voyages secondaires excéderait 49%** de la période de couverture, **le contrat s'avérera nul et sans effet dans son entièreté.**

#### Modification 3

La clause **Validité du contrat** est modifiée comme suit :

##### Validité du contrat

L'assurance n'est valide que si elle est achetée et la prime payée en entier avant la date d'entrée en vigueur du contrat. De plus, la durée totale des voyages secondaires faits à l'extérieur du Canada doit être inférieure à 50% de la période de couverture du contrat.

#### Modification 4

Le texte **Ce qui est couvert** de la **Garantie soins médicaux d'urgence** de votre contrat a été modifié comme suit :

##### Ce qui est couvert

Les prestations sont versées pour des frais usuels et raisonnables engagés par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite qui survient pendant la période de couverture. Les traitements

admissibles sont ceux déclarés **urgents** et **nécessaires** à la stabilisation de la condition médicale.

Les prestations prévues en vertu de la présente garantie sont accordées une fois que la franchise a été acquittée. La franchise est la partie des frais admissibles au contrat qui doivent être payés par la personne assurée avant que l'assureur n'effectue un paiement. Elle s'applique une fois que les prestations couvertes par les programmes gouvernementaux en vigueur au Canada ou dans le pays de résidence permanente de la personne assurée ont été payés. Le montant de la franchise est indiqué sur l'attestation d'assurance voyage et s'applique par voyage par personne assurée.

L'assurance s'applique au Canada et lors des voyages secondaires effectués à l'extérieur du Canada, pour autant que ces derniers respectent les conditions énoncées sous la section **Les conditions – Voyages secondaires à l'extérieur du Canada** de votre contrat.

#### Modification 5

Les exclusions 14 et 23 des **Autres exclusions et réductions de couverture** de votre contrat sont modifiées comme suit :

14. Soins ou traitements reçus au Canada ou dans un autre pays lors d'un voyage secondaire quand ces soins ou traitements auraient pu être obtenus dans le pays de résidence de l'assuré, sans danger pour la vie ou la santé de la personne assurée, à l'exception des frais immédiatement nécessaires à la suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite. Le seul fait que des soins pouvant être prodigués dans le pays de résidence de la personne assurée soient de qualité moindre que des soins pouvant être prodigués au Canada ou dans un autre pays ne constitue pas, au sens de la présente exclusion, un danger pour la vie ou la santé de la personne assurée.

Sans limiter la généralité de l'exclusion du paragraphe précédent, aucun résident d'un pays étranger qui voyage principalement ou accessoirement pour consultation ou traitement n'a droit aux prestations de la présente assurance, même si un tel voyage est recommandé par un médecin.

23. Services ou traitements qui sont fournis dans le pays de résidence permanente de la personne assurée pendant la période de couverture.

#### Modification 6

L'exclusion suivante est retirée des **Autres exclusions et réductions de couverture** de votre contrat :

22. Traitements reçus à l'extérieur des frontières du Canada et des États-Unis.

#### Modification 7

L'exclusion suivante a été ajoutée aux **Autres exclusions et réductions de couverture** de votre contrat :

25. Les frais liés à une maladie, un accident, une blessure ou des symptômes survenus lors d'un voyage secondaire, alors que la couverture d'assurance était suspendue.

Toutes les autres dispositions de la police demeurent inchangées.



Sylvain Charbonneau  
Président et chef de la direction



ASSURANCE VOYAGE

POLICE  
D'ASSURANCE  
VOYAGE



VISITEURS  
AU CANADA

<sup>MD/®</sup> Croix Bleue et Blue Cross sont des marques déposées de l'Association canadienne des Croix Bleue, utilisées sous licence par l'Association d'Hospitalisation Canassurance, membre indépendant qui opère sous le nom de Croix Bleue<sup>MD</sup> Canassurance<sup>MD</sup> au Québec, en Ontario et dans la région de l'Atlantique.

<sup>®f</sup> Blue Shield est une marque déposée de Blue Cross Blue Shield Association.

## **Ceci est votre police d'assurance.**

### **Lisez-la attentivement.**

L'attestation d'assurance fait foi du montant de couverture choisi, du produit acheté et détermine les garanties assurées par ce contrat, ainsi que les conditions médicales particulières spécifiquement exclues de ce contrat.

La police définit les différentes garanties et, combinée à l'attestation d'assurance, elle constitue votre contrat d'assurance voyage.

**Ces documents contiennent des clauses qui peuvent limiter les sommes payables. Veuillez les lire attentivement.**

## **TABLE DES MATIÈRES**

---

<b>Avis relatif aux renseignements personnels</b>	2
<b>Les définitions</b>	3
<b>Les conditions</b>	4
<b>Les garanties</b>	
• Soins médicaux d'urgence	9
- <b>Exclusions et réductions de couverture</b>	11
• Assistance voyage CanAssistance	16
<b>Avis</b>	17
<b>Comment nous joindre</b>	18

---

Pour faciliter la lecture de la police, le genre masculin désigne à la fois les hommes et les femmes.

## **AVIS RELATIF AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

En souscrivant à l'un de nos produits d'assurance, vous consentez à la cueillette, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels par Croix Bleue<sup>MD</sup>, aux fins d'évaluation de votre demande de souscription, de confirmation de couverture et d'évaluation de vos demandes de règlements.

Les renseignements personnels fournis, colligés dans votre dossier d'assurance, demeureront confidentiels et en lieu sûr à nos bureaux. Ces renseignements ne seront accessibles qu'au personnel et aux représentants autorisés devant les utiliser pour les fins ci-haut mentionnées.

Sur réception d'une demande écrite, vous pouvez avoir accès à votre dossier d'assurance et, le cas échéant, demander que vos renseignements soient mis à jour et/ou corrigés.

