



ASSURANCE VOYAGE

VISITEURS AU CANADA



GUIDE DE L'ASSURÉ ET
POLICE D'ASSURANCE VOYAGE

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR **DÉCEMBRE 2007**

^{MD} Le nom et le symbole Croix Bleue sont des marques déposées de l'Association canadienne des Croix Bleue, utilisée sous autorisation par l'Association d'hospitalisation Canassurance, faisant affaires sous le nom de Croix Bleue de l'Ontario et Croix Bleue du Québec, et par Medavie inc., faisant affaires sous le nom de Service Croix Bleue de l'Atlantique.

GUIDE DE L'ASSURÉ ET POLICE D'ASSURANCE VOYAGE

Croix Bleue Assurance Voyage

Nom du produit

Visiteurs au Canada

Type de produit

Police d'assurance voyage individuelle

Assureur

Association d'Hospitalisation Canassurance

550, rue Sherbrooke Ouest, bureau B-9

Montréal (Québec) H3A 3S3

Téléphone : 514 286-8400

Télécopieur : 514 286-8358

*Coordonnées de votre distributeur :
ces informations apparaissent sur l'endos
de la page couverture de cette brochure.*

Responsabilité de l'Autorité des marchés financiers

L'Autorité des marchés financiers ne s'est pas prononcé sur la qualité du produit offert dans le présent guide. L'assureur est seul responsable des divergences entre les libellés du guide et de la police.

TABLE DES MATIÈRES

DU GUIDE DE L'ASSURÉ

Pourquoi un Guide de l'assuré ?	3
L'assureur	3
Description de l'assurance	
Visiteurs au Canada	3
Définitions de base : <i>accident, âge, assuré, conditions préexistantes, enfant à charge, maladie subite, membre de la famille de la personne assurée, perte et titulaire du contrat.</i>	3
1- Nature des différentes garanties ou services offerts	
A) Garantie soins médicaux d'urgence	5
B) Garantie assistance voyage CanAssistance	9
2- Résumé des conditions applicables	
A) Personnes visées par cette assurance voyage	10
B) Montant d'assurance maximum couvert	10
C) Paiement de la prime	10
D) Début et fin du contrat	10
E) Prolongation de l'assurance	11
F) Résiliation du contrat	12
G) Remboursement du contrat d'assurance	12
H) Réticence, fraude ou tentative de fraude	13
3- Réclamations	
A) Présentation de la réclamation	14
B) Délai de réponse de l'assureur	14
C) Appel de la décision de l'assureur et recours	15
Informations supplémentaires	16
Produits similaires	16
Avis de résiliation d'un contrat d'assurance	17

Notez bien : les mots inscrits en caractères gras et italique dans le texte sont définis à la section « Définitions » aux pages 3 et 4.

POURQUOI UN GUIDE DE L'ASSURÉ ?

Le rôle de ce guide de l'*assuré* est de décrire les garanties d'assurance voyage offertes et de faciliter votre compréhension en vous transmettant l'information de façon simple et précise. Il a pour but de vous permettre d'apprécier par vous-même si ce produit correspond à vos besoins, alors que vous n'êtes pas en présence d'un conseiller en assurances.

Vous trouverez aussi dans ce guide certaines des principales exclusions et restrictions comprises dans votre police d'assurance. Pour obtenir l'ensemble des clauses de votre contrat, consultez votre police aux pages 21 à 40.

L'ASSUREUR

Votre police d'assurance est souscrite auprès de l'Association d'Hospitalisation Canassurance (société de secours mutuels à but non lucratif).

DESCRIPTION DE L'ASSURANCE VISITEURS AU CANADA

Définitions : voici quelques définitions pour faciliter votre compréhension de la police. Vous devez référer à votre police d'assurance pour une description juste et complète. Vous retrouverez les définitions aux pages 23 et 24.

Accident : un événement qui n'est pas intentionnel et qui est soudain, fortuit et imprévisible. Cet événement est aussi dû exclusivement à une cause extérieure de nature violente et il occasionne, directement et indépendamment de toute autre cause, des blessures corporelles. Cet événement doit se produire pendant que l'assurance est en vigueur.

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

Assuré : désigne la personne assurée et peut inclure, selon la garantie, le titulaire du contrat d'assurance, son conjoint ou leurs enfants à charge.

