



Régime d'assurance collective Entente



Informations sur le régime 2025



Bienvenue au Régime d'assurance collective Entente!

La PGA du Canada est fière d'offrir à ses membres le Régime d'assurance collective Entente grâce à notre partenariat avec RTOERO. Conçu pour favoriser votre santé et votre bien-être, ce régime complet offre des options flexibles pour les individus, les couples et les familles.

Avec sa réputation de confiance et déjà plus de 100 000 participants canadiens, le Régime d'assurance collective Entente offre la tranquillité d'esprit, tant sur le terrain qu'en dehors. Les principales caractéristiques sont une couverture étendue des médicaments sur ordonnance, des soins de la vue, des services paramédicaux, des soins dentaires et hospitaliers, ainsi qu'une assurance médicale de voyage pour un nombre illimité de voyages d'une durée maximale de 93 jours, avec possibilité de prolongement en option.

Dans le cadre de notre engagement à améliorer la vie professionnelle et personnelle des membres de la PGA du Canada, ce régime représente un ajout précieux des avantages offerts à nos membres.

Régime d'assurance collective Entente

Aperçu du programme.....	3
Services pratiques	5
Soumission d'une demande de règlement	6
Régime Frais hospitaliers et soins de convalescence.....	8
Hospitalisation.....	8
Soins de convalescence	9
Régime Frais médicaux complémentaires.....	10
Médicaments sur ordonnance.....	11
Praticiens paramédicaux.....	13
Vision	14
Appareils et accessoires d'assistance	15
Services diagnostiques	18
Soins infirmiers privés.....	18
Transport/Ambulance.....	19
Programme éducatif.....	19
Soins dentaires par suite d'un accident	19
Assurance voyage	20
Pharmacie d'Express Scripts Canada ^{MD}	20
Kii by CloudMD - Deuxième avis médical	21
Assurance dentaire	23
Soins de base et préventifs.....	24
Restaurations mineures	24
Restaurations extensives	25
Exclusions et limitations générales applicables aux régimes	27
Définitions.....	29
Énoncé de confidentialité.....	31
Assurance voyage.....	34
Résumé des garanties	34
Certificat d'assurance du régime d'assurance voyage en cas d'urgence.....	36
Certificat d'assurance du régime d'assurance annulation et interruption de voyage..	60
Régime Protection supplémentaire d'assurance voyage	87
Régime supplémentaire d'annulation et d'interruption de voyage.....	88
Avis important concernant les renseignements personnels de la personne assurée pour les projets de voyage	90
Identification de l'assureur pour l'assurance voyage.....	91
Renseignements importants	92
Comment RTOERO appuie vos régimes	93
Coordonnées	94

Aperçu du programme

Qui est admissible aux protections?

Les membres de la PGA du Canada peuvent participer au programme d'assurance collective Entente. Les protections sont également offertes à leur conjointe ou conjoint, y compris leurs enfants à charge, qui résident au Canada et qui sont assurés au titre d'un RGAM.

Veillez consulter la section « Définitions » pour savoir qui remplit les conditions requises pour être assurée en tant que personne à charge admissible en vertu de cette assurance. Un conjoint ou une conjointe ou un enfant à charge peut adhérer à un régime sans que le titulaire du contrat soit également assuré pour le même régime. Cependant, le membre doit être assuré avec au moins un autre régime.

Enfants à charge

Les enfants ayant une déficience fonctionnelle qui étaient assurés à titre de personnes à charge demeurent assurés à tout âge, peu importe les restrictions d'âge applicables aux enfants à charge. Aux fins de l'assurance, on entend par « déficience fonctionnelle » une personne non mariée qui était assurée en tant que personne à charge avant de devenir déficiente fonctionnelle et qui, en conséquence directe de la déficience fonctionnelle, est :

- incapable d'autonomie financière en raison d'un handicap
- entièrement dépendante de la participante ou du participant pour ses frais de subsistance selon les dispositions de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada)
- n'a pas de conjointe ou de conjoint

Une lettre d'un médecin attestant le diagnostic/pronostic est exigée.

Enfants à charge inscrits dans un établissement d'enseignement supérieur

Les protections pour les enfants célibataires âgés de moins de 30 ans qui sont inscrits à un établissement d'enseignement postsecondaire en tant qu'étudiants à temps plein seront prolongées jusqu'à la première des dates suivantes : le 31 août de l'année scolaire, le 30^e anniversaire de naissance ou la date de résiliation des protections. Une confirmation de l'inscription aux études à temps plein est exigée annuellement.

Enfants à charge dans un établissement d'enseignement post-secondaire (étudiant en dehors de la province)

Les frais admissibles engagés par ou pour les enfants à charge assurés, lorsqu'ils étudient à l'extérieur de leur province de résidence habituelle, seront considérés au titre du régime Frais médicaux complémentaires, selon les mêmes exigences que les frais engagés à l'intérieur de leur province de résidence (leur régime gouvernemental d'assurance maladie doit être en vigueur).

À quelle date vos protections entrent-elles en vigueur?

L'acceptation des nouveaux membres est garantie sans qu'ils aient à répondre à un questionnaire médical s'ils adhèrent au régime dans les 60 jours suivant le début de leur adhésion.

Les membres du groupe peuvent adhérer au régime sans avoir à remplir un questionnaire médical dans les 60 jours suivant la cessation de leur couverture avec un autre groupe ou de leur couverture collective individuelle avec la PGA du Canada-BFL. Cette garantie s'étend à la coordination des prestations, ce qui permet aux membres du groupe de compléter leur couverture existante avec le régime. Tous les autres membres du groupe peuvent adhérer au programme en tout temps après avoir rempli avec succès un questionnaire médical et obtenu l'approbation de l'assureur du régime.

Demande d'assurance en tant que « demande retardataire »

Régime Frais hospitaliers et soins de convalescence et le régime Frais médicaux complémentaires – Vous aurez à présenter une preuve d'assurabilité médicale. Votre protection n'entrera en vigueur que si votre proposition d'assurance est approuvée par l'assureur et, le cas échéant, à compter de la date de ladite approbation.

Régime Assurance dentaire – Votre protection entrera en vigueur à compter de la date de réception de votre formulaire dûment rempli. Pour toute demande retardataire, les prestations dentaires complètes sont disponibles immédiatement. Vous devez demeurer inscrits au régime d'assurance dentaire pendant 24 mois. Si vous mettez fin à votre régime de soins dentaires après cette période, vous ne pourrez pas vous réinscrire avant 12 mois.

Changement de situation

Il vous incombe d'expédier un avis écrit à l'administrateur du service lorsque votre type de protection nécessite un changement (par exemple, de famille à couple ou de célibataire à couple).

Ajout de personnes à charge : Si, après la date d'entrée en vigueur de vos protections, il y a une conjointe ou un conjoint (par le mariage ou par union de fait datant d'au moins 12 mois consécutifs), et/ou des enfants à charge à ajouter, vous devez souscrire l'assurance pour ces personnes dans les 60 jours du changement de situation familiale. Sinon, la souscription pour ces personnes fera l'objet des exigences susmentionnées pour les « demandes retardataires ». Si une personne à charge est hospitalisée à la date à laquelle l'assurance devrait entrer en vigueur, les protections pour cette personne à charge seront reportées jusqu'au jour suivant sa sortie de l'hôpital. Si vous bénéficiez déjà d'une protection familiale, toute nouvelle personne à charge sera assurée d'office, qu'elle soit hospitalisée ou non.

Procuration : Une procuration est un document juridique qui confère à une personne de votre choix le droit d'agir en votre nom et à titre de votre représentant légal, advenant que vous ne puissiez le faire. Si vous avez une procuration en vigueur, l'administrateur du service exigera une copie de la procuration générale ou perpétuelle relative aux biens.

À quelle date vos protections se terminent-elles?

Vos protections prennent fin lorsque surviennent le premier des événements suivants :

- Vous en demandez la résiliation par écrit
- Vous cessez d'acquitter les primes requises
- Vous n'êtes plus membre
- Le régime d'assurance en question est résilié

NOTE : Les protections pour personnes à charge cessent à la survenance du premier des événements susmentionnés ou lorsqu'elles n'y sont plus admissibles.

Selon la date de cessation ou la date du changement de situation, vous serez peut-être admissible à un retour des primes perçues.

Si une personne cesse d'être membre, elle continuera de souscrire le Régime d'assurance collective Entente jusqu'à la fin de la période pour laquelle les primes ont déjà été payées.

Protection pour survivant : À la suite de l'avis de votre décès, l'administrateur du service enverra un formulaire de continuation des garanties qu'il faudra remplir. À la réception de celui-ci, les protections pour votre conjointe ou conjoint, ou celles de tout enfant à charge pourront continuer dans la mesure où les primes sont acquittées et que ces personnes demeurent admissibles aux garanties.

Services pratiques

Le portail en ligne *Mon assurance* : Vous pouvez consulter les détails du Régime d'assurance collective Entente par le biais d'un site Web complètement sécurisé et privé. L'information est affichée en temps réel, ce qui permet de toujours avoir des données à jour sur les garanties et les demandes de règlement. Connectez-vous à *Mon assurance* en visitant **insurance.johnson.ca**.

À chaque année, vous recevrez :

- Un relevé qui vous fournit un sommaire des options offertes au titre du Régime d'assurance collective Entente et détaillant celles que vous avez actuellement souscrites. Ce relevé confirme les garanties en vigueur et le montant de vos primes mensuelles.
- Un relevé des primes et règlements aux fins de l'impôt sur le revenu qui vous fournit le total des primes payées pendant l'année civile précédente, y compris le total des demandes de règlement soumises et payées pour cette même année civile, pour vous et vos personnes à charge assurées. Vos primes et la différence entre les

montants soumis pour remboursement et ceux remboursés au titre du Régime d'assurance collective Entente peuvent être des dépenses médicales admissibles aux fins de l'impôt.

Soumission d'une demande de règlement

- **IMPORTANT** : Toutes les demandes de règlement doivent être soumises au plus tard six mois à compter de la date à laquelle les frais ont été engagés. Par exemple, toutes les dépenses encourues le 1^{er} février doivent être soumises au plus tard le 1^{er} août de la même année.
- Les frais admissibles pour un article (tel que les lunettes) seront remboursés en fonction des maximums applicables à l'année civile de paiement complet de l'article. Les demandes de règlement pour un service (comme les soins d'un chiropraticien, d'un physiothérapeute) seront remboursés en fonction du maximum applicable l'année où le service a été offert.
- Les photocopies des reçus sont préférables, afin que vous puissiez conserver les reçus originaux pour vos dossiers. Les coupons de caisse et les reçus de carte de crédit ne sont pas acceptés.
- Les reçus doivent indiquer le nom du patient, l'information sur le vendeur ou le fournisseur, la date de service ou d'achat, une description de l'article acheté et une ventilation des frais. Veuillez noter que le relevé de compte du patient ne contient pas les informations requises.
- Si un régime est annulé, toutes les demandes de règlement doivent être soumises dans les 90 jours suivant la date d'annulation.
- Pour des détails sur la façon de soumettre une demande de règlement pour votre assurance médicale de voyage en cas d'urgence ou votre assurance annulation/interruption de voyage, référez-vous à la section sur le régime d'assurance voyage.

Soumission en ligne

Vous pouvez soumettre votre demande de règlement électroniquement sur le portail *Mon assurance* à insurance.johnson.ca. Pour de nombreuses demandes de règlement, vous pouvez facilement soumettre vos demandes de règlement en ligne, avec des détails de remboursement immédiat qui comprennent l'admissibilité, le remboursement et le montant versé. À des fins de vérification, les reçus originaux peuvent être demandés à tout moment. Veuillez conserver vos reçus pendant sept ans.

Soumission manuelle

Si vous souhaitez envoyer votre demande par la poste, un formulaire de demande de règlement est nécessaire et peut être obtenu sur le portail *Mon assurance* à insurance.johnson.ca. Assurez-vous que votre formulaire de réclamation est dûment rempli, y compris votre numéro de certificat (ID#). N'oubliez pas de signer tout formulaire de demande. Veuillez soumettre

vos demandes de remboursement à l'équipe chargée des demandes de remboursement chez Johnson Inc. Veuillez soumettre une copie de votre reçu et conserver le reçu original pour vos dossiers.

Soumission électronique par le fournisseur de services

- **Frais engagés à la pharmacie :** Présentez votre carte des avantages au moment de l'achat et votre pharmacien transmettra votre demande de règlement électroniquement. Vous n'aurez qu'à payer les frais d'exécution d'ordonnance, la portion restante du coût des médicaments inadmissible au titre de la garantie médicaments sur ordonnance du régime Frais médicaux complémentaires, et tout médicament non admissible à un remboursement. Si votre pharmacien ne peut soumettre votre demande de règlement électroniquement, encouragez-le à communiquer avec le service d'assistance aux pharmacies. Vous pouvez consulter les coordonnées à la dernière page de ce livret.
- **Demandes de règlement pour soins dentaires, soins paramédicaux et soins de la vue :** Les cabinets de dentistes, de fournisseurs de soins paramédicaux et soins de la vue équipés des systèmes nécessaires peuvent transmettre électroniquement votre demande de règlement à Johnson Inc. Selon les procédures de votre fournisseur de soins, le paiement des frais admissibles peut être remis directement au praticien ou à vous.