Pour toute information additionnelle concernant la cueillette, l'utilisation et la divulgation de vos renseignements personnels, ou sur la gestion de ces renseignements, vous pouvez visiter notre site Internet ou encore, nous écrire à :

### **Visiteurs au Québec :**

**Directeur conformité**

**Association d'Hospitalisation Canassurance  
et ses filiales<sup>1</sup>**

**550, rue Sherbrooke Ouest**

**Bureau B-9**

**Montréal QC H3A 3S3**

[renseignementspersonnels@qc.croixbleue.ca](mailto:renseignementspersonnels@qc.croixbleue.ca)

### **Visiteurs de toute autre province:**

**Directeur conformité**

**Association d'Hospitalisation Canassurance  
et ses filiales<sup>1</sup>**

**185 The West Mall**

**Bureau 610**

**Etobicoke ON M9C 5P1**

[protectionconfidentialite@ont.bluecross.ca](mailto:protectionconfidentialite@ont.bluecross.ca)

<sup>1</sup> Canassurance Compagnie d'Assurance et CanAssistance inc.

## LES DÉFINITIONS

**Accident** désigne un événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible qui est dû exclusivement à une cause extérieure de nature violente et qui occasionne, directement et indépendamment de toute autre cause, des blessures corporelles pendant que l'assurance est en vigueur.

**Âge** désigne l'âge de la personne assurée au moment de l'achat du présent contrat.

**Assureur** désigne :

- Association d'Hospitalisation Canassurance (société de secours mutuels à but non lucratif) pour les visiteurs en Ontario et au Québec;
- Canassurance Compagnie d'assurance pour les visiteurs ailleurs au Canada.

**Attestation d'assurance** désigne le document certifiant l'existence d'un contrat et qui précise entre autres : les personnes assurées, le numéro de contrat, le produit, les dates de couverture, les garanties choisies et les montants qui y sont associés.

**CanAssistance** désigne la compagnie mandatée par l'assureur pour offrir les services d'assistance aux personnes assurées.

**Compagnon de voyage** désigne la personne qui planifie, part et revient avec la personne assurée pour effectuer le même voyage.

**Conjoint** désigne la personne unie au titulaire du contrat par les liens du mariage ou la personne qui réside en permanence depuis plus d'un an avec le titulaire du contrat. La dissolution du mariage par divorce ou par annulation de même que la séparation de fait de plus de 3 mois annulent ce statut.

**Date d'entrée en vigueur** désigne la date indiquée sur l'attestation d'assurance.

**Date d'expiration du contrat** désigne la date indiquée sur l'attestation d'assurance.

**Enfant à charge** désigne un enfant du titulaire du contrat, de son conjoint, ou des deux, âgé de plus de 30 jours, non marié, qui dépend du titulaire pour son soutien et qui :

- est âgé de moins de 21 ans, ou;
- est âgé de moins de 25 ans et fréquente à temps plein, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement, ou;
- est handicapé physiquement ou mentalement.

**Examen de routine** désigne une consultation périodique fixée à l'avance avec un médecin au cours de laquelle aucun nouveau symptôme ou aggravation de symptômes existants n'est rapporté par la personne assurée et aucune nouvelle anomalie n'est constatée par le médecin.

**Hôpital** désigne un établissement enregistré en tant qu'hôpital agréé et offrant des soins et des traitements à des patients internes ou externes. Un infirmier diplômé y est toujours de garde et on y trouve un laboratoire de même qu'une salle d'opération où des interventions chirurgicales sont pratiquées par un chirurgien légalement agréé. Le terme « hôpital » ne désigne en aucun cas un établissement ou une partie d'un établissement agréé ou utilisé principalement comme clinique, un établissement de soins prolongés, un hôpital de convalescence, une maison de repos, un établissement thermal ou un centre de désintoxication pour toxicomanes ou pour alcooliques.

**Hospitalisation** désigne l'admission et le séjour dans un hôpital comme patient alité pour y recevoir des soins de courte durée et ce, pour une période minimale de dix-huit (18) heures. Les soins de courte durée admissibles sont les soins de prévention, de diagnostic médical et de traitement médical (incluant la chirurgie) pour une maladie aiguë et ne comprennent pas les soins de convalescence et de réadaptation physique ou intellectuelle. Dans le cas d'une chirurgie d'un jour, la durée d'hospitalisation correspond à une période de dix-huit (18) heures d'hospitalisation.

**Maladie** désigne une détérioration de la santé, ou un désordre de l'organisme, constaté par un médecin.

**Maladie subite** désigne une maladie soudaine et imprévisible dont les premiers symptômes (constatés ou non par un médecin) se manifestent après l'entrée en vigueur de l'assurance.

**Médecin** désigne une personne, sans aucun lien de parenté avec la personne assurée, et légalement habilitée à exercer la médecine dans les lieux où les services médicaux sont rendus.

**Membre de la famille immédiate de la personne assurée** désigne le conjoint, le père, la mère et les enfants (pas seulement ceux à charge) de la personne assurée, du conjoint ou des deux.

**Période de couverture** désigne la période comprise entre la date d'entrée en vigueur et la date d'expiration du contrat indiquées sur l'attestation d'assurance.

**Personne assurée** désigne les personnes dont le nom apparaît dans la section « *Assurés* » de l'attestation d'assurance voyage.

**Phase terminale** signifie la période où la mort semble inévitable, à plus ou moins brève échéance, quand il n'existe pas de traitement pour combattre la maladie ou quand la maladie résiste à tout traitement curatif.

**Titulaire du contrat** désigne la personne nommée comme telle sur l'attestation d'assurance.

**Traitement** désigne les chirurgies, les médicaments, les thérapies, les consultations avec des médecins ou d'autres professionnels de la santé et tout autre moyen utilisé pour soigner la personne assurée.