Conditions préexistantes : désigne une condition de santé qui existe déjà au moment de l'achat du contrat d'assurance ou au moment du départ. Les conditions préexistantes sont sujettes à des exclusions. Les exclusions de la garantie sont un motif de refus des réclamations (exclusion ou restriction).

Enfant à charge : désigne un enfant de l'assuré, de son conjoint, ou des deux, âgé de plus de 30 jours, non marié, qui dépend de l'assuré pour son soutien et qui :

- est âgé de moins de 21 ans, ou;
- est âgé de moins de 25 ans à la condition de fréquenter à temps plein, comme étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement, ou;
- est handicapé physiquement ou mentalement.

Dans un régime monoparental ou familial, il est entendu qu'un enfant du titulaire du contrat ou de son conjoint qui naît après la date d'entrée en vigueur du contrat devient automatiquement enfant à charge et assuré dès qu'il rencontre les conditions de la définition, sous réserve du versement de la prime supplémentaire, le cas échéant.

Maladie subite : maladie soudaine et imprévisible qui doit être constatée par un médecin.

Membre de la famille de la personne assurée désigne :

Le conjoint;

Un enfant de la personne assurée ou du conjoint;

Le père ou la mère;

Un frère, une sœur, un demi-frère, une demi-sœur;

Les grands-parents; les petits-enfants;

Les beaux-parents; un beau-frère ou une belle-sœur;

Un oncle ou une tante; un neveu, une nièce.

Toutefois, les « **membres de la famille immédiate** » désigne seulement les personnes dont l'appellation est **soulignée** dans cette énumération.

Perte : dommages personnels ou corporels couverts par l'assureur et dus à un **accident** ou à un événement faisant partie des risques assurés.

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

1- NATURE DES DIFFÉRENTES GARANTIES OU SERVICES OFFERTS

Le produit d'assurance « Visiteurs au Canada » de Croix Bleue Assurance Voyage est un produit d'assurance voyage. Voici ce qui vous est offert :

Assurez-vous qu'on vous a remis une copie de l'attestation d'assurance.

A) Garantie soins médicaux d'urgence

Pour une information complète sur cette garantie, son admissibilité et ses exclusions ou restrictions, veuillez consulter les pages 30 à 38 de la police.

Cette garantie rembourse les frais admissibles facturés à la suite d'une situation d'urgence qui résulte d'un *accident* ou d'une *maladie subite* qui survient au cours d'un voyage, pendant la période de couverture.

Les frais admissibles sont ceux déclarés nécessaires à la stabilisation de la condition médicale.

Ces frais admissibles sont classés en 3 catégories :

- hospitalisation, frais médicaux et paramédicaux;
- frais de transport;
- allocation de subsistance.

Pour connaître les frais remboursables, consultez votre police aux pages 30 à 33.

Les prestations prévues au contrat sont accordées en supplément et non en remplacement des programmes gouvernementaux : ce qui est remboursable par les gouvernements ne l'est pas par l'assureur.

Exclusions, limitations ou réductions de garantie

MISE EN GARDE

Principales exclusions liées à la garantie soins médicaux d'urgence

Conditions préexistantes : une réclamation sera refusée si les frais réclamés ont été causés,

directement ou indirectement, par l'une des causes suivantes :

1. POUR LES PERSONNES ÂGÉES DE MOINS DE 61 ANS :

Au cours des 3 mois précédant le début de l'assurance :

a) 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 médical 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 de sa médication existante.

L'assureur ne considère pas comme un changement de posologie de médication existante les éléments suivants :

- ajustement de routine d'insuline ou de Coumadin;
- changement de médicament pour son équivalent dans une marque générique, pour autant que la posologie soit la même;
- prise d'Aspirine 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.

b) toute condition cardiaque pour laquelle la personne assurée a consommé de la nitroglycérine plus d'une fois dans une période de 7 jours pour le soulagement de douleur à la poitrine.

c) toute condition pulmonaire pour laquelle la personne assurée a été traitée avec de l'oxygène à domicile ou a eu recours à la corticothérapie.