Dépôt direct du paiement des demandes de règlement : Vos demandes de règlement peuvent être déposées directement dans votre compte bancaire. Il vous suffit d'envoyer un exemplaire de chèque portant l'inscription « ANNULÉ » (VOID) à l'administrateur de service et tous les paiements futurs seront déposés dans votre compte. Si le dépôt direct n'est pas choisi, le paiement de vos demandes de règlement sera effectué par chèque que nous vous enverrons par la poste.

Relevé explicatif par courriel du paiement des demandes de règlement : Vous recevrez par courrier électronique une notification du paiement de vos demandes de règlement. Vous recevrez une confirmation par courriel que le dépôt d'un paiement a été effectué et un lien électronique vers le portail *Mon assurance*. Vous pouvez consulter les détails de chaque demande de règlement en ligne.

Coordination des indemnités avec d'autres régimes : Si vous êtes couvert simultanément par plusieurs régimes d'assurance, vous pouvez coordonner les indemnités payables de tous les régimes. Le total des indemnités versées ne peut excéder les frais effectivement encourus.

Vos demandes de règlement devraient généralement être soumises en premier à ce régime. Celles de votre conjointe ou conjoint doivent être soumises en premier lieu, au titre de son propre régime; et les demandes de règlement relatives à vos enfants à charge doivent être soumises en premier lieu, au titre du régime du parent dont la date de naissance survient en premier lieu (mois et jour) pendant l'année civile considérée.

Communiquez avec l'administrateur du service pour vérifier lequel des régimes s'applique en premier. Dans les situations où l'autre régime au titre duquel vous êtes assuré ne comporte pas de disposition pour la coordination des indemnités, les

demandes de règlement doivent être soumises en premier lieu, au titre de ce régime. S'il est impossible de déterminer l'ordre de priorité par les moyens susmentionnés, les remboursements seront attribués de façon proportionnelle parmi les différents régimes.

Une copie des explications des indemnités payées par l'autre assureur et une copie de tous les reçus, ainsi que votre formulaire de demande de règlement pour soins médicaux complémentaires dûment rempli, sont requis pour que le solde des frais engagés soit considéré.

Toutes les coordinations d'indemnités sont effectuées selon les normes de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc.

Régime Frais hospitaliers et soins de convalescence

Le régime Frais hospitaliers et soins de convalescence fournit des garanties pour les frais d'hospitalisation en chambre semi-privée au Canada et les frais de soins de convalescence à domicile ou dans un centre de convalescence à la suite d'une hospitalisation.

Hospitalisation

REMBOURSEMENT À 95% des frais journaliers d'une chambre semi-privée

Cette garantie vous aide à couvrir les frais d'hospitalisation en chambre semi-privée dans un hôpital canadien agréé, y compris les hôpitaux de réadaptation de courte durée (non les foyers). Vous devez recevoir des soins actifs de courte durée. Le remboursement des demandes de règlement pour les frais d'une chambre privée est calculé selon les frais exigés pour une chambre semi-privée ordinaire.

Exclusions et restrictions

Outre les exclusions et restrictions générales relatives à tous les plans du Régime d'assurance collective Entente, le présent régime ne prend pas en charge les frais imputables ou attribuables, directement ou indirectement :

- À une chambre et aux soins dans un établissement pour soins de santé alternatifs aux malades chroniques, un établissement de convalescence, un établissement de réadaptation (foyers exclus) ou le département d'un hôpital pour soins aux malades chroniques
- À une chambre dans une maison de repos, un établissement de soins infirmiers, un centre de santé (spa), une maison du troisième âge, un établissement de soins de base ou une institution pour le traitement de l'alcoolisme, la toxicomanie ou les troubles de santé mentale
- À tout autre établissement fournissant des soins autres que des soins actifs de courte durée (par exemple, soins aux malades chroniques, soins de relève, soins complexes, réadaptation prolongée)

Soumission d'une demande de règlement

- Lors de votre admission, présentez votre carte des avantages au préposé à l'admission.
- L'hôpital devrait acheminer ses factures directement à l'équipe des demandes de règlement, en votre nom. Si l'hôpital exige que vous acquittiez la facture vous-même, postez le formulaire de l'hôpital confirmant le paiement complet et le formulaire de demande de règlement pour Frais médicaux complémentaires dûment rempli à l'équipe des demandes de règlement.
- À noter qu'il ne faut pas présenter une demande de règlement pour le solde des frais hospitaliers d'une chambre semi-privée lorsque la demande de règlement est directement remboursée à l'hôpital.

NOTE Pour obtenir des renseignements généraux sur la façon de soumettre une demande de règlement, consultez la section du même nom au début de ce livret.

Soins de convalescence

La garantie Soins de convalescence vous aide à couvrir les frais de soins de convalescence dans un centre de convalescence **ou** à domicile à la suite d'une hospitalisation.

Soins dans un centre de convalescence

REMBOURSEMENT À 80 % jusqu'à concurrence de 75 \$ par jour, sous réserve d'un maximum de 30 jours par année civile immédiatement après une période d'hospitalisation d'au moins 24 heures pour soins actifs de courte durée.

Le régime couvre un séjour temporaire autorisé dans un centre de convalescence pour des soins actifs liés à la même affection médicale pour laquelle vous avez été hospitalisé.

Soins de convalescence à domicile

REMBOURSEMENT À 80 % jusqu'à concurrence de 75 \$ par jour, sous réserve d'un maximum de 30 jours, à la suite d'une période d'hospitalisation active d'au moins 24 heures pour soins actifs de courte durée, et d'un maximum de 3 jours à la suite d'une intervention chirurgicale d'un jour.

Le régime couvre les frais des soins de convalescence que vous recevez à domicile. Les soins de convalescence à domicile peuvent être prodigués par des personnes qui n'ont pas une formation ou des compétences professionnelles particulières, si ces personnes travaillent sous la supervision d'une agence agréée de soins à domicile ou une agence agréée de soins de la santé à domicile. La recommandation écrite d'un médecin et un formulaire d'autorisation dûment rempli sont requis.

Les agences de soins de la santé à domicile incluent celles principalement autorisées à prodiguer des soins personnels et des services de soutien à domicile. Le niveau des soins inclut l'assistance avec ou pour :

- Les activités de la vie quotidienne (manger, aller aux toilettes, changer de position,

se laver et s'habiller)

- La marche et l'exercice
- Les services ménagers ou les services d'assistance pour soins de la santé à domicile
- Les médicaments auto-administrés
- Les services nécessaires pour maintenir ou améliorer votre capacité fonctionnelle

L'employé de l'agence ne doit pas résider habituellement avec vous, être une personne à charge ou faire partie de votre famille étendue, ni avoir un lien de parenté familiale ou maritale. Bien qu'il ne soit pas nécessaire que les soins soient prodigués sur des jours consécutifs, ils doivent être fournis dans les 90 jours suivant la date de sortie de l'hôpital.

Conseils pour soumettre vos demandes de règlement

- Communiquez avec l'équipe des demandes de règlement pour obtenir un formulaire d'autorisation avant d'engager toute dépense.
- Veuillez joindre au formulaire d'autorisation les factures ou les reçus de l'agence de soins de la santé à domicile ou du centre de convalescence, et faire parvenir le tout à l'équipe des demandes de règlement.
- Les reçus doivent détailler chacun des services fournis, y compris le nom du fournisseur, la date du service et les frais exigés pour le service.

NOTE : Pour obtenir des renseignements généraux sur la façon de soumettre une demande de règlement, consultez la section portant le même nom au début de ce livret.

Régime Frais médicaux complémentaires

Le régime Frais médicaux complémentaires (FMC) couvre les frais admissibles qui ne sont pas couverts habituellement par votre régime gouvernemental d'assurance maladie (RGAM) et qui sont engagés pour des soins et des services jugés nécessaires sur le plan médical. Les frais admissibles au titre du régime FMC seront remboursés en fonction des limites et maximums stipulés dans le présent livret.

Les remboursements sont effectués selon les normes du domaine des soins de la santé, y compris les frais raisonnables et habituels exigés dans la région où les frais sont engagés et s'il y a lieu, après que la portion des frais admissibles ait été acquittée par votre RGAM.

Les demandes de règlement non urgentes et courantes engagées en voyage sont considérées en vertu du régime FMC, sous réserve de toutes les exclusions et limitations. Les reçus de ces réclamations doivent être traduits et fournir toutes les informations requises.

Pour obtenir des renseignements généraux sur la façon de soumettre une demande de

règlement, consultez la section du même nom au début de ce livret. Pour obtenir la liste complète des exclusions et des limitations, reportez-vous à la section au début du livret.

Pour toute information concernant votre assurance voyage, veuillez vous référer à cette section du livret.

Médicaments sur ordonnance

REMBOURSEMENT À 85 % du coût des ingrédients jusqu'à concurrence de 3 400 \$ par personne assurée, par année civile

Inclut les médicaments, sérums, injections et les composés/ mélanges portant un DIN et selon la loi, nécessitent une ordonnance d'un médecin, d'un dentiste ou autre praticien autorisé à prescrire de telles ordonnances, et qui sont obtenus d'un pharmacien autorisé.

Le remboursement est effectué en fonction du coût du médicament interchangeable le plus économique, ce qui est habituellement un médicament générique qui, selon la loi, peut être légalement utilisé pour exécuter l'ordonnance. Si vous choisissez d'acheter le médicament d'origine, vous devrez payer la différence entre le coût du médicament d'origine et celui du médicament interchangeable le plus économique. Si une raison médicale vous empêche de tolérer le médicament générique, demandez à votre médecin de remplir le formulaire « Demande d'approbation d'un médicament de marque – Assurance collective ». Faites parvenir le formulaire dûment rempli à l'équipe des demandes de règlement pour approbation. Si votre demande est approuvée, votre garantie pour médicaments sur ordonnance couvrira le coût du médicament d'origine sous réserve des prestations maximales de la garantie.

La pharmacie d'Express Scripts Canada^{MD} est une pharmacie en ligne qui vous donne la priorité lorsque vous devez faire exécuter une ordonnance pour un médicament d'entretien. Il s'agit d'un service entièrement volontaire qui offre un remboursement plus élevé du coût des ingrédients à 100 % pour les médicaments d'entretien génériques sur ordonnance ou à 90 % pour les médicaments de marque admissibles.

Le maximum payable pour les médicaments inclut :

- Les franchises exigées au titre du régime gouvernemental d'assurance maladie (RGAM) (par exemple, Médicaments de l'Ontario, RAMQ et Fair Pharmacare) sont remboursées à 85 % du coût des ingrédients des médicaments admissibles.
- Les traitements pour la dysfonction sexuelle, remboursés à 85 % du coût des ingrédients des médicaments admissibles.
- Les fournitures pour glucomètres et pompes à insuline des diabétiques (par exemple, les lancettes, bandelettes et seringues) sont admissibles. Vos fournitures pour le traitement du diabète pourraient être admissibles au titre du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) en présentant une ordonnance de votre médecin à votre pharmacien. Remboursés à 85 %.
- Certains médicaments et fournitures médicales non sur ordonnance, requis à la suite d'une colostomie ou d'une iléostomie ou pour le traitement de la fibrose kystique, du diabète, du Parkinsonisme ou d'une maladie cardiaque, sont

remboursés à 85 % du coût des ingrédients des médicaments admissibles.

En Ontario, certains médicaments ne sont couverts par le PMO que selon un **usage restreint**. Votre première demande de règlement pour un médicament à usage restreint sera payée. Vous recevrez par la suite une lettre demandant que votre médecin ou pharmacien confirme que vous répondez ou non aux critères d'admissibilité aux médicaments à usage restreint du PMO. Le paiement de toute demande de règlement ultérieure pour ce médicament fera l'objet de la réception annuelle de ladite confirmation.

NOTE : L'approvisionnement maximal de médicaments est de 100 jours. Si vous planifiez un voyage prolongé, vous pouvez obtenir un approvisionnement supplémentaire de 100 jours en demandant à votre pharmacien de contacter l'équipe des demandes de règlement.

Exclusions et restrictions

Outre les exclusions et restrictions générales relatives à tous les plans du Régime d'assurance collective Entente, la garantie Médicaments sur ordonnance ne prend pas en charge les frais imputables ou attribuables, directement ou indirectement, aux :

- Médicaments en vente libre, qu'ils aient été prescrits ou non par votre médecin, à l'exception de ceux requis par suite d'une colostomie ou d'une iléostomie, ou du traitement d'une fibrose kystique, du diabète, d'une maladie du cœur ou du Parkinsonisme
- Médicaments, sérums, produits et accessoires injectables non approuvés par Santé Canada (Aliments et Médicaments) ou utilisés à titre expérimental ou encore, dont l'usage est contrôlé, que cet usage soit approuvé ou non
- Médicaments, sérums et produits injectables qui ne sont pas dispensés par un pharmacien autorisé
- Produits de santé naturels (PSN) tels que les vitamines et minéraux, les plantes médicinales, les remèdes homéopathiques, les remèdes traditionnels tels que la médecine traditionnelle chinoise, les probiotiques et autres produits tels que les acides aminés et les acides gras essentiels
- Cannabis médical
- Suppléments et remèdes
- Frais de préparation magistrale et d'exécution des ordonnances
- Le coût de l'administration d'injections, de sérums et de vaccins.