## LES CONDITIONS

### Admissibilité

#### Clientèle cible

Ce produit est offert aux :

- immigrants ou résidents permanents en attente du régime provincial d'assurance maladie ou aux personnes ayant complété les démarches pour l'obtention du statut d'immigrant ou de résident permanent;
- travailleurs étrangers au Canada, titulaires d'un permis de travail;
- étudiants étrangers au Canada, titulaires d'un permis d'études;
- citoyens canadiens de retour au pays après une longue absence;
- visiteurs au Canada.

## Âge limite

Les personnes assurées doivent être âgées d'au moins 31 jours et d'au plus 79 ans au moment de la souscription à cette assurance.

## Particularités

Pour être admissible à l'assurance Visiteurs au Canada, la personne à assurer ne doit pas :

1. avoir reçu un avis médical de ne pas voyager;
2. souffrir d'une condition médicale en phase terminale;
3. souffrir d'insuffisance rénale avec dialyse;
4. avoir été diagnostiquée ou traitée pour un cancer avec métastases;
5. au cours des 12 derniers mois, avoir été diagnostiquée, eu des traitements ou pris des médicaments pour un cancer (à l'exception d'un carcinome basocellulaire);
6. être atteinte d'insuffisance cardiaque ou de cardiomyopathie;
7. être en attente de greffe pour l'un ou plusieurs des organes suivants : reins, poumons, foie, coeur, moelle osseuse, pancréas;
8. au cours des 24 derniers mois, avoir utilisé de l'oxygène à domicile ou consommé des comprimés de cortisone pour traiter une condition pulmonaire.

## Date de prise d'effet de la couverture

Si l'assurance est achetée avant l'arrivée au Canada de la personne assurée, elle entre en vigueur à la dernière des dates suivantes :

- la date d'entrée en vigueur du contrat;
- le jour de l'arrivée au Canada du pays de résidence principale;
- le jour suivant la date de cessation d'une couverture similaire au Canada en vertu d'un autre contrat d'assurance.

Si l'assurance est achetée après l'arrivée au Canada de la personne assurée :

- l'assurance entre en vigueur le jour de l'achat, mais comporte une période d'attente de 4 jours à compter de la date d'achat, au cours desquels la personne assurée n'est couverte qu'en cas d'accident ou de blessure. **Au cours de cette période d'attente, la personne assurée n'est pas couverte en cas de maladie.** Toute maladie qui se déclarerait au cours de cette période d'attente sera considérée comme condition préexistante et sera soumise aux **Exclusions dues aux conditions préexistantes** du contrat.
- l'assurance doit être souscrite dans les 30 jours qui suivent la dernière des dates suivantes :
  - la date de l'arrivée au Canada du pays de résidence principale;
  - la date de cessation d'une couverture similaire au Canada en vertu d'un autre contrat d'assurance. Dans le cas où la présente assurance est souscrite après l'entrée en vigueur d'un autre contrat d'assurance offrant une couverture similaire au Canada, une preuve de cette dernière est requise.

## Date de terminaison de la couverture

La couverture se termine à la première des dates suivantes :

- la date d'expiration du contrat, ou;
- la date de retour du voyage, qu'elle soit prévue ou prématurée.

## Remboursement de prime

Toute demande de remboursement de prime doit être présentée à l'agent autorisé de l'assureur auprès duquel l'assurance a été achetée, avant la prise d'effet du contrat.

Des frais d'administration de 25 \$ s'appliquent sur tous les remboursements, incluant les demandes qui ont lieu avant que le contrat n'entre en vigueur.

Ces frais ne s'appliquent pas si vous résiliez le contrat dans les 10 jours suivant sa souscription pour autant que le voyage n'ait pas commencé.

En cas de départ hâtif du Canada, ou si vous devenez couvert par une assurance obligatoire, un remboursement de prime peut être accordé pour les journées non utilisées, s'il n'y a eu aucune demande de règlement lors du séjour. Les journées sont considérées comme utilisées dès que le contrat entre en vigueur.

Vous devez présenter votre demande par écrit accompagnée d'une preuve de la date de votre départ du Canada ou de l'entrée en vigueur de l'assurance obligatoire qui vous couvre dorénavant.

À moins de preuve contraire présentée par la personne assurée, la date sur le cachet postal de la lettre de demande de remboursement est considérée comme date de fin du voyage et le remboursement prend effet à compter du lendemain.

## Prolongation du contrat

La couverture d'un contrat peut être prolongée moyennant le paiement de la prime additionnelle, **à condition que les personnes assurées demeurent admissibles à l'assurance. Si la prolongation ou les conditions de couverture ont pour effet de changer la tarification initiale du contrat, la nouvelle tarification s'applique à la durée entière du contrat.**

**Si les personnes assurées ont une demande de règlement à présenter pour la période de couverture initiale, la prolongation est conditionnelle à l'approbation de l'assureur. Aucune demande de règlement pour la période initiale ne sera acceptée si elle est présentée après que la prolongation ait été accordée.**

**Le titulaire du contrat doit faire une demande de prolongation en communiquant avec l'assureur avant la fin de la période de couverture initiale.**

## Prolongation automatique des couvertures

Toutes les couvertures sont prolongées automatiquement, sans frais :

- a) jusqu'à concurrence de 24 heures lorsque le retour au lieu de résidence est reporté à cause d'un retard du transporteur, ou par suite d'un accident de la circulation ou d'une panne mécanique du véhicule privé retournant au point de départ (la demande de règlement doit être appuyée d'un document qui en atteste le bien-fondé);
- b) pendant la durée de l'hospitalisation et les 24 heures qui suivent la sortie de l'hôpital d'une personne assurée;
- c) jusqu'à concurrence de 72 heures lorsque le retour au lieu de résidence est reporté à cause d'une maladie d'une personne assurée ayant débuté dans les 24 heures qui précèdent la date prévue de retour et nécessitant d'urgence des soins médicaux.