2. POUR LES PERSONNES ÂGÉES DE 61 ANS ET PLUS :

a) Au cours des 6 mois précédant le début de l'assurance, une maladie ou état qui se rapporte à une des conditions médicales pour laquelle la personne assurée :

- a consulté un médecin (sauf pour un examen médical de routine), ou;
- a été hospitalisée, ou;
- s'est fait prescrire ou a reçu un traitement, ou;
- s'est fait prescrire ou a consommé un médicament, et qui est incluse dans la liste suivante :
 - conditions cardiovasculaires : infarctus, angine, arythmie, stimulateur cardiaque (pacemaker), défibrillateur, insuffisance cardiaque, pontage, angioplastie, valvulopathie ou remplacement valvulaire, anévrisme de l'aorte, greffe cardiaque, maladie vasculaire périphérique;
 - conditions pulmonaires obstructives chroniques : asthme, emphysème, bronchite chronique, greffe pulmonaire;
 - conditions neurologiques : accident vasculaire cérébral (AVC), ischémie cérébrale transitoire (ICT);
 - diabète insulino-dépendant : diabète traité avec injection d'insuline;
 - insuffisance rénale, greffe rénale;
 - conditions gastro-intestinales : cirrhose, hépatite, ulcère, saignement interne, greffe du foie, occlusion intestinale;
 - cancer ou tumeur maligne.

b) Au cours des 6 mois précédant le début de l'assurance, toute autre maladie, blessure ou état qui se rapporte à une condition médicale pour laquelle la personne assurée :

- a consulté un médecin (sauf pour un examen médical 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 de sa médication existante.

L'assureur ne considère pas comme un changement de posologie de médication existante les éléments suivants :

- ajustement de routine d'insuline ou de Coumadin;
- changement de médicament pour son équivalent dans une marque générique, pour autant que la posologie soit la même;
- prise d'Aspirine 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.

D'autres exclusions concernent des conditions, activités ou événements non couverts, notamment les sports dangereux ou contre rémunération, l'abus de médicaments, d'alcool ou de drogue, les guerres ou conflits armés.

Certains soins ou traitements ne sont pas couverts. Par exemple, les soins donnés pour des raisons esthétiques sont exclus de la couverture d'assurance.

Si vous ne communiquez pas avec CanAssistance avant d'engager des frais de consultation médicale ou d'hospitalisation, votre réclamation pourrait être refusée. Pour plus de détails, voir la section « Réclamations » aux pages 14 et 15 de ce guide et votre police aux pages 28, 30 et 37.

Toutes les exclusions et réductions sont décrites dans la police à la section « Ce qui n'est pas couvert » de la page 33 à 38.

B) Garantie assistance voyage

CanAssistance

Pour une information complète sur cette garantie, son admissibilité et ses exclusions ou restrictions, veuillez consulter les pages 38 et 39 de la police.

Les services d'assistance sont inclus dans chacune des garanties décrites dans ce guide. Peu importe où vous allez, vous pouvez communiquer avec CanAssistance où des agents d'expérience peuvent vous supporter de plusieurs façons. En voici quelques exemples :

- référence à un médecin, à une clinique ou à un hôpital approprié;
- suivi du dossier médical à destination;
- services d'un interprète;
- communication avec le médecin de famille;
- rapatriement de la *personne assurée* et des *enfants à charge*;
- référence à un avocat en cas d'*accident* grave;
- informations sur les ambassades, les consulats, les vaccins, etc.;
- transmission de messages importants;
- aide en cas de *perte* ou de vol de papiers ou de cartes de crédit.

Lors de toute situation d'urgence, vous devez communiquer avec CanAssistance avant d'engager des frais, sinon votre réclamation pourrait être refusée. Pour plus de détails sur cette garantie, veuillez consulter la section « Réclamations » aux pages 14 et 15 de ce guide, et dans la police sous la section « Avis » à la page 39.

2- RÉSUMÉ DES CONDITIONS APPLICABLES

A) Personnes visées par cette assurance voyage

Cette assurance est offerte 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.

B) Montant d'assurance maximum couvert

Selon le montant que vous avez choisi, tel qu'inscrit sur votre attestation d'assurance.

C) Paiement de la prime d'assurance

La prime doit être payée en entier avant la date d'entrée en vigueur du contrat.

D) Début et fin du contrat d'assurance

Si l'assurance est achetée avant votre arrivée au Canada, 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;
- le jour suivant la date de terminaison d'une couverture similaire au Canada en vertu d'un autre contrat d'assurance.

Si l'assurance est achetée après votre arrivée au Canada, elle entre en vigueur 72 heures après sa souscription, mais doit être souscrite dans les 30 jours qui suivent la dernière des dates suivantes :

- le jour de l'arrivée au Canada;
- le jour suivant la date de terminaison d'une couverture similaire au Canada en vertu d'un autre contrat d'assurance.