Conseils pour soumettre vos demandes de règlement

- Demandez à votre pharmacien de facturer électroniquement vos frais admissibles de médicaments sur ordonnance. Lorsque vous irez chercher vos médicaments, vous serez responsable d'acquitter les frais d'exécution d'ordonnance, la portion des frais inadmissible au titre de la garantie des médicaments sur ordonnance du régime Frais médicaux complémentaires et tout médicament non admissible pour remboursement au titre du régime FMC.

- Les demandes de règlement pour les médicaments de préparation magistrale doivent être soumises électroniquement par votre pharmacien.
- Si la pharmacie transmet votre demande de règlement électroniquement, veuillez ne pas soumettre vos reçus pour les frais d'exécution d'ordonnance et la portion des frais inadmissible.
- Si votre pharmacien ne peut soumettre votre demande de règlement électroniquement, encouragez-le à communiquer avec le service d'assistance aux pharmacies. Vous pouvez consulter les coordonnées à la dernière page de ce livret. Si on ne peut parvenir à une solution immédiate, il vous faudra payer tous les frais et par la suite soumettre votre demande de règlement via le portail *Mon assurance* ou manuellement à l'équipe des demandes de règlement.
- Si vous soumettez une demande de règlement manuelle, incluez votre reçu réel d'ordonnance, et non pas l'étiquette d'ordonnance. Veillez à inclure une ventilation de tous les frais, y compris les frais d'exécution d'ordonnance et de préparation magistrale (le cas échéant).

NOTE : Pour obtenir des renseignements généraux sur la façon de soumettre une demande de règlement, consultez la section du même nom au début de ce livret.

Praticiens paramédicaux

Services non chirurgicaux

REMBOURSEMENT À 80 % sous réserve d'un montant maximal de 1 300 \$ par personne assurée, par année, pour tous les types de praticiens combinés.

Le régime couvre les services non chirurgicaux des praticiens autorisés, licenciés ou agréés énumérés ci-après. Le praticien doit être agréé et autorisé à fournir ces services dans son domaine d'expertise reconnu, dans la province où il exerce sa profession. Dans le cadre des domaines d'expertise qui font l'objet d'un organisme de réglementation provincial, seuls les frais pour les soins ou les services d'un praticien dont la désignation est reconnue par ledit organisme de réglementation sont admissibles.

Une recommandation préalable d'un médecin n'est **pas** exigée et les paiements sont effectués dès votre première visite.

- | | |
|------------------|------------------------------------|
| • Acupuncteur | • Ostéopathe |
| • Chiroprodiste | • Physiothérapeute |
| • Chiropraticien | • Podiatre |
| • Diététiste | • Psychothérapeute |
| • Herboriste | • Psychologue clinicien agréé |
| • Homéopathe | • Massothérapeute agréé |
| • Naturopathe | • Thérapeute spécialisé en Shiatsu |
| • Nutritionniste | • Travailleur social |
| • Ergothérapeute | • Orthophoniste |

À noter que les services d'acupuncture et de soins des pieds prodigués par une infirmière autorisée sont également admissibles à un remboursement.

Les frais engagés pour les traitements de réflexologie prodigués par l'un ou l'autre des praticiens susmentionnés sont admissibles à un remboursement, dans la mesure où le praticien exerce dans son domaine d'expertise reconnu. Veillez à communiquer avec l'équipe des demandes de règlement pour confirmer que les traitements de réflexologie relèvent de la portée de la pratique du praticien que vous visiterez.

Services chirurgicaux

REMBOURSEMENT À 80 %

Le régime couvre les frais exigés pour un examen de radiographie effectué par un chiropodiste, un chiropraticien, un ostéopathe ou un podiatre, sous réserve d'une prestation maximale de 30 \$ par année civile; ainsi qu'une prestation allant jusqu'à 100 \$ pour les frais de service chirurgicaux (par ex. l'extraction des ongles d'orteil ou de verrues plantaires) par un chiropodiste ou un podiatre. Ces prestations sont en sus et indépendantes des autres prestations de cette garantie et ne peuvent être combinées au maximum annuel prévu pour les services paramédicaux non chirurgicaux de la présente garantie.

Conseils pour soumettre vos demandes de règlement

Les reçus doivent détailler le traitement reçu, la date du traitement, les frais exigés pour le traitement, ainsi que préciser le nom, le titre professionnel, la désignation et le numéro d'enregistrement du praticien.

NOTE : Pour obtenir des renseignements généraux sur la façon de soumettre une demande de règlement, consultez la section du même nom au début de ce livret.

Vision

REMBOURSEMENT À 80 %

Le régime couvre :

- Les articles de lunetterie sur ordonnance (lunettes de vue, lunettes de soleil et les verres de contact) fournis par un optométriste ou un opticien agréé, y compris les frais pour leur ajustement et la chirurgie oculaire au laser, jusqu'à concurrence d'un montant global de 400 \$ par personne assurée, pour toute période de deux années civiles consécutives
- Le coût de nouvelles lentilles (montures exclues) requises dans les six mois faisant suite à une chirurgie oculaire, sous réserve d'une prestation maximale viagère de 400 \$ par personne assurée. Cette prestation supplémentaire ne s'applique qu'à la suite du paiement complet de la prestation maximale payable pour les articles de lunetterie.
- Les verres de contact sur ordonnance, pour un astigmatisme cornéen grave, une cicatrisation cornéenne grave, un kératocône ou une aphakie, afin de corriger la vue pour atteindre une acuité visuelle d'au moins 20/40 (seulement si cette acuité

visuelle ne peut être atteinte par des lunettes ordinaires), jusqu'à concurrence de 400 \$ par personne assurée, pour toute période de deux années civiles consécutives

- Les exercices curatifs ou d'entraînement visuel non couverts par votre RGAM, sous réserve d'un maximum de 50 \$ par personne assurée, par année civile.
- Les examens oculaires, sous réserve d'un maximum de 150 \$ par personne assurée, pour toute période de deux années civiles consécutives, pour vous ou votre conjointe ou conjoint admissible, et par année civile pour vos enfants à charge admissibles.
- La chirurgie de la cataracte - les frais liés à la chirurgie de la cataracte non couverts ailleurs dans le régime, sous réserve d'un maximum à vie de 300 \$ par œil.

Conseils pour soumettre vos demandes de règlement

Les demandes de règlement pour une chirurgie oculaire au laser et pour les nouvelles lentilles requises à la suite d'une chirurgie oculaire doivent préciser la date de la chirurgie oculaire.

NOTE : Pour obtenir des renseignements généraux sur la façon de soumettre une demande de règlement, consultez la section du même nom au début de ce livret.

Appareils et accessoires d'assistance

REMBOURSEMENT À 80 %

Le régime couvre le remboursement des frais pour les appareils et accessoires d'assistance énumérés ci-dessous, sous réserve des frais raisonnables et habituels. Une ordonnance écrite et le diagnostic d'un médecin ou, lorsque la législation provinciale le permet, d'une infirmière praticienne (IP), sont nécessaires. Le remboursement des frais pour les appareils et accessoires d'assistance sera réduit du montant admissible au titre des divers programmes provinciaux.

Le Programme d'appareils et d'accessoires fonctionnels (PAAF) est disponible pour les résidents de l'Ontario. Seuls les appareils ou accessoires obtenus auprès d'un vendeur autorisé par le PAAF sont admissibles au titre du PAAF.

Avant de faire l'achat de tout article, veuillez à communiquer avec l'équipe des demandes de règlement pour connaître les critères d'admissibilité et le maximum payable au titre du régime, le cas échéant.

Si le financement provincial n'est pas disponible pour votre article, veuillez envoyer votre devis à l'équipe des demandes de règlement. L'équipe examinera et déterminera si l'article est admissible à un remboursement. Vous aurez ensuite une pleine compréhension de vos dépenses personnelles avant de faire votre achat.

- Bandes herniaires, orthèses, attelles, béquilles, cannes et plâtres.
- Membres ou yeux artificiels, prothèses mammaires.
- Trois soutiens-gorge de mastectomie par année civile.
- Prothèses capillaires, sous réserve d'un maximum de 640 \$ par année civile.

- Bas de contention chirurgicale avec un niveau de compression minimum de 15 mmHG, sous réserve d'un maximum de 400 \$ par année civile.
- Orthèses et chaussures orthopédiques sur mesure faites sur mesure (qui ne font pas partie d'une orthèse), y compris les ajustements ou modifications aux chaussures orthopédiques ordinaires, sous réserve d'un maximum global de 500 \$ par personne assurée, pour toute période de deux années civiles consécutives (excluant le coût des chaussures orthopédiques préfabriquées et chaussures de profondeur spécialisée). Remarque : pour être admissibles au remboursement, les orthèses doivent être dispensées par un chiroprodiste, un chiropraticien, un orthésiste, un podo-orthésiste ou un podiatre.
- Chaussures orthopédiques qui sont reliées à une orthèse et qui font partie intégrante de celle-ci.
- La location ou l'achat d'un déambulateur, d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital ou d'un respirateur/ventilateur. Afin qu'un lit d'hôpital soit considéré, le patient doit être non ambulateur
- L'achat ou la réparation de prothèses auditives, à l'exclusion des piles, sous réserve d'un maximum de 1 100 \$ par personne assurée, pour toute période de trois années civiles consécutives
- Un examen auditif, sous réserve d'un maximum de 75 \$ par personne assurée, par année civile.
- Les pompes à insuline et les indicateurs de glycémie/ glucomètres.
- Fournitures pour incontinence, sous réserve d'un maximum de 750 \$ par année civile (les reçus de caisse ne sont pas acceptés - le reçu doit inclure le nom du patient, les informations sur le fournisseur, la description de l'article acheté et la date de paiement intégral).
- Les chaises gériatriques ou fauteuils releveurs (monte-escaliers électriques non inclus), sous réserve d'un maximum viager de 1 000 \$ par personne assurée
- Les accessoires d'aide et de bien-être requis suite à une intervention chirurgicale (pince longue pour des chaussettes ou un appareil d'aide à lacer) et qui sont directement liés à l'intervention chirurgicale en question, jusqu'à concurrence de 200 \$ par personne assurée, pour toute période de deux années civiles consécutives. Les articles doivent être achetés dans les six mois suivant la date de la chirurgie. Les demandes de règlement doivent être présentées après la chirurgie.
- Télévision en circuit fermé (CCTV), sous réserve d'un maximum viager de 500 \$ par personne assurée.
- Achat ou location d'un appareil CPAP (ventilation en pression positive continue), APAP (ventilation en pression positive automatique) ou BiPAP (ventilation en pression positive à deux niveaux) et de toutes les fournitures admissibles (p. ex. harnais, tubes, filtres, humidificateur, masques) jusqu'à un maximum combiné de 2 500 \$ (après le financement provincial dans les provinces où il s'applique) toutes les cinq années civiles consécutives. Les masques sont admissibles dans le cadre d'un maximum distinct de 2 par année civile, sur la base du montant raisonnable et

habituel.

- Si les frais sont jugés raisonnables, la réparation des appareils et accessoires d'assistance couverts par ce régime, sous réserve de l'approbation préalable de l'équipe des demandes de règlement.
- Oxygène et son administration (autant dans la province de résidence qu'à l'extérieur de celle-ci) Les frais associés à l'entretien des appareils ne sont pas admissibles à un remboursement.

Tous les appareils et accessoires médicaux admissibles loués seront limités à une période de location de trois mois. Si l'achat d'un appareil ou accessoire d'assistance s'avère nécessaire sur le plan médical et est approuvé, le montant remboursé pour la location dudit appareil ou accessoire sera soustrait du montant remboursable pour l'achat. Si l'achat a lieu avant l'approbation requise, le remboursement pourrait se limiter au coût d'une période de location d'un maximum de trois mois.

Les mises à niveau pour les appareils et accessoires d'assistance seront remboursées au coût standard de l'appareil ou de l'accessoire d'assistance.