## **Pause voyage – exclusif au produit Visiteurs au Canada d'une durée de 365 jours minimum**

La personne assurée peut retourner dans son pays de résidence permanente puis revenir au Canada sans que le contrat d'assurance ne prenne fin.

Au cours de cette période hors du Canada, aucune couverture d'assurance n'est valide et aucun remboursement de prime n'est accordé pour les jours passés dans le pays de résidence permanente. La personne assurée doit s'assurer de rencontrer les critères d'admissibilité à l'assurance chaque fois qu'elle souhaite revenir au Canada.

Si un changement devait survenir dans l'état de santé de la personne assurée alors qu'elle séjourne dans son pays de résidence permanente, elle doit communiquer avec l'assureur avant de repartir vers le Canada : tout changement à l'état de santé de la personne assurée sera considéré comme une condition préexistante et sera soumis à la clause **Exclusions dues aux conditions préexistantes** du contrat.

### **Validité du contrat**

L'assurance n'est valide que si elle est achetée et la prime payée en entier avant la date d'entrée en vigueur du contrat.

### **Rapatriement de la personne assurée**

En l'absence de contre-indication médicale, l'assureur peut exiger le rapatriement de toute personne assurée ou son transfert à un lieu de traitement différent. **Tout refus met fin à l'assurance et l'avis de terminaison au titulaire du contrat sera suffisant. Aucun remboursement de prime pour retour hâtif ne sera accordé lorsque la personne assurée refuse d'être rapatriée.**

### **Demandes de règlement (Réclamations)**

La responsabilité de l'assureur n'est engagée en vertu du contrat que si la personne assurée a communiqué avec CanAssistance tel que stipulé dans la garantie soins médicaux d'urgence et informe l'assureur, par écrit, du sinistre dans les 30 jours suivant celui où il en a eu connaissance et transmet à l'assureur, dans les 90 jours à compter du sinistre, les factures originales et détaillées des frais réclamés, une preuve de paiement qui soit acceptable par l'assureur, un certificat médical donnant un diagnostic complet et attestant que les services faisant l'objet de la demande de règlement ont été fournis ou que la perte assurée est effectivement survenue ainsi que tout autre document ou renseignement de toute nature requis par l'assureur dans le cadre de l'analyse d'une demande de règlement.

L'assureur se réserve le droit de faire subir des examens à la personne assurée dans le cadre d'une demande de règlement et, si la loi l'y autorise, de faire pratiquer une autopsie en cas de décès. Le coût des examens est aux frais de l'assureur, le cas échéant.

## **Modalités de paiement**

L'assureur effectue tout remboursement au moyen d'un chèque libellé au fournisseur de services ou au titulaire du contrat ou au cessionnaire de celui-ci, après réception et évaluation des comptes pertinents et des renseignements nécessaires s'y rapportant, selon les modalités prévues. Cependant, dans tous les cas, l'assureur se réserve le droit de payer directement le fournisseur de services.

Tout montant payé par l'assureur ou en son nom le libère de toute obligation jusqu'à concurrence de ce montant.

Lorsque le remboursement des frais d'hospitalisation, des frais médicaux et des frais d'assistance voyage n'est pas demandé par la personne assurée, mais qu'il fait l'objet d'un règlement entre l'assureur et ceux qui ont fourni les services, le titulaire du contrat doit fournir tout document original requis pour permettre le règlement, à défaut de quoi il se rend responsable du paiement des sommes dues.

## **Coordination des prestations**

Les prestations prévues au présent contrat ne couvrent que les frais excédentaires non couverts par un autre contrat individuel ou collectif ou par une loi ou un régime public d'assurance.

Si une personne assurée a droit à des prestations similaires en vertu d'un autre contrat individuel ou collectif, les prestations payables en vertu du présent contrat sont coordonnées de façon à ce que le total des sommes payées n'excède pas le montant qui fait l'objet de la demande de règlement.

## **Subrogation**

Si une personne assurée acquiert un droit de poursuite contre toute personne physique ou morale relativement à une perte couverte en vertu du présent contrat, l'assureur est subrogé à la personne assurée dans tous ses droits, jusqu'à concurrence du montant payé par l'assureur. La personne assurée doit signer et remettre les documents nécessaires à cet effet et faire tout ce qui est requis pour protéger ses droits. Si la personne assurée conclut une entente ou accepte un paiement de la tierce partie responsable de la perte sans l'accord écrit de l'assureur, celui-ci est libéré de toute obligation envers la personne assurée.

## **Réticence, fraude ou tentative de fraude**

Toute fraude ou tentative de fraude de la personne assurée, ou toute réticence ou fausse déclaration de la part de la personne assurée sur des faits essentiels ou des circonstances concernant la présente assurance entraîne la nullité de la présente assurance, que ce soit au moment de l'adhésion au contrat, d'une réclamation ou à tout autre moment au cours de la vie du contrat.

## **Intérêt**

Aucun intérêt ne sera versé sur les sommes payables en vertu de ce contrat.

## **Monnaie**

Tous les montants d'argent mentionnés dans le présent contrat, de même que toutes les sommes payables en vertu du contrat sont en dollars canadiens.

## Modification du contrat

Les termes et conditions du présent contrat ne peuvent être modifiés à moins d'une entente écrite entre le titulaire du contrat et l'assureur. La renonciation ou l'omission, de la part de l'assureur, d'exiger l'exécution ou l'observation d'une disposition quelconque du contrat ne doit pas être interprétée comme une renonciation de la part de l'assureur à son droit d'exiger l'exécution ou l'observation de toute disposition.