La couverture prend fin au premier des moments suivants :

- au moment où vous quittez le Canada pour retourner à votre point de départ;
- à minuit à la date de retour indiquée sur votre attestation d'assurance.

E) Prolongation du contrat d'assurance

La durée de votre contrat d'assurance peut être prolongée par l'assureur à la demande de l'*assuré*. Pour ce faire, communiquez avec l'assureur aux numéros de téléphone qui apparaissent à la page 40 de la police.

Le contrat peut être prolongé si la demande est faite avant qu'il ne se termine, si l'*assuré* paie la prime additionnelle et s'il est toujours admissible à l'assurance.

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 réclamation pour la période initiale ne sera acceptée si elle est présentée après que la prolongation ait été accordée.

Le coût de l'assurance sera modifié pour toute la durée du voyage s'il est différent pour cette raison.

D'autre part la durée des garanties du contrat d'assurance est automatiquement prolongée sans frais dans les circonstances suivantes :

- prolongée de 24 heures lorsque le retour est reporté à cause d'un retard du transporteur, d'un *accident* de la circulation ou d'une panne du véhicule privé qui retourne au point de départ;
- prolongée pendant la durée de l'hospitalisation de l'*assuré* et les 24 heures qui suivent;
- prolongée jusqu'à concurrence de 72 heures lorsque le retour est reporté à cause d'une maladie de l'*assuré* qui a débuté dans les 24 heures qui ont précédé le retour et qui nécessite d'urgence des soins médicaux.

F) Résiliation du contrat d'assurance

Il vous est possible de résilier votre assurance.

Vous pouvez résilier le contrat dans les 10 jours qui suivent sa souscription. Cette possibilité d'annulation dans les 10 jours est prévue par la *Loi sur la distribution des produits et services financiers*. Un contrat ne peut être résilié une fois le voyage entrepris.

Pour obtenir le remboursement de votre prime, si l'assurance n'a pas débuté, vous pouvez soit :

- vous adresser à votre distributeur ou téléphoner directement au Service à la clientèle de Croix Bleue Assurance Voyage au **514 286-8403** pour la région de Montréal, ou pour toutes les autres régions, le **1 800 361-5706**;
- faire parvenir à l'assureur par courrier recommandé le *Formulaire de résiliation d'un contrat d'assurance*, que vous trouverez à la page 17.

G) Remboursement du contrat d'assurance

Si vous mettez fin à votre séjour au Canada plus tôt que prévu :

Un remboursement de prime peut vous être accordé pour les journées non utilisées, s'il n'y a eu aucune réclamation lors de votre séjour.

Des frais d'administration de 25 \$ s'appliquent sur tous les remboursements, sauf pour les remboursements de prime causés par la résiliation du contrat avant le départ.

Comment procéder :

Faire une **demande par écrit** au service de l'administration de l'assurance voyage, en **mentionnant votre numéro de contrat et une preuve de retour**. Cette preuve peut être votre billet de transport pour votre retour à votre lieu de résidence ou une preuve d'achat fait à votre lieu de résidence (reçu de carte de crédit, reçu de plein d'essence).

Si vous n'avez pas de preuve de retour, la date d'estampillage postal de la lettre de demande de remboursement est considérée comme date de retour du voyage et le remboursement est calculé à partir du lendemain.

ENVOYEZ VOTRE DEMANDE À :

Croix Bleue Assurance Voyage

Administration Voyage

550, rue Sherbrooke Ouest

Bureau B-9

Montréal QC H3A 3S3

H) Réticence, fraude ou tentative de fraude

Si vous faites une fausse déclaration, une omission ou que vous tentez de faire une fraude, que se soit au moment de l'adhésion à l'assurance, d'une réclamation ou à tout autre moment au cours de la vie du contrat, le contrat sera nul et considéré comme n'ayant jamais existé. Nous rembourserons les primes payées pour le contrat.

3- RÉCLAMATIONS

A) Présentation de la demande

Avant de subir un traitement prévu dans la garantie soins médicaux d'urgence, il est très important de communiquer avec CanAssistance pour que l'assureur autorise d'abord ce traitement.

Vous devez informer l'assureur dans les 30 jours suivant l'événement à l'origine de la réclamation pour valider votre réclamation.

Par la suite, vous devez transmettre, dans les 90 jours à compter de l'événement, tous les renseignements, factures originales et détaillées qui couvrent les services hospitaliers et médicaux, s'il y a lieu, de même que pour tous les autres services.