Exclusions et restrictions

Outre les exclusions et restrictions générales relatives à tous les plans du Régime d'assurance collective Entente, la garantie Appareils et accessoires d'assistance ne prend pas en charge les frais imputables ou attribuables, directement ou indirectement, aux :

- Piles
- Les frais pour la livraison, l'installation ou la mise à niveau des appareils et accessoires d'assistance et autres frais afférents (par exemple, frais d'expédition et de manutention)
- Garanties et programmes d'entretien

Conseils pour soumettre vos demandes de règlement

- Une ordonnance d'un médecin indiquant le diagnostic et un formulaire d'autorisation (s'il y a lieu) dûment rempli, fourni par l'équipe des demandes de règlement de Johnson Inc., sont requis.
- Des renseignements supplémentaires pourraient être nécessaires afin d'évaluer l'admissibilité de l'appareil ou de l'accessoire.
- Certains articles font l'objet d'une assistance financière provinciale par l'entremise des Régimes gouvernementaux d'assurance maladie (RGAM), tels que le Programme d'appareils et accessoires fonctionnels de l'Ontario (PAAF). Pour tous les appareils et accessoires admissibles, vous devez en premier lieu faire votre demande auprès d'un fournisseur de service autorisé ou à tout autre programme gouvernemental autorisé pour les appareils et accessoires admissibles. Les remboursements au titre du régime Frais médicaux complémentaires (FMC) sont réduits du montant admissible au titre des RGAM, que vous ayez ou non fait une demande d'assistance financière provinciale. Les reçus doivent préciser les

montants réglés par les RGAM (s'il y a lieu), ou si inadmissibles, une lettre de refus sera requise.

NOTE : Pour obtenir des renseignements généraux sur la façon de soumettre une demande de règlement, consultez la section du même nom au début de ce livret.

Services diagnostiques

REMBOURSEMENT À 80 %

Le régime couvre les examens diagnostiques de laboratoire, y compris les tests de dépistage, sous réserve d'un maximum viager de 250 \$ par personne assurée, par année civile. Les frais exigés et les services effectués doivent être détaillés sur la facture du laboratoire même, indiquant également que le test n'est pas couvert au titre du régime gouvernemental d'assurance maladie (RGAM).

Les tomodensitométries, telles que, sans toutefois s'y limiter, les IRM, TEP ou le dépistage génétique, les frais de prélèvement sanguin, de même que les radiographies et les tests de laboratoire qui seraient habituellement couverts au titre d'un RGAM, ne sont pas admissibles.

Les remboursements sont effectués seulement après que la partie des frais admissibles au titre du RGAM, s'il y a lieu, ait été versée.

Soins infirmiers privés

REMBOURSEMENT À 80 % sous réserve d'un montant maximal de 2 000 \$ par personne assurée, pour toute période de deux années civiles consécutives.

Là où une nécessité médicale existe, le régime couvre les services médicaux à l'extérieur d'un hôpital, fournis par une infirmière autorisée, une infirmière auxiliaire autorisée ou une infirmière auxiliaire licenciée. La personne fournissant les soins ne doit pas avoir de lien parental ou marital et ne doit pas habituellement demeurer dans votre résidence ou chez un membre de votre famille étendue. Ces services ne sont pas admissibles pour un remboursement s'ils sont offerts dans une maison de soins infirmiers, une maison de retraite ou une maison pour personnes du troisième âge, à moins que l'établissement ne fournisse une lettre confirmant que les services infirmiers ne sont pas offerts. Les frais de services d'entretien du foyer, d'aide-ménagère et d'accompagnement ne sont pas admissibles.

Les services doivent être ceux qui ne peuvent être fournis que par une infirmière autorisée, tel qu'il est énoncé ci-haut.

NOTE : Un formulaire d'autorisation dûment rempli par le médecin traitant et la participante ou le participant est requis.

Transport/Ambulance

REMBOURSEMENT À 80 %

Le régime couvre :

- Les frais de transport par ambulance terrestre autorisée à destination d'un hôpital local, uniquement pour un traitement d'urgence jugé nécessaire pour raisons médicales
- Les frais de transport d'urgence par ambulance aérienne autorisée ou par tout autre transport en commun, à partir de votre hôpital à destination de l'hôpital le plus proche offrant le traitement requis, plus les frais de transport par ambulance terrestre autorisée du lieu de départ et d'arrivée dans le cas d'ambulance aérienne, jusqu'à concurrence d'un aller-retour par personne assurée, par année civile

NOTE : Les frais de transport à partir de l'hôpital à destination du lieu de résidence ne sont pas admissibles.

Programme éducatif

REMBOURSEMENT À 80 % sous réserve d'un montant maximal de 200 \$ par personne assurée, par année civile

Le régime couvre les programmes éducationnels de nature médicale qui sont admissibles à un crédit d'impôt pour frais médicaux selon la Loi de l'impôt sur le revenu. Votre demande d'approbation doit être accompagnée d'une note d'un médecin qui précise le diagnostic et les recommandations du programme. Il faut également inclure une description du programme de la part du fournisseur du programme éducationnel visé. Pour vous renseigner davantage sur les programmes admissibles au crédit d'impôt pour frais médicaux, visitez le site Web de l'ARC à **www.canada.ca**

Soins dentaires par suite d'un accident

REMBOURSEMENT À 80 % sous réserve d'un maximum de 1 000 \$ par personne assurée, par année civile

Le régime couvre les soins dentaires requis pour traiter les blessures aux dents naturelles et artificielles attribuables à un coup d'origine externe à la bouche. Les soins doivent être prodigués par un dentiste ou un chirurgien-dentiste autorisé. Le traitement doit commencer dans les 12 mois suivant la date de l'accident et être terminé pendant que l'assurance est en vigueur. Le remboursement sera effectué selon le traitement le moins dispendieux constituant les soins dentaires professionnels requis pour des résultats convenables. Les soins dentaires seront remboursés en fonction de l'actuel guide des tarifs s'appliquant aux soins prodigués.

Sont exclus les frais de soins dentaires engagés en raison d'un accident attribuable à la mastication, ainsi que les frais de soins dentaires qu'il incombe à un tiers d'acquitter.

Soumission d'une demande de règlement

Un formulaire de demande de règlement pour soins dentaires par suite d'un accident

doit être rempli par le dentiste et le participant et envoyé à l'équipe des demandes de règlement, accompagné des radiographies de prétraitement.

Si l'incident dentaire par suite d'un accident survient pendant un voyage à l'extérieur de votre province de résidence, veuillez vous référer à la section de l'assurance voyage.

NOTE : Pour obtenir des renseignements généraux sur la façon de soumettre une demande de règlement, consultez la section du même nom au début de ce livret.

Assurance voyage

REMBOURSEMENT À 100 %

Le régime d'assurance voyage en cas d'urgence vous couvre ainsi que vos personnes à charge assurées jusqu'à un maximum de 10 millions \$ par personne assurée par voyage, pour un nombre illimité de voyages d'une durée maximale de 93 jours chacun, pour certaines dépenses encourues en raison d'une urgence survenant lors d'un voyage à l'extérieur de votre province.

Le régime annulation et interruption de voyage s'applique à vous et vos personnes à charge assurées jusqu'à 6 000 \$ par personne assurée, par voyage, si votre voyage est annulé, interrompu ou retardé en raison de circonstances indépendantes de votre volonté.

Pour que votre assurance voyage soit en vigueur, vous devez être assuré au titre du régime Frais médicaux complémentaires et être dans votre province de résidence le jour du début de votre voyage.

Advenant une urgence médicale, vous devez communiquer immédiatement avec Global Excel avant de demander un traitement.

Pour l'indemnité en cas d'annulation et d'interruption de voyage, il est important d'appeler Global Excel la journée où survient la cause de l'annulation, de l'interruption ou du retard de voyage, ou le jour ouvrable suivant. Le service est disponible 24 heures sur 24, tous les jours sans exception.

Pour les détails complets sur l'assurance voyage, y compris la liste des exclusions et restrictions applicables à cette assurance, veuillez consulter la section principale sur les voyages. Si vous avez besoin d'assistance ou avez des questions, communiquez avec l'administrateur du service.

Pharmacie d'Express Scripts Canada^{MD}



**EXPRESS SCRIPTS CANADA
PHARMACY**

La pharmacie d'Express Scripts Canada^{MD} est une pharmacie en ligne réputée qui vous accorde la priorité lorsque vous vous présentez avec une ordonnance. Il s'agit d'un service optionnel disponible à travers le Canada*.

Avantages pour les membres

- Des remboursements plus élevés du coût des ingrédients – 100 % pour les médicaments d'entretien génériques sur ordonnance ou à 90 % pour les médicaments de marque admissibles

- Fournit un approvisionnement jusqu'à 100 jours dans la mesure du possible, pour vous aider à économiser sur les frais d'ordonnance à payer
- La livraison gratuite à votre domicile du lundi au samedi
- Des soins personnalisés dans le confort de votre foyer - Les pharmaciens d'Express Scripts Canada sont disponibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour répondre à toutes vos questions ou préoccupations concernant les médicaments que vous prenez.
- Téléchargez l'application mobile (cherchez dans l'App Store ou Google Play) ou appelez le 1 (855) 550-MEDS (6337).

Avec l'application pharmacie :

- Gérer les ordonnances de votre famille depuis pratiquement n'importe où
- Configurer des alertes de rappel de médicaments
- Renouveler automatiquement vos ordonnances
- Vérifier l'état de la livraison et suivre votre envoi

Créez votre compte dès aujourd'hui : pharmacy.express-scripts.ca/entente

* En raison de la réglementation provinciale, le remboursement plus élevé n'est pas disponible au Québec.

Kii by CloudMD - Deuxième avis médical

Avez-vous déjà connu l'incertitude médicale? Peut-être avez-vous remis en question un diagnostic ou un plan de traitement pour vous-même ou un proche. Notre partenariat avec CloudMD vous procure, à vous et aux membres de votre famille, un accès aux meilleurs experts médicaux au monde pour vous aider à prendre des décisions médicales en toute confiance.

Les services confidentiels de CloudMD sont disponibles sans frais additionnels pour les participants au régime d'assurance santé Frais médicaux complémentaires de EHC, ainsi que pour leurs enfants (peu importe l'âge), parents et beaux-parents. Vos enfants, parents et beaux-parents n'ont pas à être assurés en vertu du régime pour être admissibles aux services de CloudMD.

Ce service s'adresse aux membres qui :

- Reçoivent un avis médical/diagnostic et désirent obtenir un deuxième avis
- Exigent des options pour un spécialiste
- Recherchent un médecin de famille ou une infirmière praticienne
- Reçoivent un diagnostic de santé, un traitement médical ou une procédure et désirent plus d'informations pour la prise de décision et/ou vous guider dans les prochaines étapes de votre parcours de santé.

Le service CloudMD est disponible 24 heures sur 24, 365 jours par année, par téléphone ou sur le portail en ligne. Vous serez en contact avec une infirmière coordinatrice agréée, qui entreprendra les services en votre nom.

Deuxième avis médical

Vous obtiendrez un rendez-vous avec un spécialiste canadien qualifié pour un second avis médical. Vous recevrez aussi un rapport sur les conclusions médicales du spécialiste.

Trouver un médecin de famille

Vous recevrez une liste de médecins généralistes ou d'infirmières praticiennes disponibles en fonction de votre lieu de résidence. L'infirmière examinera la liste et répondra à vos questions.

Options spécialisées

Vous recevrez de l'assistance pour trouver un spécialiste au Canada ou aux États-Unis. Vous aurez le choix entre trois spécialistes. Ce dossier d'information comprendra de brèves notes professionnelles sur le spécialiste, les temps d'attente actuels, des évaluations et des critiques. Vous pouvez transmettre ces informations à votre médecin traitant pour qu'il les étudie et vous oriente vers le spécialiste approprié.

Coaching

L'infirmière vous expliquera vos traitements médicaux, votre diagnostic ou vos processus et procédures.

Le service CloudMD offre les caractéristiques et avantages suivants.

- **Commodité** - CloudMD offre une expérience sans faille, ce qui vous permet de gagner du temps. Une infirmière coordinatrice spécialisée vous aidera à obtenir les informations ou l'assistance dont vous avez besoin.
- **Approche personnalisée** - Une infirmière vous accompagnera tout au long de votre parcours de santé, en vous guidant à chaque étape.
- **Expérience et expertise** - CloudMD dispose d'un vaste réseau de médecins et de spécialistes, tous très expérimentés dans le système de santé canadien.
- **Service rapide** – Lorsque vous souffrez d'un problème de santé grave ou complexe, chaque journée compte. CloudMD vous aidera à rassembler vos dossiers médicaux et à procéder à un examen.
- **Protection de la vie privée** - La protection de votre vie privée est notre principale préoccupation. CloudMD respecte les normes les plus strictes pour protéger vos informations médicales confidentielles.
- **Expertise spécialisée** – Les experts de CloudMD prennent en charge votre diagnostic et votre régime d'assurance pour toute une gamme de problèmes de santé, allant du cancer à la cardiologie en passant par les maladies digestives, les troubles liés à l'arthrose et la santé mentale.

Voici comment commencer à utiliser le service de deuxième avis médical

1^{re} étape : Appelez, envoyez un courriel ou le formulaire de recommandation à CloudMD

2^e étape : Une infirmière coordinatrice des soins vous contactera pour recueillir toutes

les informations médicales et répondre à vos questions/préoccupations.

3^e étape : Ces informations médicales seront regroupées et envoyées à un spécialiste qui examinera le diagnostic et donnera une deuxième opinion.