## Loi applicable et juridiction

La présente police est soumise exclusivement aux lois de la province ou du territoire canadien où elle a été émise.

Tout litige relatif à sa conclusion, son interprétation ou à son exécution sera soumis exclusivement aux tribunaux compétents de la province ou du territoire canadien où la police a été émise et les parties conviennent de se soumettre à sa juridiction.

## LES GARANTIES

### Garantie soins médicaux d'urgence

---

#### Ce qui est couvert

**Les prestations sont versées pour des frais usuels et raisonnables engagés par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite qui survient à l'intérieur des frontières canadiennes et américaines pendant la période de couverture.** Les traitements admissibles sont ceux déclarés **urgents et nécessaires** à la stabilisation de la condition médicale. Les prestations garanties par la présente assurance sont accordées en supplément et non en remplacement des prestations prévues par les programmes gouvernementaux en vigueur au Canada ou dans le pays de résidence du voyageur étranger.

L'assurance s'applique au Canada et aux voyages faits aux États-Unis. Le point de départ des voyages aux États-Unis doit être le Canada et la personne assurée doit revenir au Canada après ses voyages aux États-Unis pour que la couverture s'applique.

La durée des séjours aux États-Unis doit être inférieure à la durée des séjours au Canada.

L'assurance ne couvre pas les frais engagés aux États-Unis par le résident permanent des États-Unis qui, au cours de la période de couverture comme visiteur au Canada, retourne aux États-Unis et y engage des frais d'hospitalisation et des frais médicaux et paramédicaux.

#### Prestations

Chaque personne assurée est couverte pour les frais usuels et raisonnables énumérés ci-dessous, sous réserve du maximum indiqué sur l'attestation d'assurance pour la durée du contrat et **à la condition que ces frais ne soient pas engagés avant d'avoir obtenu l'autorisation de CanAssistance.**

## Avis

**À défaut de communiquer avec CanAssistance en cas de consultation médicale ou d'hospitalisation suite à un accident ou à une maladie subite, les indemnités pourraient être refusées.**

L'assureur et CanAssistance ne sont pas responsables de la disponibilité ou de la qualité des soins médicaux et hospitaliers administrés, ni de l'impossibilité d'obtenir de tels soins.

## Hospitalisation, frais médicaux et paramédicaux

### Hospitalisation

Les frais d'hospitalisation en chambre semi-privée. L'assurance ne couvre pas la chambre privée.

### Honoraires de médecins

Les frais raisonnables et usuels pour les services d'un médecin sans excéder les tarifs maximum prévus par l'autorité gouvernementale du lieu où les services ont été rendus.

### Appareils médicaux

Le coût d'achat ou de location de béquilles, de cannes ou d'attelles; le coût de location de fauteuils roulants, d'appareils orthopédiques ou d'autres appareils médicaux, lorsque prescrits par le médecin traitant.

### Honoraires d'infirmiers

Les honoraires pour les soins privés d'un infirmier diplômé (sans aucun lien de parenté avec la personne assurée) durant la période d'hospitalisation, lorsque ces soins sont médicalement requis et prescrits par le médecin traitant.

### Services professionnels (lorsque prescrits dans le cadre d'un traitement d'urgence)

Les services professionnels d'un physiothérapeute, chiropraticien, ostéopathe ou podiatre lorsque ces soins sont médicalement requis et prescrits par le médecin traitant, jusqu'à un maximum de 300 \$ par profession.

### Frais de diagnostic

Les frais d'analyses de laboratoire et de radiographies lorsque celles-ci sont prescrites par le médecin traitant.

### Médicaments (lorsque prescrits dans le cadre d'un traitement d'urgence)

Les frais de médicaments obtenus sur ordonnance d'un médecin, sauf si requis pour la stabilisation continue d'un problème médical chronique.

### Soins dentaires

Les honoraires d'un chirurgien-dentiste pour tout traitement dentaire d'urgence, à l'exception d'un traitement de canal, jusqu'à concurrence de 300 \$ par voyage et par personne assurée.

Les honoraires d'un chirurgien-dentiste jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par accident et par personne assurée pour les soins dentaires requis par suite d'un traumatisme externe (et non pas par suite de l'introduction d'un aliment ou d'un objet dans la bouche), seulement lorsqu'il y a endommagement de dents naturelles et saines qui n'ont subi aucun traitement ou pour réduction de fracture ou de dislocation de la mâchoire.

Dans tous les cas, le traitement doit débuter pendant la durée du contrat et se terminer dans les 6 mois suivant la date de l'accident. La personne assurée doit transmettre à l'assureur une radiographie, prise après l'accident mais avant le début des traitements, démontrant les dommages subis.

## Frais de transport

**Les services suivants doivent être approuvés et planifiés par CanAssistance :**

### **Service d'ambulance ou de taxi**

Les frais de transport terrestre ou aérien pour conduire la personne assurée jusqu'à l'établissement médical adéquat le plus proche. Cette indemnité inclut également le transfert entre hôpitaux lorsque le médecin traitant et CanAssistance estiment que les installations existantes sont inadéquates pour traiter le patient ou stabiliser sa condition.

### **Rapatriement au domicile**

Les frais de rapatriement de la personne assurée à son domicile par un moyen de transport adéquat pour y recevoir des soins médicaux immédiats, et ce, **après autorisation du médecin traitant et de CanAssistance.**

Les frais pour le rapatriement simultané au domicile du compagnon de voyage, ou de tout membre de la famille immédiate de la personne assurée, qui est également protégé en vertu du présent contrat, s'il ne peut revenir à son point de départ par le moyen de transport initialement prévu pour le retour.