L'assureur se réserve le droit d'exiger, à ses frais, des examens médicaux dans le cadre d'une réclamation et, si la loi l'y autorise, de faire pratiquer une autopsie en cas de décès.

Vous pouvez communiquer avec le service à la clientèle de Croix Bleue Assurance voyage afin d'obtenir un formulaire de réclamation en composant l'un des numéros suivants :

- région de Montréal : 514 286-6690;
- extérieur (sans frais) : 1 800 387-2538.

B) Délai de réponse de l'assureur

L'assureur dispose de **30 jours ouvrables** après la réception de tous les documents nécessaires au traitement de votre dossier pour :

- i) vous verser l'indemnité ou vous aviser que le versement a été fait au fournisseur de soins ou de services (hôpital, clinique, etc.), **ou**;
- ii) refuser la demande par écrit et donner le ou les motifs qui ont justifié cette décision.

Les ententes développées par Croix Bleue Assurance Voyage avec des réseaux de services de santé à travers le monde lui permettent, la plupart du temps, de payer directement les fournisseurs de soins sans que vous ayez à nous soumettre une ou plusieurs factures.

C) Appel de la décision de l'assureur et recours

En cas de refus de la part de l'assureur, si vous voulez contester ou faire réviser la décision de l'assureur, vous devez le faire par écrit et faire valoir votre point de vue ou fournir de nouveaux documents qui pourraient modifier la décision de l'assureur (ex : nouveau document d'un médecin qui vous a traité).

Toute demande de révision peut être faite **dans les 12 mois** qui suivent le refus de l'assureur. Vous devez envoyer vos pièces justificatives au service des réclamations à l'adresse suivante :

Croix Bleue Assurance Voyage
Règlements Voyage
C.P. 910 – Succursale « B »
Montréal QC H3B 3K8

L'assureur dispose de **4 mois** pour communiquer avec vous par écrit ou par téléphone.

De plus, vous pouvez consulter l'Autorité des marchés financiers ou votre propre conseiller juridique.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Pour toute information complémentaire relative à votre police d'assurance voyage, communiquez d'abord avec l'assureur au :

- région de Montréal : 514 286-8403;
- extérieur (sans frais) : 1 800 361-5706.

Pour toute information additionnelle sur les obligations de l'assureur ou du distributeur envers vous, communiquez avec l'Autorité des marchés financiers aux coordonnées suivantes :

L'Autorité des marchés financiers

Place de la Cité, Tour Cominar

2640, boul. Laurier, 4e étage

Sainte-Foy (Québec) G1V 5C1

Ligne sans frais : 1 877 525-0337

Québec : 418 525-0337

Montréal : 514 395-0337

Courriel : renseignements-consommateur@lautorite.qc.ca

Site Internet : www.lautorite.qc.ca

PRODUITS SIMILAIRES

D'autres compagnies d'assurances offrent des produits d'assurance voyage similaires à ceux offerts par Croix Bleue Assurance Voyage.

Notes personnelles

Début de la couverture : _____

Fin de la couverture : _____

Montant de la couverture : _____

Prime : _____

Autre : _____

Avis de résiliation d'un contrat d'assurance

Avis donné par le distributeur

Selon l'article 440 de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*.

LA LOI SUR LA DISTRIBUTION DE PRODUITS ET SERVICES FINANCIERS VOUS DONNE DES DROITS IMPORTANTS.

- La loi vous permet de mettre fin au contrat d'assurance que vous venez de signer à l'occasion d'un autre contrat, **sans pénalité, dans les 10 jours de sa signature**. Pour ce faire, vous devez envoyer à l'assureur un avis par courrier recommandé dans ce délai. Vous pouvez utiliser le modèle ci-dessous.
- Malgré l'annulation du contrat d'assurance, le premier contrat conclu demeura en vigueur. Attention, il est possible que vous perdiez des conditions avantageuses qui vous ont été consenties en raison de cette assurance. Informez-vous auprès du distributeur ou consultez votre contrat.
- Vous pouvez annuler votre contrat d'assurance en tout temps, mais hors du délai de 10 jours, des pénalités s'appliquent.