4^e étape : L'infirmière coordinatrice des soins fixera un rendez-vous avec le spécialiste (virtuel/en personne) pour que vous puissiez discuter du deuxième avis.

Pour commencer

- Remplissez le formulaire de recommandation en utilisant la plateforme Kiihealth de CloudMD sur le site mso.kiihealth.ca/entente
- Envoyez un courriel à CloudMD à mso@kiihealth.ca
- Téléphonez à CloudMD au 1-866-814-0018.

Assurance dentaire

Tous les remboursements pour frais de soins dentaires admissibles sont effectués selon les tarifs suggérés dans le Guide des tarifs des généralistes de l'Association dentaire. Les remboursements sont effectués selon la province où les soins dentaires sont prodigués et selon le traitement le moins dispendieux constituant les soins dentaires professionnels requis pour des résultats convenables. Il vous incombe d'assumer les frais des honoraires de spécialistes excédant les tarifs de généralistes en vigueur. Il est entendu que les frais de laboratoire raisonnables et habituels sont ceux qui n'excèdent pas 80 % des tarifs indiqués dans le Guide des tarifs des généralistes de l'Association dentaire de la province où les soins dentaires sont prodigués. Les frais de laboratoire sont remboursés au même taux que le traitement auquel ils sont liés et font partie des maximums établis pour la garantie.

Les soins admissibles doivent être prodigués par un dentiste, un denturologiste ou un hygiéniste dentaire.

Couverture des soins dentaires à l'extérieur du Canada : Vous êtes couvert pour tout traitement de soins dentaires requis lorsque vous êtes en voyage à l'extérieur du Canada. Le remboursement des frais sera effectué selon les mêmes critères que les soins similaires offerts dans votre province de résidence. Une facture signée par le dentiste traitant et détaillant les services fournis, le coût par service, y compris les radiographies préalables au traitement, et/ou une lettre d'expertise, sera exigée.

Plan de traitement : Si les soins dentaires proposés excèdent 600 \$, vous devriez soumettre un plan de traitement détaillé à l'équipe des demandes de règlement, avant le début du traitement, afin d'établir le montant remboursable au titre de ce régime. Dans le cas des restaurations extensives, on exige les radiographies préalables au traitement. Cette suggestion ne vise pas à limiter votre choix d'un dentiste, d'influencer le traitement qui devrait être effectué, d'indiquer à votre dentiste quels honoraires exiger, ni de garantir le remboursement des frais après la cessation de la protection.

Soins de base et préventifs

REMBOURSEMENT À 85 %

Le régime couvre :

- Un maximum de huit unités de détartrage par année civile (chaque 15 minutes de détartrage représente 1 unité)
- Une fois tous les neuf mois - examens buccaux standard et une unité de polissage
- Un examen buccal et diagnostic complet pour toute période de trois années civiles consécutives
- Les radiographies dentaires - les radiographies péricoronaires sont limitées à une radiographie tous les neuf mois, tandis que les radiographies complètes de la bouche et les radiographies panoramiques sont limitées chacune à une fois pour toute période de trois années civiles consécutives
- Application topique de fluorure une fois toutes les trois années civiles consécutives
- Instruction d'hygiène dentaire pour toute période de trois années civiles consécutives
- Les consultations de dentiste
- Les mainteneurs d'espace à acide liant;
- Les obturations de molaires sont limitées au coût de l'obturation à l'amalgame
- Les tiges de rétention
- Les extractions chirurgicales de dents incluses ou sorties et l'ablation de racines résiduelles
- L'ablation de tumeurs et de kystes; l'incision et le drainage d'abcès
- L'anesthésie générale, sous réserve des frais raisonnables et habituels exigés pour les soins prodigués
- L'ajustement, le rebasage et la réparation de prothèses dentaires partielles ou complètes (admissible si nécessaire après trois mois de la période initiale d'insertion)

Restaurations mineures

REMBOURSEMENT À 80 % sous réserve d'un maximum global de 800 \$ par personne assurée, par année civile

Le régime couvre :

- **Endodontie** : Traitement des maladies de la pulpe dentaire, y compris le traitement de canal.
- **Parodontie** : Traitement des os et des tissus qui soutiennent les dents, y compris le traitement chirurgical, l'installation provisoire d'attelles et l'équilibration occlusale.
- L'équilibration occlusale est assujettie à un maximum de 250 \$ par personne

assurée, par année civile

- **Chirurgies d'implants** : Insertion chirurgicale d'implants et de greffes, la chirurgie par lambeaux et les traitements de régénération tissulaire.

Restaurations extensives

REMBOURSEMENT À 50 %

Le régime couvre :

- Limite combinée de 800 \$ par personne assurée et par année civile pour les couronnes, les piliers, les incrustations profondes et en surface (y compris les frais de laboratoire connexes) utilisés pour la restauration de dents afin que celles-ci puissent remplir leurs fonctions normales lorsque, par suite d'une carie ou fracture importantes, les dents ne peuvent être restaurées au moyen d'une obturation. L'admissibilité à un traitement de restauration majeur est basée sur l'état préexistant de la dent.

Lorsqu'une dent peut être restaurée avec des obturations au moyen d'amalgame ou de matériaux esthétiques, les remboursements sont calculés en fonction du coût habituel d'une telle obturation.

Le remplacement de couronnes se limite à une fois pour toute période de trois années civiles consécutives. Les couronnes permanentes, piliers, incrustations profondes et en surface placés sur un implant dentaire sont couverts. Les couronnes pour les molaires sont limitées au coût des couronnes en métal.

Le remboursement des frais de la couronne permanente, y compris sur un implant dentaire, sera réduit de tout montant remboursé pour une couronne permanente sur une dent ou un implant dentaire.

- Un maximum global de 800 \$ par personne assurée et par année civile pour la mise en place initiale ou la réparation des ponts fixes et la mise en place initiale des prothèses partielles permanentes, y compris celles sur un implant dentaire (y compris les frais de laboratoire connexes).
- Le remplacement d'une prothèse partielle permanente ou d'un pont fixe sera considéré si :
- Ce remplacement est nécessaire par suite de l'extraction, de la perte ou de la fracture d'une autre dent naturelle pendant que la garantie est en vigueur
- Le pont existant ou la prothèse partielle existante ne peut être réparé, et le pont existant date d'au moins trois ans ou la prothèse partielle existante date d'au moins cinq ans
- Le pont existant ou la prothèse partielle existante est temporaire et on doit remplacer le pont ou la prothèse partielle de façon permanente dans les douze mois suivant sa mise en bouche.

Pour l'application de la présente disposition, une prothèse temporaire qui date d'au moins 12 mois est considérée comme une prothèse partielle permanente ou un pont permanent et fait l'objet des mêmes stipulations temporelles.

Tout montant remboursé pour un pont temporaire ou une prothèse partielle temporaire ou de transition sera déduit du remboursement des frais d'une prothèse permanente.

Exclusions et restrictions

En plus des exclusions et restrictions générales relatives aux plans du Régime d'assurance collective Entente, le régime d'assurance dentaire ne prend pas en charge les frais imputables ou attribuables, directement ou indirectement, aux/à :

- Mises en place ou remplacements de prothèses dentaires complètes
- Services ou accessoires qui ne sont pas fournis par un dentiste, un hygiéniste dentaire ou un denturologiste autorisé aux termes de la loi et exerçant ses activités conformément aux dispositions de son permis et/ou de son agrément, ou les services d'un étudiant dentaire qui ne travaille pas sous la supervision d'un praticien admissible dûment autorisé
- Services ou accessoires liés à tout traitement exclus des frais admissibles
- Services ou accessoires destinés ou liés à un traitement orthodontique
- Tout remplacement d'une obturation dans les 12 mois de l'obturation initiale pour la même dent/surface
- Services ou accessoires relatifs à la restauration complète de la bouche, visant à corriger la dimension verticale ou à traiter un dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM)
- Soins dentaires reçus par les services de soins santé ou de soins dentaires d'un employeur, d'une association ou d'un syndicat

Conseils pour soumettre vos demandes de règlement

- Les cabinets de dentistes peuvent soumettre votre demande de règlement de soins dentaires directement à l'équipe des demandes de règlement par voie électronique. Veuillez ne pas soumettre de formulaire de demande de règlement sur papier si votre dentiste a transmis votre demande de règlement électroniquement.
- La plupart des cabinets dentaires acceptent le paiement direct. Vous pouvez autoriser Johnson Inc. à payer votre cabinet dentaire directement pour les dépenses admissibles et vous seriez responsable de payer le montant non admissible au remboursement. Évidemment, vous avez la possibilité de payer votre cabinet dentaire en totalité et de demander le remboursement à l'équipe des demandes de règlement.
- Si votre dentiste ne peut pas faire une soumission électronique, demandez-lui de remplir la « Partie 1 – Dentiste » du formulaire de demande de règlement du cabinet de dentistes. Vous devez remplir la « Partie 2 » du même formulaire, en prenant soin d'y inclure le numéro du régime, 983 430, de même que votre numéro de certificat (ID#), et l'acheminer à l'équipe des demandes de règlement.

- Les plans de traitement préalables et les demandes de règlement pour les traitements dentaires importants sans approbation préalable ou qui nécessitent des radiographies doivent être soumis sur papier.

NOTE : Pour obtenir des renseignements généraux sur la façon de soumettre une demande de règlement, consultez la section du même nom au début de ce livret.

Exclusions et limitations générales applicables aux régimes

(Voir la section relative à l'assurance voyage pour la liste complète des exclusions et des limitations de l'assurance voyage).

Cette assurance ne prend pas en charge les frais imputables ou attribuables aux :

- Dépenses prises en charge au titre d'un régime gouvernemental (par exemple, régimes provinciaux ou territoriaux d'assurance maladie, loi sur les accidents du travail) ou dont le paiement est interdit au titre des dispositions d'un régime gouvernemental
- Examens, tests, procédures ou traitements non reconnus par Santé Canada, le ministère provincial de la Santé, l'Association médicale canadienne, l'Association dentaire canadienne ou par l'Ordre spécialisé concerné, jugés expérimentaux ou de nature esthétique
- Sauf indication contraire, des services ou des fournitures qui sont fournis sans la recommandation et l'approbation d'un médecin agissant dans l'exercice de son permis d'exercice
- Soins et fournitures de nature médicale qui ne sont pas jugés nécessaires sur le plan médical
- Primes d'assurance
- Montants excédant les maximums prévus au titre des plans du Régime d'assurance collective Entente
- Montants excédant les frais raisonnables et habituels exigés dans la région où les frais ont été engagés
- Honoraires payables à un médecin pour les services reçus
- Honoraires payables à un médecin, un dentiste, un denturologiste ou un fournisseur de services de santé pour son temps de déplacement, les rendez-vous manqués ou annulés, les frais de déplacement, les frais exigés pour remplir des formulaires d'assurance ou pour les notes médicales, les frais d'hébergement, ou les frais de consultations reçus par tout autre moyen de télécommunications que celui expressément spécifié pour les dépenses admissibles, ou de renouvellement d'une ordonnance.
- Les montants qui ne seraient autrement pas exigibles en l'absence d'une protection d'assurance ou pour lesquels l'assuré n'est pas légalement tenu de payer

- Les frais engagés pour des services prodigués par un membre de la famille assuré au titre du contrat d'assurance
- Transports ou déplacements autres que ceux prévus au titre de frais admissibles
- Pourboires
- Rachats de points dans le cadre d'un programme quelconque (par ex. milles de récompense AIR MILES^{MD}, Aéroplan^{MD}, multipropriété/à temps partagé), utilisés pour l'achat d'un article ou service admissible, et les frais exigés pour le rétablissement desdits points
- Coûts d'entretien, d'échange ou d'entente touchant une multipropriété/à temps partagé
- Coûts de remplacement de médicaments ou d'appareils égarés, perdus ou volés qui furent auparavant remboursés au titre du Régime d'assurance collective Entente
- Examens et notes/formulaires d'un médecin requis pour le compte d'un tiers
- Séjours dans les maisons de repos, les établissements de soins infirmiers, les centres de santé (spas), les établissements pour soins de base, les maisons du troisième âge, ou les institutions établies principalement pour le traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou des troubles de santé mentale
- Frais de soins dentaires que doit acquitter un tiers
- Frais encourus pour des soins, fournitures ou services, directement ou indirectement attribuables à/aux :
- Chirurgies ou traitements aux fins esthétiques, sauf si l'intervention est nécessaire par suite d'une blessure accidentelle et qu'elle débute dans les 90 jours suivant la date de l'accident
- Une guerre ou un acte de guerre (déclaré ou non), le service dans les Forces armées de tout pays, la participation à une insurrection, émeute ou toute autre hostilité
- Votre participation à un événement sportif en tant que professionnel ou votre participation à des activités dangereuses ou à grands risques, telles que les courses ou épreuves de vitesse d'engins motorisés, la pratique du saut à l'élastique (bungee), le parachutisme, la para-voile, l'escalade de rocher, l'alpinisme, le deltaplane, la chute libre ou la plongée sous-marine sans détenir le certificat exigé
- Votre état d'ébriété dû à une quelconque substance (alcool ou drogues). Une personne assurée a les facultés affaiblies si sa concentration d'alcool dans le sang est supérieure à 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang
- Votre participation à commettre ou tenter de commettre un assaut ou un délit criminel.