Les frais de transport aller-retour d'une escorte médicale sont aussi couverts.

### **Disposition de la dépouille**

En cas de décès, le coût de la préparation et du retour de la dépouille (excluant le coût du cercueil) jusqu'au point de départ au domicile de la personne assurée, sous réserve d'un remboursement maximal de 10 000 \$, ou le coût de crémation ou de l'enterrement sur place (excluant le coût de l'urne, du cercueil et de la pierre tombale), sous réserve d'un remboursement maximal de 4 000 \$.

De plus, lorsqu'un membre de la famille ou un ami de la personne assurée décédée est tenu de se déplacer sur les lieux du décès à des fins d'identification de la dépouille, l'assureur s'engage à rembourser les frais suivants :

1. La totalité des frais de transport aller-retour, par le trajet le plus économique, en classe économique.
2. Jusqu'à 300 \$ pour les frais d'hébergement et les frais de repas dans un établissement commercial.

## Allocation de subsistance

Les frais pour l'hébergement et les repas dans un établissement commercial, lorsqu'une personne assurée doit reporter son retour pour cause de maladie ou de blessure corporelle qu'elle subit elle-même ou que subit un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou un compagnon de voyage, sous réserve d'un remboursement maximal de 1 000 \$ (100 \$ par jour, maximum de 10 jours).

## Ce qui n'est pas couvert

### **Exclusions et réductions de couverture**

Aucune somme n'est payable, aux termes de la présente assurance, si la perte subie ou les frais engagés résultent **directement** ou **indirectement** de l'une des causes suivantes :

## Exclusions dues aux conditions préexistantes

### 1. Pour toutes les personnes assurées au contrat :

a) **L'ensemble des conditions cardiovasculaires suivantes est exclu** : pontage, angioplastie, défibrillateur, infarctus, anévrisme de l'aorte, angine, valvulopathie, problèmes vasculaires périphériques, troubles du rythme cardiaque (arythmie, tachycardie, bradycardie);

- lorsque la personne assurée a déjà subi une intervention, consulté le médecin, été diagnostiquée, traitée ou hospitalisée, ou encore lorsqu'elle a reçu une prescription ou pris un médicament en lien avec l'une de ces conditions, ou;
- lorsque la personne assurée s'est fait recommander par un médecin de recevoir un traitement, de subir des tests, de prendre un médicament ou de subir une intervention en lien avec une des conditions énumérées.

b) **L'ensemble des conditions neurologiques suivantes est exclu** : AVC (accident vasculaire cérébral), ICT (ischémie cérébrale transitoire);

- lorsque la personne assurée a déjà subi une intervention, consulté le médecin, été diagnostiquée, traitée ou hospitalisée, ou encore lorsqu'elle a reçu une prescription ou pris un médicament en lien avec l'une de ces conditions, ou;
- lorsque la personne assurée s'est fait recommander par un médecin de recevoir un traitement, de subir des tests, de prendre un médicament ou de subir une intervention en lien avec une des conditions énumérées.

c) **L'ensemble des conditions pulmonaires suivantes est exclu** : bronchite chronique, emphysème, fibrose kystique, MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique);

- lorsque la personne assurée a déjà subi une intervention, consulté le médecin, été diagnostiquée, traitée ou hospitalisée, ou encore lorsqu'elle a reçu une prescription ou pris un médicament en lien avec l'une de ces conditions, ou;
- lorsque la personne assurée s'est fait recommander par un médecin de recevoir un traitement, de subir des tests, de prendre un médicament ou de subir une intervention en lien avec une des conditions énumérées.

### 2. Pour les personnes âgées de moins de 55 ans :

**En plus des exclusions mentionnées au point 1**, au cours des **3 mois** précédant la date de prise d'effet de la couverture, toute maladie, blessure ou état qui se rapporte à une condition médicale pour laquelle la personne assurée :

- a consulté un médecin (sauf pour un examen de routine), ou;
- a été hospitalisée, ou;
- s'est fait prescrire ou a reçu un nouveau traitement, ou;
- a eu un changement dans un traitement existant, ou;
- s'est fait prescrire ou a consommé un nouveau médicament, ou;

- a eu un *changement de posologie*<sup>1</sup> de sa médication existante, ou;
- a consommé de la nitroglycérine pour une condition cardiaque.

### 3. Pour les personnes âgées de 55 ans et plus :

**En plus des exclusions mentionnées au point 1**, au cours des **6 mois** précédant la date de prise d'effet de la couverture, toute maladie, blessure ou état qui se rapporte à une condition médicale pour laquelle la personne assurée :

- a consulté un médecin (sauf pour un examen de routine), ou;
- a été hospitalisée, ou;
- s'est fait prescrire ou a reçu un nouveau traitement, ou;
- a eu un changement dans un traitement existant, ou;
- s'est fait prescrire ou a consommé un nouveau médicament, ou;
- a eu un *changement de posologie*<sup>1</sup> de sa médication existante, ou;
- a consommé de la nitroglycérine pour une condition cardiaque.