Pour des renseignements plus détaillés, vous pouvez communiquer avec l'Autorité des marchés financiers : à Québec 418 525-0337, à Montréal 514 395-0337, sans frais : 1 877 525-0337

Avis de résiliation d'un contrat d'assurance

À : **Association d'Hospitalisation Canassurance**

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

Date: _____
(date d'envoi de cet avis)

En vertu de l'article 441 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers, j'annule le contrat d'assurance

n° : _____
(numéro du contrat, s'il est indiqué)

Conclu le : _____
(date de la signature du contrat)

À : _____
(lieu de la signature du contrat)

(nom du client, en lettres moulées)

(signature du client)

Au dos de ce formulaire, les articles suivants de la Loi apparaissent: art. 439, 440, 441, 442

Article 439. Un distributeur ne peut assujettir la conclusion d'un contrat à l'obligation pour le client de conclure un contrat d'assurance auprès d'un assureur qu'il indique.

Il ne peut exercer de pressions indues sur le client ou employer des manoeuvres dolosives pour l'inciter à se procurer un produit ou un service financier.

Article 440. Un distributeur qui, à l'occasion de la conclusion d'un contrat, amène un client à conclure un contrat d'assurance doit lui remettre un avis, rédigé de la façon prévue par règlement de l'Autorité des marchés financiers, lui indiquant qu'il peut, dans les 10 jours de la signature de ce contrat d'assurance, le résoudre.

Article 441. Un client peut, par avis transmis par courrier recommandé ou certifié, résoudre, dans les 10 jours de sa signature, un contrat d'assurance signé à l'occasion de la conclusion d'un autre contrat.

En cas de résolution de ce contrat, le premier contrat conserve tous ses effets.

Article 442. Un contrat ne peut contenir de dispositions en permettant la modification dans l'éventualité où un client résoudrait ou résilierait un contrat d'assurance conclu à la même occasion.

Toutefois, un tel contrat peut prévoir que le client perd pour le reste du terme les conditions plus favorables qui lui sont consenties du fait de la conclusion de plus d'un contrat si le client résout ou résilie avant terme le contrat d'assurance.

Ceci est votre police d'assurance.

Lisez-la attentivement.

L'attestation d'assurance fait foi du produit acheté et détermine les garanties du 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

Avis relatif aux renseignements personnels	22
Les définitions	23
Les conditions	25
Les garanties	
• Soins médicaux d'urgence	30
- Exclusions et réductions de couverture	33
• Assistance voyage CanAssistance	38
Comment nous joindre	40

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, aux fins d'évaluation de votre demande de souscription, de confirmation de couverture et/ou de traitement et de paiement 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 :

**Directeur général de la protection
des renseignements personnels
Association d'Hospitalisation Canassurance
et ses filiales¹
550, rue Sherbrooke Ouest
Bureau B-9
Montréal QC H3A 3S3**

renseignementspersonnels@qc.croixbleue.ca

¹Canassurance 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.

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, jusqu'à un maximum de 6 personnes. Un membre de la famille immédiate de la personne assurée qui planifie et part avec la personne assurée pour effectuer le même voyage est considéré comme un compagnon de voyage mais ne compte pas dans le maximum de 6 personnes.

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 avant le départ, 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.

Dans un régime monoparental ou familial, il est entendu qu'un enfant du titulaire du contrat ou de son conjoint qui naît après la date d'entrée en vigueur du contrat devient automatiquement enfant à charge et assuré dès qu'il rencontre les conditions de la définition, sous réserve du versement de la prime supplémentaire, le cas échéant.

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, et dont l'origine se déclare pendant un voyage au cours de la période de couverture.

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, selon la protection choisie, le titulaire du contrat, son conjoint et/ou leurs enfants à charge.

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

LES CONDITIONS

Admissibilité

Immigrants ou résidents permanents

Cette assurance est offerte aux immigrants ou résidents permanents en attente du régime provincial d'assurance-maladie ou aux personnes ayant complété, au cours de leur voyage, les démarches pour l'obtention du statut d'immigrant ou de résident permanent.

Cette assurance est offerte seulement aux personnes de 69 ans et moins.

Pour être admissible à cette assurance, l'adhérent doit avoir lu et compris la déclaration de santé et complété avec succès les tests médicaux nécessaires et requis par les autorités gouvernementales.

Travailleurs étrangers

Cette assurance est offerte aux travailleurs étrangers au Canada titulaires d'un permis de travail.

Cette assurance est offerte seulement aux personnes de 69 ans et moins.

Une preuve valide d'un emploi au Canada durant la période de couverture est requise de la part de l'employeur.