Définitions

(Reportez-vous à la section de l'assurance voyage concernant les définitions applicables au Régime d'assurance voyage.)

La terminologie suivante est utilisée dans ce livret :

« **Année civile** » désigne du 1^{er} janvier au 31 décembre.

« **Année civile consécutive** » désigne l'année civile commençant à compter de l'année civile de votre dernière demande de règlement.

« **Centre de convalescence** » désigne un établissement ou une institution pour soins prolongés, un établissement ou une institution de réadaptation, un établissement ou une institution pour soins aux malades chroniques ou un établissement ou une institution pour soins de longue durée, qui est autorisé ou agréé et dont la fonction est de prodiguer des soins aux personnes souffrantes. Les frais engagés dans les centres de santé (spas) ou les hôtels, les établissements pour soins de base ou les institutions pour le traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou des troubles de santé mentale ne sont pas admissibles.

« **Numéro d'identification du médicament (DIN)** » désigne le numéro de huit chiffres généré par un ordinateur et attribué à un médicament par Santé Canada avant d'être commercialisé au Canada. Le DIN est unique et sert à identifier tous les médicaments vendus dans une forme posologique au Canada. Il est visible sur l'étiquette du médicament d'ordonnance et les produits en vente libre qui ont été évalués et autorisés pour la vente au Canada.

« **Personne à charge admissible** » signifie :

Votre conjointe ou conjoint :

- Votre conjointe ou conjoint au sens légal
- Une personne (y compris du même sexe), qui n'est pas votre conjointe ou conjoint au sens de la loi, mais avec qui vous vivez dans une relation conjugale depuis au moins 12 mois consécutifs.

Vos enfants à charge :

- Les enfants célibataires (y compris les enfants naturels, les enfants légalement adoptés, les enfants de la conjointe ou du conjoint, les enfants sous tutelle légale et ceux placés dans votre foyer (preuve d'une entente de garde ou de tutelle est requise lorsqu'il s'agit de pupilles), âgés de moins de 21 ans et non employés sur une base régulière ou à temps plein.
- Les enfants célibataires âgés de moins de 30 ans, dans la mesure où ils sont inscrits à un établissement d'enseignement postsecondaire en tant qu'étudiants à temps plein et dépendent sur vous pour leurs frais de subsistance.
- Les enfants ayant une déficience fonctionnelle qui étaient assurés à titre de personnes à charge demeurent assurés à tout âge, peu importe les restrictions d'âge applicables aux enfants à charge. On entend par déficience fonctionnelle une

personne non mariée qui, en conséquence directe de la déficience fonctionnelle :

- est incapable d'autonomie financière en raison d'un handicap
- dépend du soutien financier du membre
- n'a pas de conjointe ou de conjoint

Une lettre d'un médecin attestant le diagnostic/pronostic est exigée.

« **Membre de la famille étendue** » désigne la conjointe ou le conjoint d'une personne assurée, ses parents, la conjointe ou le conjoint d'un de ses parents, ses beaux-parents, son enfant, son beau-fils ou sa belle-fille, son gendre ou sa bru, son gardien, ses grands-parents, son frère ou sa sœur, son demi-frère ou sa demi-sœur, son beau-frère ou sa belle-sœur, son petit-fils ou sa petite-fille, sa tante ou son oncle, son neveu ou sa nièce.

« **Régime gouvernemental d'assurance maladie (RGAM)** » désigne l'assurance maladie que les gouvernements provinciaux ou territoriaux canadiens fournissent aux résidentes et résidents desdites provinces ou territoires.

« **Hôpital** » désigne une institution qui est établie dans le cadre de la loi afin de prodiguer des soins et des traitements médicaux aux personnes souffrant d'une maladie ou d'une blessure, soit sur une base de patient hospitalisé, admis d'urgence ou en soins externes. Au Canada, ceci inclut les hôpitaux de réadaptation (maisons de repos exclues). L'hôpital doit en tout temps avoir le personnel nécessaire en poste et être sous la supervision médicale d'infirmières diplômées et de médecins autorisés. L'institution doit en outre posséder les installations requises pour établir un diagnostic et procéder à des interventions chirurgicales importantes. Le mot « hôpital » exclut les maisons de repos, les établissements de soins infirmiers, les foyers de convalescence, les centres de santé (spas), les établissements pour soins de base, les maisons du troisième âge, les établissements de soins aux malades chroniques ou les institutions pour le traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou des troubles de santé mentale.

« **Membre de la famille immédiate** » signifie une conjointe ou un conjoint ou un enfant à charge.

« **Personne assurée** » désigne un membre de la PGA du Canada, une conjointe ou un conjoint admissible ou un enfant à charge admissible pour qui la prime fut payée.

« **Médicalement nécessaire** » signifie généralement reconnu par la profession médicale canadienne comme efficace, approprié et nécessaire pour le diagnostic et/ou le traitement d'une maladie ou d'une blessure selon les normes médicales canadiennes.

« **Médecin** » signifie une personne, autre que vous-même ou autre qu'un membre de votre famille, qui est légalement autorisé à prescrire et à administrer tout médicament ou à pratiquer une procédure chirurgicale - un Docteur en médecine (M.D.).

« **L'administrateur du régime** » est Johnson Inc. qui agit comme l'administrateur du service et l'équipe des demandes de règlement pour les plans du Régime d'assurance collective Entente.

« **Province ou provincial** » désigne la province canadienne ou le territoire canadien où se situe votre province de résidence.

« Frais habituels et raisonnables » signifie :

- les honoraires et prix normalement pratiqués dans la région où les services ou fournitures sont fournis
- les frais de services et de fournitures qui représentent le traitement raisonnable, compte tenu de la durée des services et de la fréquence des services et fournitures

« **Vous, votre ou vos** » désigne un membre de la PGA du Canada une conjointe ou un conjoint admissible ou un enfant à charge admissible pour qui la prime fut payée.

À moins d'indication contraire, toutes les limites indiquées représentent le maximum payable par personne assurée, par année civile. Les prestations sont payables en devises canadiennes.

Dans le cas de divergences ou d'omissions entre le texte du livret et celui du contrat, La Première du Canada, ou une tierce personne représentant La Première du Canada, ne sera responsable que pour le paiement des prestations conformément aux dispositions du contrat.

Énoncé de confidentialité

Déclaration de confidentialité Loi sur la protection des renseignements personnels et des documents électroniques – LPRDE (ci-après « Loi ») Le Gouvernement fédéral a adopté une loi pour protéger les renseignements personnels des Canadiennes et Canadiens et pour faciliter le développement du commerce électronique au Canada.

Au centre des dispositions de cette Loi se trouve une prohibition générale sur la collecte, l'utilisation ou la divulgation des renseignements personnels de tout individu, sans son consentement.

« Renseignements personnels » est largement défini par la Loi comme étant « des renseignements sur un individu identifiable, mais n'inclut pas le nom, titre professionnel, adresse d'affaires ou numéro de téléphone d'un employé d'un organisme quelconque ».

Johnson Inc. et CloudMD ont élaboré la présente Déclaration relative à la protection de la vie privée afin de vous informer des étapes que nous suivons pour observer cette Loi.

Protection de vos renseignements personnels

Johnson Inc. et CloudMD peuvent utiliser vos renseignements personnels aux fins suivantes :

- Évaluer le risque d'assurance, évaluer et gérer les demandes de règlement, faire la collecte des données statistiques pour préparer un rapport, poursuivre le recouvrement des demandes de règlement, vous offrir des services au titre de vos protections d'assurance et négocier le paiement des frais engagés avec les tierces personnes

- Vous fournir les services demandés
- Partager vos informations personnelles avec toute personne travaillant avec ou pour Johnson Inc, CloudMD, la PGA du Canada ou RTOERO, mais uniquement si cela est nécessaire pour
- fournir les services à votre demande
- répondre à votre demande de règlement
- la gestion du régime d'assurance

En outre, Johnson Inc. peut, mais seulement sous l'autorisation de RTOERO et de la PGA du Canada, utiliser vos renseignements personnels pour vous présenter les services de Johnson Inc. et ceux de certaines tierces parties sélectionnées. Tel que requis et seulement sous l'autorisation de RTOERO et de la PGA du Canada, Johnson Inc. peut également partager vos renseignements personnels avec des tierces parties sélectionnées, afin qu'elles puissent vous fournir/offrir leurs services.

Vous pouvez informer Johnson Inc. Et/ou CloudMD de ne pas utiliser vos renseignements personnels aux fins décrites au paragraphe qui précède immédiatement celui-ci, en tout temps, en composant leur numéro de téléphone. Vous pouvez consulter les coordonnées à la dernière page de ce livret.

Johnson Inc. et/ou CloudMD peuvent partager vos renseignements personnels ou autre information vous concernant, dans l'éventualité d'une urgence menaçant votre vie, votre santé ou sécurité (dans tel cas, vous serez informé de cette divulgation aussitôt qu'il en est raisonnablement possible).

Johnson Inc. et/ou CloudMD peuvent amasser vos renseignements personnels ou autre information vous concernant afin de faciliter l'offre et l'accès aux protections et services que demandés ou pour traiter les demandes de règlement.

La source primaire pour la collecte de tels renseignements par CloudMD et Johnson Inc. sera vous, RTOERO et vos médecins consultants autorisés.

Vous ou tout autre ayant droit pouvez obtenir une copie des documents suivants :

- votre proposition d'assurance
- toute déclaration écrite ou tout autre document, qui ne fait pas partie de la proposition d'assurance, mais que vous avez fournis à La Première du Canada à titre d'attestation de bonne santé.

Selon un préavis raisonnable, vous ou un autre ayant droit pouvez également obtenir une copie du contrat d'assurance principal. La première copie vous sera fournie gratuitement, mais des frais pourraient être exigés pour toute copie ultérieure.

Déclaration de confidentialité de La Première du Canada

Le respect de votre vie privée est une priorité pour la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada. Nous recueillons l'information à même les formulaires de demande. Nous collectons d'autres renseignements que vous nous communiquez ou que vous envoyez à nos partenaires de distribution concernant des produits d'assurance ou des produits financiers que nous offrons. Nous collectons aussi les

données (avec votre consentement) par le biais d'évaluations médicales ou professionnelles, le cas échéant, et auprès de médecins, de praticiens de la santé, d'hôpitaux, de cliniques ou d'autres établissements de santé, de compagnies d'assurance, du Bureau de renseignements médicaux (MIB, LLC./MIB). (« MIB »), et d'autres agents, agences gouvernementales ou autres organisations, institutions ou personnes qui détiennent des dossiers médicaux, le cas échéant. Nous recueillons, utilisons et communiquons vos renseignements personnels notamment aux fins suivantes : la confirmation de votre identité et la tarification, y compris la détermination de votre admissibilité ou de votre besoin d'assurance ou des produits financiers que vous demandez; l'administration et les services; le règlement des sinistres; la protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses représentations; la conformité aux exigences légales, réglementaires ou contractuelles. Nous ne donnons accès à vos renseignements personnels qu'à nos propres employés et entrepreneurs indépendants, aux sociétés affiliées au sein de notre groupe de sociétés, aux administrateurs, partenaires de distribution et autres tiers fournisseurs de services, aux sociétés dont les activités sont externalisées et à nos réassureurs qui ont besoin de vos renseignements personnels pour s'acquitter de leurs tâches. Par ailleurs, nous donnerons accès à vos renseignements personnels à toute personne que vous autoriserez. Tous nos fournisseurs de services avec lesquels nous avons une relation contractuelle sont tenus de protéger vos renseignements personnels conformément à la présente déclaration de confidentialité et nos pratiques en matière de protection de la vie privée. Parfois, sauf si nous en sommes interdits, ces personnes peuvent se trouver dans d'autres provinces du Canada ou dans d'autres pays ou vos renseignements personnels peuvent être stockés sur des serveurs situés dans d'autres provinces canadiennes ou dans d'autres pays. Advenant une situation pareille, vos renseignements personnels peuvent être assujettis aux lois des provinces ou pays en question. Vous pouvez demander de consulter l'information que nous avons sur vous dans nos dossiers. Au besoin, vous pouvez nous demander de la corriger en nous le faisant savoir par écrit.