<sup>1</sup> *L'assureur ne considère pas comme un changement de posologie de médication existante les éléments suivants :*

- *ajustement de routine d'insuline ou de Coumadin<sup>MD</sup>;*
- *changement de médicament pour son équivalent dans une marque générique, pour autant que la posologie soit la même;*
- *prise d'Aspirine<sup>MD</sup> non prescrit;*
- *diminution de la posologie du médicament pour le cholestérol;*
- *hormonothérapie de substitution;*
- *vitamines et minéraux et tout autre médicament non prescrit;*
- *pommades ou onguents prescrits pour irritations cutanées.*

## Autres exclusions et réductions de couverture

Aucune somme n'est payable, aux termes de la présente assurance, si la perte subie ou les frais engagés résultent **directement** ou **indirectement** de l'une des causes suivantes :

1. Tout état ou condition pour lequel les symptômes ont été ignorés ou pour lequel un avis médical n'a pas été suivi ou les investigations, traitements, examens, ou interventions recommandés n'ont pas été effectués.
2. Grossesse, accouchement et leurs complications.
3. Accident survenu lors de la participation de la personne assurée à un sport contre rémunération ou à un événement sportif auquel des prix en argent sont remis aux gagnants, à tout genre de compétition de véhicules moteurs ou à tout genre d'épreuve de vitesse, à un sport avec contacts ou à un sport dangereux ou violent tel que mais non limité à : delta-plane, sports de neige hors-piste, saut d'obstacle à cheval, escalade ou alpinisme (routes grade 4 ou 5 selon l'échelle du *Yosemite Decimal System – YDS*), parachutisme, vol plané ou à voile, chute libre ou du saut à l'élastique (bungee jumping), canyoning, et tout sport ou activité hors de l'ordinaire, hors normes et comportant un haut degré de tension et de risques.

La restriction quant aux épreuves de vitesse ne s'applique pas aux activités d'athlétisme amateur qui sont sans contact et que la personne assurée pratique uniquement à des fins de loisir ou de mise en forme.

4. Abus de médicaments ou d'alcool, consommation de drogue, consommation de médicaments ou produits expérimentaux ou toutes autres formes de toxicomanies, et les conditions qui s'ensuivent, de même que conduite d'un véhicule moteur alors que la personne assurée est sous l'influence d'une drogue quelconque ou que son taux d'alcoolémie est supérieur à 80 milligrammes par 100 millilitres de sang (0,08).
5. Voyage entrepris dans le but de recevoir des soins médicaux ou paramédicaux.
6. Suicide, tentative de suicide ou blessure volontaire, que la personne assurée soit saine d'esprit ou non.
7. Guerre, invasion, actes d'ennemis étrangers, hostilités entre nations (que la guerre soit déclarée ou non), guerre civile, rébellion, révolution, insurrection, pouvoir militaire ou usurpé.
8. Perpétration ou tentative de perpétration, directe ou indirecte, d'un acte criminel en vertu de toute loi.
9. Toute condition résultant de troubles mentaux, nerveux, psychologiques ou psychiatriques de la personne assurée sauf si elle doit être hospitalisée relativement à cette condition.
10. Toute demande relative à des patients hospitalisés dans des hôpitaux pour maladies chroniques ou dans un service de réadaptation d'un hôpital public, ou relative à des patients qui se trouvent dans des maisons de soins prolongés ou des stations thermales.
11. Tous soins, traitements, produits ou services autres que ceux qui sont déclarés nécessaires au traitement de la blessure ou de la maladie ou à la stabilisation de la condition médicale par les autorités compétentes.
12. Soins de soutien ou soins donnés pour la commodité du patient.
13. Soins ou traitements pour des fins esthétiques.
14. Soins ou traitements reçus au Canada et aux États-Unis quand ces soins ou traitements auraient pu être obtenus dans le pays de résidence de l'assuré, sans danger pour la vie ou la santé de la personne assurée, à l'exception des frais immédiatement nécessaires à la suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite. Le seul fait que des soins pouvant être prodigués dans le pays de résidence de la personne assurée soient de qualité moindre que des soins pouvant être prodigués à l'intérieur des frontières canadiennes et américaines ne constitue pas, au sens de la présente exclusion, un danger pour la vie ou la santé de la personne assurée.  
Sans limiter la généralité de l'exclusion du paragraphe précédent, aucun résident d'un pays étranger qui voyage principalement ou accessoirement pour consultation ou traitement n'a droit aux prestations de la présente assurance, même si un tel voyage est recommandé par un médecin.
15. Soins ou traitements qui ne sont pas assurés en vertu du programme gouvernemental où les services ont été rendus.

16. Soins ou traitements tels que ceux donnés par les acupuncteurs, homéopathes et naturopathes.
17. Produits suivants non couverts, même s'ils sont obtenus sur ordonnance :
  - les préparations alimentaires pour nourrissons, les suppléments ou substituts alimentaires ou diététiques de toute nature, y compris les protéines, les produits dits naturels, les multivitamines et les médicaments « grand public » (GP), les antiacides, les produits digestifs, les laxatifs, les antidiarrhéiques, les décongestionnants, les antitussifs, les expectorants et tout autre médicament contre le rhume ou la grippe, les gargarismes, les huiles, shampooings, lotions, savons et tout autre produit dermatologique.
18. **Défaut de la personne assurée de communiquer avec CanAssistance** en cas de consultation médicale ou d'hospitalisation, suite à un accident ou à une maladie subite.
19. Lorsqu'il y a eu prolongation du contrat, toute condition médicale survenue au cours de la période de couverture initiale sera exclue à compter de la date de prolongation.
20. Consultations ou examens requis dans le cadre d'une demande d'immigration.
21. Lunettes ou prothèses auditives.
22. Traitements reçus à l'extérieur des frontières du Canada et des États-Unis.
23. Services ou traitements qui sont fournis aux États-Unis à un résident permanent des États-Unis pendant la période de couverture.
24. Pour les enfants assurés âgés de moins de 2 ans, les frais liés directement ou indirectement à un état médical découlant d'une malformation congénitale ou d'une maladie congénitale et les problèmes de santé qui y sont reliés, qu'un diagnostic ait été posé ou non.

# Garantie assistance voyage

## CanAssistance

---

Cette garantie est offerte gratuitement avec l'assurance voyage incluse dans cette police.