Pour être admissible à cette assurance, l'adhérent doit avoir lu et compris la déclaration de santé et complété avec succès les tests médicaux nécessaires et requis par les autorités gouvernementales.

Étudiants étrangers

Cette assurance est offerte aux étudiants étrangers au Canada, titulaires d'un permis d'études.

Cette assurance est offerte seulement aux personnes de 49 ans et moins.

L'inscription comme étudiant à plein temps auprès d'une institution scolaire reconnue au Canada est requise durant la période de couverture.

Pour être admissible à cette assurance, l'adhérent doit avoir lu et compris la déclaration de santé.

Visiteurs au Canada

Cette assurance est offerte aux étrangers ainsi qu'aux canadiens de retour au pays qui ne sont plus admissibles à l'assurance du gouvernement suite à une longue absence. Cette assurance est offerte aux personnes de 79 ans et moins.

Date de prise d'effet de la couverture

Si l'assurance est achetée avant votre arrivée au Canada, 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;
- 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 votre arrivée au Canada, elle entre en vigueur 72 heures après sa souscription, mais doit être souscrite dans les 30 jours qui suivent la dernière des dates suivantes :

- le jour de l'arrivée au Canada, ou;
- le jour suivant 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.

En cas de retour hâtif, 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. 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 retour du voyage et le remboursement prend effet à compter du lendemain.

Des frais d'administration de 25 \$ par contrat sont retenus sur tous les remboursements sauf sur les remboursements de prime suite à la résiliation du contrat avant la date d'entrée en vigueur du contrat.

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.**

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

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.

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.

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.**

Demandes de règlement (Réclamations)

La responsabilité de l'assureur n'est engagée en vertu du contrat que si la personne assurée 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, une preuve de la durée du séjour, un certificat médical donnant un diagnostic complet, et 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 et 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.

Coordination des prestations

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.

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 monnaie légale du Canada.

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.

Lois applicables

Le contrat est réputé être émis au Canada. Conséquemment, le contrat est soumis aux lois applicables au Canada.

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 (à l'exception de l'État d'Hawaï) pendant la période de couverture. Les traitements admissibles sont ceux déclarés 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 dans le pays de résidence du voyageur étranger.

L'assurance s'applique au Canada et aux voyages faits aux États-Unis, à l'exception de l'État d'Hawaï. 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 le résident 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 salle publique. L'assurance ne couvre pas la chambre privée ou semi-privée.

Honoraires de médecins

Les frais raisonnables et usuels pour les services d'un médecin, chirurgien ou anesthésiste, jusqu'à concurrence du montant payable selon la Table des rémunérations prévues par les autorités gouvernementales 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.

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 de chirurgiens dentistes pour les soins dentaires requis par suite d'un traumatisme externe (et non pas par suite de l'introduction volontaire 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 débiter 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 et avant le début des traitements, démontrant les dommages subis. Le montant remboursable est de 1 000 \$ par accident et par personne assurée.

Frais de transport

Les services suivants doivent être approuvés et planifiés par CanAssistance :

Service d'ambulance

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.

Retour du véhicule

Le coût du retour, effectué par une agence commerciale ou par toute autre personne désignée et autorisée par CanAssistance, du véhicule personnel de la personne assurée ou d'un véhicule de location à son domicile ou à l'agence de location appropriée la plus proche, si une maladie ou un accident la rend incapable de s'en occuper, sous réserve d'un remboursement maximal de 1 000 \$. La personne assurée doit présenter un certificat médical du médecin traitant de la localité où son incapacité à utiliser son véhicule s'est manifestée.

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 5 000 \$, ou le coût de crémation ou de l'enterrement sur place, sous réserve d'un remboursement de 3 000 \$.

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 les personnes âgées de moins de 61 ans :

Au cours des 3 mois précédant la date de prise d'effet de la couverture :

- a) 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 médical 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 de sa médication existante.

L'assureur ne considère pas comme un changement de posologie de médication existante les éléments suivants :

- ajustement de routine d'insuline ou de Coumadin;
- changement de médicament pour son équivalent dans une marque générique, pour autant que la posologie soit la même;
- prise d'Aspirine 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.
- b) toute condition cardiaque pour laquelle la personne assurée a consommé de la nitroglycérine plus d'une fois dans une période de 7 jours pour le soulagement de douleur à la poitrine.
- c) toute condition pulmonaire pour laquelle la personne assurée a été traitée avec de l'oxygène à domicile ou a eu recours à la corticothérapie.