Énoncé de protection de la vie privée de la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances

La Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances recueille, utilise et communique des renseignements personnels (y compris ceux destinés ou provenant de votre courtier, de nos sociétés affiliées, de nos sociétés filiales ou de nos fournisseurs tiers) à des fins d'assurance comme l'administration des assurances, faire enquête et régler les réclamations, et fournir des services d'assistance. Normalement, nous recueillons les renseignements personnels des individus qui font une demande d'assurance, des titulaires du contrat, des personnes assurées et des réclamants. Dans certains cas, nous pouvons également recueillir et échanger es renseignements personnels avec la famille, les amis ou les compagnons de voyage lorsqu'un détenteur de contrat d'assurance, un assuré ou un requérant est incapable, pour des raisons médicales ou autres, de communiquer directement avec nous. Aux fins d'assurance, nous recueillons et divulguons aussi ces renseignements auprès de tierces parties comme, mais sans nécessairement s'y limiter, les praticiens de la santé et les établissements hospitaliers au Canada et à l'étranger, les assureurs en soins de santé privés et gouvernementaux, et les membres de la famille et les amis des détenteurs du contrat, les personnes assurées ou les réclamants. Dans certains cas, nous pouvons en

autre maintenir ou communiquer ou transmettre des renseignements aux professionnels de la santé et autres prestataires de services situés à l'extérieur du Canada, en particulier dans les juridictions auxquelles une personne assurée peut voyager. En ce sens, les renseignements personnels peuvent être accessibles aux autorités compétentes, conformément à la loi de ces autres juridictions. Pour plus d'informations sur nos pratiques en matière de protection ou pour obtenir une copie de notre politique de protection de la vie privée, visitez www.rsatravelinsurance.com.

Assurance voyage

Résumé des garanties

L'information ci-dessous résume votre couverture de l'assurance voyage. La couverture d'assurance est offerte sous réserve des dispositions et conditions des certificats qui suivent. Reportez-vous à la section 6 de chaque certificat et à l'ensemble du document du régime d'assurance voyage pour connaître tous les détails sur les garanties. Ce résumé des garanties remplace tous les résumés des garanties auparavant publiés et remis à vous en rapport avec le contrat. Sauf indication contraire, tous les montants indiqués sont en dollars canadiens.

RÉGIME D'ASSURANCE VOYAGE POUR SOINS MÉDICAUX D'URGENCE	
Maximum global	Jusqu'au maximum de 10 000 000 \$, par personne assurée, par voyage
Période de couverture	Jusqu'à 93 jours par voyage NOTE : Vous pouvez souscrire des jours additionnels avec la Protection supplémentaire d'assurance voyage pour les voyages de plus de 93 jours
Hébergement dans un hôpital ou un établissement médical	Frais d'hébergement et repas jusqu'au tarif d'une chambre à un lit établi par <i>l'hôpital</i> ou <i>l'établissement médical</i>
Frais accessoires	Jusqu'à 250 \$
Honoraires de médecin	Frais admissibles qui sont raisonnables et courants
Soins infirmiers privés	Frais admissibles qui sont raisonnables et courants
Services diagnostiques	Frais admissibles qui sont raisonnables et courants
Appareils et accessoires d'assistance médicale	Frais admissibles qui sont raisonnables et courants
Services paramédicaux	500 \$ par profession
Médicaments sur ordonnance	Jusqu'à un maximum de 30 jours par ordonnance

RÉGIME D'ASSURANCE VOYAGE POUR SOINS MÉDICAUX D'URGENCE	
Médicaments sur ordonnance perdus	Jusqu'à 250 \$
Services d'ambulance terrestre	Frais admissibles qui sont raisonnables et courants
Transport aérien d'urgence	Frais admissibles qui sont raisonnables et courants
Transport au chevet du patient	Billet aller-retour en classe économique et les frais de repas et d'hébergement jusqu'à un maximum de 250 \$ par jour, sujet à un maximum global de 5 000 \$
Retour du compagnon de voyage	Tarif aller simple en classe économique
Rapatriement de la dépouille	Jusqu'à un maximum de 15 000 \$ pour la préparation et le transport de la dépouille, ou jusqu'à un maximum de 5 000 \$ pour la crémation et/ou inhumation
Repas et hébergement	Jusqu'à un maximum de 250 \$ par jour, sujet à un maximum global de 5 000 \$ par voyage
Soins dentaires en cas d'accident	Jusqu'à un maximum de 5 000 \$
Soulagement de la douleur dentaire	Jusqu'à un maximum de 600 \$
Garde d'enfants	Jusqu'à un maximum de 5 000 \$
Retour de l'animal de compagnie	Jusqu'à un maximum de 500 \$
Retour du véhicule	Jusqu'à un maximum de 10 000 \$
Transport alternatif	Jusqu'à un maximum de 5 000 \$
Référence médicale	Jusqu'à un maximum de 75 000 \$, par vie
Retour accompagné de l'assuré(e) par une personne de son choix	Un billet d'avion aller-retour en classe économique et jusqu'à 250 \$ par jour pour les frais de repas et d'hébergement, jusqu'à un maximum global de 2 000 \$
Évacuation d'urgence	Jusqu'à un maximum de 5 000 \$
Retour des bagages	Jusqu'à un maximum de 500 \$

RÉGIME D'ASSURANCE ANNULATION ET INTERRUPTION DE VOYAGE	
Annulation de voyage	Jusqu'au maximum de 6 000 \$, par personne assurée, par voyage
Interruption de voyage	Jusqu'au maximum de 6 000 \$, par personne assurée, par voyage
Frais accessoires	Jusqu'à un maximum de 100 \$ par jour, par personne assurée, sujet à un maximum global de 1 000 \$ par voyage pour l'ensemble des personnes assurées (compte tenu du maximum global de l'interruption de voyage)
Bagages	Jusqu'au maximum de 1 000 \$, par personne assurée, par voyage
Dépenses d'affaires	Jusqu'à un maximum de 1 000 \$
Remplacement de documents	Jusqu'à un maximum combiné de 500 \$, par personne assurée, par voyage
Retour de l'animal de compagnie	Jusqu'à un maximum de 500 \$

Certificat d'assurance du régime d'assurance voyage en cas d'urgence

NOTE : Les termes figurant en *italique* dans le texte du présent certificat ont le sens qui leur est donné à la SECTION 12 – DÉFINITIONS.

Section 1 Introduction

L'assurance voyage pour soins médicaux d'urgence prévoit une couverture d'assurance pour le *participant du titulaire du contrat* et les *personnes à charge* assurées du *participant*, pour certains des frais engagés en raison d'une *urgence* (à l'exception des dispositions en vertu de la garantie de recommandation médicale) survenant lors d'un voyage à l'extérieur de votre province.

L'assurance voyage pour soins médicaux d'urgence est inclus avec votre régime *Frais médicaux complémentaires* (FMC) jusqu'à concurrence de 10 000 000 \$, *par personne assurée, par voyage*. Vous avez aussi accès aux services d'assistance voyage en cas d'*urgence* lorsque vous voyagez à l'extérieur de *votre province*. La couverture offre un nombre illimité de *voyages* d'une durée de 93 jours par *voyage*. Dans la mesure où vous êtes assuré au titre du régime *FMC*, vous pouvez souscrire une protection complémentaire pour les *voyages* de plus de 93 jours. *Votre* régime Protection supplémentaire d'assurance voyage prend effet le 94^e jour.

Le présent certificat ainsi que l'ensemble de *votre* document du régime d'assurance voyage collective fournissent un aperçu de la couverture d'assurance et des conditions

sous réserve desquelles les versements des prestations seront versés. Ils fournissent également des directives sur la manière de présenter une demande de règlement. Pour une confirmation d'assurance prévue par le présent certificat ou l'ensemble de *votre* document du régime d'assurance voyage collective ou toute question concernant les informations qu'ils contiennent, veuillez communiquer avec Johnson Inc. Vous pouvez consulter les coordonnées à la dernière page de ce livret.

La Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances (*Assureur*) offre l'assurance décrite dans le présent certificat en vertu du Contrat-Cadre (*Contrat*) émis au titulaire du *contrat*. Les services d'assistance et de règlement prévus par le présent certificat sont fournis par Gestion Global Excel inc. (*Global Excel*), compagnie désignée par l'*assureur*. Cette assurance est administrée par Johnson Inc. (*Administrateur*). Le présent certificat n'est pas un contrat d'assurance. Il ne fournit qu'un résumé des principales dispositions du *contrat*. Toutes les garanties sont entièrement assujetties aux dispositions du *contrat* en vertu duquel la couverture d'assurance est offerte et les indemnités sont versées. En cas de divergence, le *contrat* aura préséance, sauf dispositions contraires de toute loi applicable. Le *titulaire du contrat* ou un autre demandeur en vertu du *contrat* peut, suite à une demande à l'*assureur*, obtenir une copie du *contrat*, sous réserve des restrictions d'accès permises par la loi applicable.

RTOERO (*titulaire du contrat*) et la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances (l'*Assureur*) se réservent le droit de résilier, de changer ou de modifier la présente assurance en tout temps. Le présent certificat remplace tous les certificats émis antérieurement à *vous* à l'égard du *contrat*.

Section 2

Que devriez-vous faire en cas d'urgence médicale?

SI UNE URGENCE SURVIENT, VOUS DEVEZ COMMUNIQUER AVEC GLOBAL EXCEL AVANT TOUT TRAITEMENT. LE SERVICE EST DISPONIBLE 24 HEURES PAR JOUR, 7 JOURS PAR SEMAINE. La liste complète des numéros d'urgence se trouve également à l'endos de la *carte des avantages* qui *vous* est fournie.

- Si, en raison de la nature de *votre urgence*, il n'est ni possible ni raisonnable pour *vous* de communiquer avec Global Excel avant tout *traitement*, *vous* devez demander à quelqu'un d'autre de le faire en *votre nom*, ou *vous* devez téléphoner dès que votre état de santé le permet. Si *vous* omettez d'aviser *Global Excel*, l'*assureur* se réserve le droit de limiter vos garanties comme suit :
- ~80 % des frais admissibles dans le cas d'une hospitalisation, selon les *frais raisonnables et courants*, jusqu'à concurrence de 25 000 \$; et
- Dans le cas d'une consultation médicale externe, un maximum d'une visite par *maladie* ou par *blessure*.
- *Vous* serez responsable de payer tous les frais restants.
- Certains *traitements* ne sont admissibles que s'ils ont été approuvés au préalable (reportez-vous à la SECTION 8 – QU'EST-CE QUI N'EST PAS COUVERT? pour plus de détails). Si *vous* ne communiquez pas avec *Global Excel* avant tout *traitement*, les *traitements* médicaux qui *vous* sont prodigués pourraient ne pas être

admissibles au titre par la présente assurance.

- *Global Excel* peut vous recommander un *établissement médical* ou un *médecin* dans la région où vous voyagez. Si vous communiquez avec *Global Excel* lors de votre urgence, nous veillerons à ce que vos frais admissibles soient payés directement à l'hôpital ou à l'établissement médical, lorsque possible.

Section 3

Avis important – veuillez lire attentivement

- L'Assurance voyage est conçue pour couvrir les pertes attribuables à des circonstances soudaines et imprévisibles. Il est important que vous lisiez et compreniez bien la couverture d'assurance prévue par le présent certificat avant de voyager, car elle fait l'objet de certaines restrictions et exclusions.
- Des exclusions relatives aux affections médicales préexistantes peuvent s'appliquer aux affections médicales et/ou aux symptômes qui existaient avant votre voyage. Reportez-vous au présent certificat pour déterminer l'application de ces exclusions relativement à votre couverture d'assurance et à votre date de départ.
- Dans le cas d'un accident, d'une blessure ou d'une maladie, vos antécédents médicaux seront examinés lorsqu'une demande de règlement est présentée.
- Votre assurance prévoit des services d'assistance voyage. Vous êtes tenu d'aviser Global Excel avant tout traitement, à défaut de quoi, les indemnités payables seront limitées (reportez-vous à la SECTION 7 – CONDITIONS SUSCEPTIBLES DE LIMITER VOTRE COUVERTURE D'ASSURANCE).
- L'assurance couvre un nombre illimité de voyages durant 93 jours par voyage. Toutefois, chaque voyage doit être séparé par un retour à votre province.
- Vous n'êtes pas tenu de nous fournir un préavis de votre date de départ et de votre date de retour pour chaque voyage.
- Vous serez tenu de fournir une preuve de ces dates, tel qu'un billet d'avion, une carte d'embarquement, un cachet apposé dans le passeport ou un reçu de transaction (par exemple, le gaz, l'hébergement, un magasin, etc.), lorsque vous présentez une demande de règlement.
- Le présent certificat contient des dispositions pouvant limiter les montants payables.
- Le présent certificat contient une disposition qui révoque ou restreint le droit d'un membre assuré du groupe de nommer les personnes auxquelles ou au bénéfice desquelles les indemnités payables devraient être versées.

Section 4

Critères d'admissibilité

Couverture du participant

Pour avoir droit à l'assurance en vertu du *contrat* à titre de participant, vous devez remplir les critères d'admissibilité suivants :

- Vous devez être couvert par le régime d'assurance maladie gouvernemental.

- *Votre* résidence permanente doit être au Canada.
- Les versements de prime exigibles pour votre couverture au titre du contrat doivent être payés.
- Vous devez être inscrit au régime FMC du titulaire du contrat.
- Être un membre en règle de la PGA du Canada.
- Figurer dans la liste des membres admissibles à l'assurance que le *titulaire du contrat* fournit chaque mois à l'assureur.