### Assistance médicale

**Si, à la suite d'un accident ou d'une maladie subite, la personne assurée doit consulter un médecin ou être hospitalisée, elle doit appeler immédiatement CanAssistance qui prendra les dispositions nécessaires pour lui fournir les services suivants :**

- dans l'**État de la Floride**, la personne assurée sera dirigée vers une clinique ou un hôpital approprié, membre du réseau **Preferred Patient Care**;
- dans l'**État de la Caroline du Sud**, la personne assurée sera dirigée vers une clinique ou un hôpital approprié, membre du réseau **Preferred Personal Care**;
- dans le cas d'autres destinations, la personne assurée sera dirigée vers une clinique ou un hôpital approprié et, si nécessaire, des fonds seront avancés à l'hôpital;
- confirmer la couverture de l'assurance médicale afin d'éviter un dépôt monétaire souvent substantiel;
- assurer le suivi du dossier médical et communiquer avec le médecin de famille;
- coordonner le rapatriement de la personne assurée dans son pays de résidence, s'il y a lieu;
- coordonner le retour, à leur domicile, en toute sécurité, des enfants à charge, si le parent est hospitalisé;
- prendre les dispositions nécessaires pour faire venir un membre de la famille, si la personne assurée doit séjourner à l'hôpital au moins 7 jours et si le médecin traitant le prescrit;
- coordonner le retour du véhicule routier personnel de la personne assurée, si une maladie ou un accident la rend incapable de s'en occuper.

En aucun cas CanAssistance n'est responsable des frais pour les services décrits ci-dessus.

### **Avis**

**À défaut de communiquer avec CanAssistance en cas de consultation médicale ou d'hospitalisation suite à un accident ou à une maladie subite, les indemnités pourraient être refusées.**

L'assureur et CanAssistance ne sont pas responsables de la disponibilité ou de la qualité des soins médicaux et hospitaliers administrés, ni de l'impossibilité d'obtenir de tels soins.

## Assistance générale

Pour toute autre situation d'urgence, la personne assurée peut communiquer avec CanAssistance afin de bénéficier de services tels que :

- assistance téléphonique sans frais, 24 heures par jour, 7 jours par semaine;
- transmission de messages urgents;
- coordination des demandes de règlement;
- service d'interprète aux appels d'urgence;
- référence à un avocat dans le cas d'un accident grave;
- règlement des formalités en cas de décès;
- assistance en cas de perte ou de vol de papiers d'identité;
- informations sur les ambassades et les consulats.

Par CanAssistance, l'assureur peut également fournir à la personne assurée des informations prévoyage sur les visas et les vaccins nécessaires.

## AVIS

Tout avis adressé à l'assureur peut être valablement transmis à :

### QUÉBEC

#### **Association d'Hospitalisation Canassurance**

Case postale 910, succursale B  
Montréal (Québec)  
H3B 3K8

### AUTRES PROVINCES CANADIENNES

#### **Croix Bleue de l'Ontario**

Case postale 2005  
Etobicoke (Ontario)  
M9C 5P1

En foi de quoi, l'assureur a signé le présent contrat, lequel doit être validé par un représentant autorisé.



Sylvain Charbonneau  
Président et chef de la direction

## COMMENT NOUS JOINDRE

### Lignes assistance voyage

Si la personne assurée doit recevoir des soins de santé, elle ou son compagnon de voyage doit immédiatement communiquer avec CanAssistance.

**Canada, États-Unis**

**1 800 361-6068 ou 514 286-8411**

Ces lignes d'assistance sont au service de la personne assurée **24 heures par jour, 7 jours par semaine**, pour lui venir en aide.

Pour faciliter la communication, la personne assurée doit s'identifier, donner le numéro de téléphone de l'endroit d'où elle appelle ainsi que son numéro de contrat.

#### **Avis**

**À défaut de communiquer avec CanAssistance en cas de consultation médicale ou d'hospitalisation suite à un accident ou à une maladie subite, les indemnités pourraient être refusées.**

### Prolongation

Pour obtenir une prolongation, la personne assurée doit communiquer avec l'assureur.

**Canada, États-Unis**

**1 877 986-7681 ou 514 286-7681**

### Demandes de règlement

La personne assurée peut communiquer avec notre service à la clientèle afin d'obtenir un formulaire de demande de règlement en composant l'un des numéros suivants :

**QUÉBEC**

**1 800 387-2538 ou 514 286-6690**

**AUTRES PROVINCES CANADIENNES**

**1 800 557-3907**



1-800-361-6068

Du Canada et des États-Unis  
From Canada and the United States

514-286-8411

D'ailleurs dans le monde, à frais virés  
From elsewhere in the world, collect



Membre de / Member of





ASSURANCE VOYAGE

Votre distributeur

**Québec**

550, rue Sherbrooke Ouest  
Bureau B-9  
Montréal (Québec)  
H3A 3S3

**Autres provinces canadiennes**

185 The West Mall  
Bureau 610  
C.P. 2005  
Etobicoke (Ontario)  
M9C 5P1



Détachez cette carte et conservez-la toujours avec vous pendant la durée de votre contrat.

En cas d'urgence lors de votre voyage, composez dès que possible un des numéros apparaissant sur cette carte.

**ASSISTANCE VOYAGE / TRAVEL ASSISTANCE**

Votre nom  
Your Name \_\_\_\_\_

N° de contrat  
Contract No. \_\_\_\_\_

Date d'expiration  
Expiry Date \_\_\_\_\_



**1-800-361-6068**  
Du Canada et des États-Unis  
From Canada and the United States

**514-286-8411**  
D'ailleurs dans le monde, à frais virés  
From elsewhere in the world, collect