2. Pour les personnes âgées de 61 ans et plus :

- a) Au cours des 6 mois précédant la date de prise d'effet de la couverture, toute maladie ou état qui se rapporte à une des conditions médicales pour laquelle la personne assurée :
 - a consulté un médecin (sauf pour un examen médical de routine), ou;
 - a été hospitalisée, ou;
 - s'est fait prescrire ou a reçu un traitement, ou;
 - s'est fait prescrire ou a consommé un médicament, et qui est incluse dans la liste suivante :
 - **conditions cardiovasculaires** : infarctus, angine, arythmie, stimulateur cardiaque (pacemaker), défibrillateur, insuffisance cardiaque, pontage, angioplastie, valvulopathie ou remplacement valvulaire, anévrisme de l'aorte, greffe cardiaque, maladie vasculaire périphérique;
 - **conditions pulmonaires obstructives chroniques** : asthme, emphysème, bronchite chronique, greffe pulmonaire;
 - **conditions neurologiques** : accident vasculaire cérébral (AVC), ischémie cérébrale transitoire (ICT);
 - **diabète insulino-dépendant** : diabète traité avec injection d'insuline;
 - **insuffisance rénale, greffe rénale**;
 - **conditions gastro-intestinales** : cirrhose, hépatite, ulcère, saignement interne, greffe du foie, occlusion intestinale;
 - **cancer ou tumeur maligne**.
- b) Au cours des 6 mois précédant la date de prise d'effet de la couverture, **toute autre maladie**, blessure ou état qui se rapporte à une condition médicale pour laquelle la personne assurée :
 - a consulté un médecin (sauf pour un examen médical 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 de sa médication existante.

L'assureur ne considère pas comme un changement de posologie de médication existante les éléments suivants :

- ajustement de routine d'insuline ou de Coumadin;
- changement de médicament pour son équivalent dans une marque générique, pour autant que la posologie soit la même;
- prise d'Aspirine 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

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 et ses 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 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.
5. Voyage entrepris dans le but de recevoir des soins médicaux.
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, confiscation, nationalisation, réquisition, destruction de biens ou dommage à des biens en vertu d'un ordre de tout gouvernement ou de toute autorité locale et publique.
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 malades chroniques ou dans un service pour malades chroniques 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 (à l'exception de l'État d'Hawaï) 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 chiropraticiens, podiatres, acupuncteurs, homéopathes, physiothérapeutes 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. Toute condition médicale ne nécessitant plus de soins d'urgence qui est survenue durant le voyage et qui peut faire l'objet d'une demande de règlement, lorsque la personne assurée continue le voyage prévu.
20. Le rapatriement autorisé par l'assureur pour raison médicale met fin, dès lors, à la couverture du présent contrat.
21. Traitements requis dans le cadre d'une demande d'immigration.
22. Lunettes ou prothèses auditives.

23. Traitements reçus dans l'État d'Hawaï aux États-Unis, ou à l'extérieur des frontières du Canada et des États-Unis.
24. Services ou traitements qui sont fournis aux États-Unis à un résident des États-Unis pendant la période de couverture.

Garantie assistance voyage

CanAssistance

Cette garantie est offerte gratuitement à l'achat de tout produit d'assurance voyage inclus 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;
- rapatrier 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 personnel de la personne assurée, si une maladie ou un accident la rend incapable de s'en occuper.

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 :

Association d'Hospitalisation Canassurance

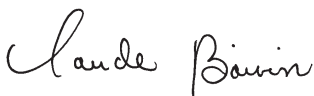
Case postale 910, succursale B

Montréal (Québec)

H3B 3K8

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

Le président et directeur général,



Claude Boivin

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 :

1 800 387-2538 ou 514 286-6690



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



**Blue Cross
Blue Shield**
of Florida



**Blue Cross
Blue Shield**
of South Carolina



**Preferred
Personal
Care**

Preferred Patient Care ^{MC}

Votre distributeur



ASSURANCE VOYAGE

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

Détachez cette carte et conservez-la toujours avec vous pendant la durée de votre contrat. En cas d'urgence lors de votre voyage, appelez dès que possible un des numéros apparaissant sur cette carte.



Assistance voyage
Travel Assistance

Date d'expiration / Expiry Date

N° de contrat / Contract No.

Votre nom / Your Name



CanAssistance

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