Couverture de personnes à charge

Pour avoir droit à l'assurance en vertu du *contrat* à titre de *personne à charge*, vous devez remplir les critères d'admissibilité suivants :

- Vous devez être couvert par le régime d'assurance maladie gouvernemental de votre province.
- S'il y a lieu, vous devez être inscrit au régime FMC du titulaire du contrat comme personne à charge.
- Vous devez être une personne à charge au sens de la définition de « personne à charge » du présent certificat.
- Les versements de prime exigibles pour votre couverture au titre du contrat doivent être payés.

Section 5

Quand les protections entrent-elles en vigueur/prennent fin?

Date d'entrée en vigueur de la couverture du *participant*

La couverture du *participant* prend effet à la dernière des dates suivantes :

- La date à laquelle le contrat prend effet
- S'il y a lieu, la date à laquelle le participant est admissible au régime FMC du titulaire du contrat
- La date à laquelle le participant devient un membre en règle de la PGA du Canada et figure dans la liste mensuelle des membres admissibles à l'assurance par le titulaire du contrat

L'assurance pour chaque *voyage* prend effet à la date à laquelle vous quittez *votre province*. L'assurance couvre un nombre illimité de *voyages* d'une durée maximale de 93 jours par *voyage*. Toutefois, chaque *voyage* doit être séparé par un retour dans *votre province*.

Remarque : Si vous êtes déjà *en voyage* à la date d'entrée en vigueur de votre régime *FMC*, votre *période de couverture* en vertu de cette assurance est réduite par le nombre de jours pendant lesquels vous étiez à l'extérieur de *votre province* à cette date d'entrée en vigueur.

Date d'entrée en vigueur de la couverture de la *personne à charge*

La couverture de la *personne à charge* prend effet à la dernière des dates suivantes :

- La date à laquelle la couverture du *participant* prend effet
- La date à laquelle la *personne à charge* est admissible au régime *FMC* du titulaire du *contrat*

L'assurance pour chaque *voyage* prend effet à la date à laquelle *vous* quittez *votre province*. L'assurance couvre un nombre illimité de *voyages* d'une durée maximale de 93 jours par *voyage*. Toutefois, chaque *voyage* doit être séparé par un retour dans *votre province*.

Remarque : Si vous êtes déjà *en voyage* à la date d'entrée en vigueur de votre régime *FMC*, votre *période de couverture* en vertu de cette assurance est réduite par le nombre de jours pendant lesquels vous étiez à l'extérieur de *votre province* à cette date d'entrée en vigueur.

Date d'expiration de la couverture du *participant*

La couverture du *participant* cesse immédiatement à la première des dates suivantes :

- La date à laquelle vous ne remplissez plus les conditions d'admissibilité énoncées dans la SECTION 4 – CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ, pour la Couverture du *participant*
- La date de l'échéance de la prime si les versements de prime exigibles demeurent impayés à l'assureur, excepté lorsqu'il s'agit d'une erreur administrative
- La date à laquelle le *contrat* est résilié.

L'assurance pour chaque *voyage* prend fin à la date à laquelle *vous* retournez dans *votre province* ou la date à laquelle *vous* vous êtes absenté de *votre province* pour plus de jours que *votre période de couverture* le permet.

Date d'expiration de la couverture de la *personne à charge*

La couverture de la *personne à charge* cesse immédiatement à la première des dates suivantes :

- La date à laquelle la *personne à charge* ne remplit plus les conditions d'admissibilité énoncées dans la SECTION 4 – CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ, pour la Couverture de *personnes à charge*
- La date à laquelle la couverture du *participant* prend fin, sauf si la cessation de l'assurance survient en raison du décès du *participant*, auquel cas la couverture de la *personne à charge* est maintenue en vigueur, à condition toutefois que le *titulaire du contrat* continue de couvrir les *personnes à charge* et continue d'effectuer les versements de prime requis, jusqu'à la date à laquelle la *personne à charge* cesse de remplir les conditions d'admissibilité de la SECTION 4 – CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ
- La date à laquelle le *contrat* est résilié.

L'assurance pour chaque *voyage* prend fin à la date à laquelle *vous* retournez dans *votre province* ou à la date à laquelle *vous* vous êtes absenté de *votre province* pour

plus de jours que votre *période de couverture* le permet, ou si vous êtes un enfant à charge inscrit comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu situé à l'extérieur de votre province, la date qui coïncide avec le 365^e jour de séjour à l'extérieur de votre province.

Que faire si la durée de votre voyage excède la PÉRIODE de couverture?

Sauf dans les cas où l'assurance est automatiquement prolongée (reportez-vous à la rubrique « Dans quelles situations votre assurance est-elle automatiquement prolongée? »), vous ne bénéficiez d'aucune protection au titre de cette assurance pour les jours de votre voyage qui sont en sus de votre *période de couverture*.

Toutefois, vous pouvez souscrire une protection supplémentaire pour les jours excédentaires de votre voyage avec le régime Protection supplémentaire d'assurance voyage en communiquant avec l'Administrateur au 1-877-406-9007. Pour plus de détails, veuillez vous reporter à la section PROTECTION SUPPLÉMENTAIRE D'ASSURANCE VOYAGE de ce document.

Dans quelles situations votre assurance est-elle automatiquement prolongée?

Dans les situations suivantes, l'assurance sera automatiquement prolongée au-delà de la *période de couverture*, pourvu que vous remplissiez toujours les critères d'admissibilité de la SECTION 4 – CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ :

- Retard de transport. Votre assurance est automatiquement prolongée jusqu'à cinq jours au-delà de la fin de la période de couverture lorsque votre retour à domicile est retardé au-delà de la fin de la période de couverture en raison du retard de votre transporteur public, ou si un véhicule privé tombe en panne en route vers votre point de départ en raison de circonstances indépendantes de votre volonté.
- Médicalement inapte à voyager. Si, du point de vue médical, vous n'êtes pas en mesure de voyager en raison d'une urgence, votre assurance sera prolongée jusqu'à cinq jours suivant la date à laquelle votre médecin ou le transporteur public détermine que votre état de santé est stable et que vous êtes en mesure de retourner dans votre province.
- Hospitalisation. Si une urgence entraîne votre hospitalisation, votre assurance demeurera en vigueur pendant votre hospitalisation et jusqu'à cinq jours après votre congé de l'hôpital.

Vous êtes tenu d'aviser *Global Excel* dans les circonstances susmentionnées avant la fin de la *période de couverture* de 93 jours. Le manquement à informer *Global Excel* durant cette période pourrait faire en sorte que l'assurance ne soit pas prolongée. En aucune circonstance l'assurance ne pourra être prolongée au-delà de 365 jours à compter de votre date de départ.

Section 6

Qu'est-ce qui est couvert et quelles sont les garanties

Couverture

La présente assurance prévoit une couverture d'assurance pour *vous* et *vos personnes à charge* assurées pour certains des frais engagés en raison d'une *urgence* (sauf aux termes de la garantie de Recommandation médicale) survenant lors d'un voyage à l'extérieur de *votre province*. La couverture pour les garanties pour soins médicaux d'urgence hors province est jusqu'à concurrence de 10 000 000 \$, par *personne assurée*, par *voyage*. L'assurance couvre les *frais raisonnables et courants* au titre des dépenses engagées pour les garanties précisées ci-dessous. L'assurance n'intervient que pour les frais qui sont en sus de ceux pris en charge par votre *régime d'assurance maladie gouvernemental*, votre régime *FMC* ou par tout autre régime d'assurance. Certains des frais admissibles précisés ci-dessous ne sont couverts que s'ils ont été approuvés au préalable par *Global Excel*. Advenant une *urgence*, vous devez communiquer avec *Global Excel* avant tout traitement. Si, en raison de la nature de *votre urgence*, il n'est ni possible ni raisonnable pour *vous* de communiquer avec Global Excel avant tout *traitement*, *vous* devez demander à quelqu'un d'autre de le faire en *votre nom*, ou *vous* devez téléphoner dès que votre état de santé le permet.

Garanties pour les soins médicaux d'urgence hors province :

Séjour dans un hôpital ou un établissement médical : Chambre d'hôpital ou dans un établissement médical jusqu'à concurrence du tarif fixé par *l'hôpital* ou *l'établissement médical* pour une chambre à un lit. Si *nécessaire du point de vue médical*, est également couvert le coût des *traitements* dans une unité de soins intensifs ou dans une unité de soins coronariens et les services *d'urgence* aux patients externes offerts par *l'hôpital* ou *l'établissement médical*.

Frais accessoires : Jusqu'à concurrence de 250 \$, pour vos frais accessoires raisonnables engagés (p. ex., les frais de téléphone, location d'un téléviseur, de taxis, de *services de covoiturage*, de stationnement, ou de location d'un véhicule (provenant d'une compagnie qui exerce ses activités dans le secteur de la location de véhicules et est titulaire d'un permis)), lorsque vous êtes hospitalisé *d'urgence* et les frais encourus sont directement liés à votre hospitalisation.

L'*assureur* ne rembourse que les frais assurés attestés par des reçus originaux.

Honoraires de médecin : Les services d'un *médecin* qui sont en sus de ceux pris en charge par votre *régime d'assurance maladie gouvernemental* ou régime *FMC*, là où la loi le permet.

Soins infirmiers privés : Si le *médecin* traitant et nous le jugeons nécessaire, les services d'une infirmière privée diplômée (autre que *vous-même* ou un *membre de la famille immédiate*) lorsque *nécessaires du point de vue médical* alors que vous êtes hospitalisé ou au lieu de l'hospitalisation, sous réserve de l'approbation préalable de *Global Excel*.

Services diagnostiques : Les radiographies et les tests de laboratoire recommandés par le *médecin* qui *vous* traite et qui font partie du *traitement d'urgence*. Remarque : Cette garantie ne couvre pas le recours à l'imagerie par résonance magnétique (IRM),

le cathétérisme cardiaque, la tomographie axiale informatisée (tomodensitométrie), les sonogrammes, les échographies et les biopsies, sauf si *Global Excel* y a consenti au préalable.

Appareils et accessoires d'assistance médicale : Les appareils médicaux légers approuvés au préalable par *Global Excel*, tels que béquilles, plâtres, attelles, cannes, écharpes, bandages herniaires, appareils orthopédiques, déambulateurs et (ou) la location temporaire d'un fauteuil roulant. Ces appareils doivent être prescrits par le *médecin* traitant, avoir été obtenus à l'extérieur de *votre province* en raison d'une *urgence*.

Services paramédicaux : Les services (incluant les radiographies) d'un chiropraticien, d'un physiothérapeute, d'un podologue, d'un podiatre ou d'un ostéopathe lorsqu'ils sont nécessités par une *urgence*, jusqu'à concurrence de 500 \$, par *personne assurée*, par profession énumérée ci-dessus, par *urgence*, sous réserve de l'approbation préalable de *Global Excel*. Remarque : Veillez à conserver vos reçus; ils sont requis lorsque vous présentez une demande de règlement.

Médicaments sur ordonnance : Les médicaments, sérums et solutions injectables ne pouvant être obtenus que sur ordonnance d'un *médecin*, fournis par un pharmacien diplômé et *nécessaires du point de vue médical pour un traitement d'urgence*, sauf si vous en avez besoin pour stabiliser une maladie chronique ou un problème de santé dont *vous* souffriez avant *votre voyage*. Cette garantie inclut une provision pour un maximum de 30 jours par ordonnance, sauf si *vous* êtes hospitalisé.

Ordonnances perdues : Le remplacement d'une ordonnance perdue sur l'approbation préalable de *Global Excel*, jusqu'à concurrence de 250 \$.

Services d'ambulance terrestre : Les frais raisonnables et *nécessaires sur le plan médical* pour le transport terrestre par service d'ambulance autorisé de l'endroit d'où est survenu la *maladie* ou *l'accident*, jusqu'à *l'établissement de santé* le plus proche.

Transport aérien d'urgence : Lorsque cela est approuvé et organisé à l'avance par *Global Excel* :

- une ambulance aérienne vers l'établissement médical approprié le plus proche ou vers un hôpital canadien pour un traitement d'urgence immédiat **ou**
- le transport sur une compagnie aérienne agréée avec un accompagnateur (si nécessaire) pour vous ramener dans votre province en vue d'un traitement d'urgence immédiat (si vous n'êtes pas en possession d'un billet d'avion aller-retour ouvert et valable)

Transport au chevet du patient : Sur approbation préalable de *Global Excel*, un seul billet aller-retour en classe économique par l'itinéraire le plus efficace (avion, autobus ou train) à partir du Canada, plus jusqu'à 250 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 5 000 \$, pour le coût des repas et de *l'hébergement* pour l'une des personnes suivantes : *famille immédiate membre* ou ami, pour :

- être avec *vous* si *vous* voyagez seul et avez été hospitalisé à la suite d'une *urgence*. Pour être payable, cette garantie exige que vous soyez éventuellement hospitalisé en tant que *patient interne* pendant au moins trois jours consécutifs à

l'extérieur de *votre province* et que le *médecin traitant* fournisse une attestation écrite selon laquelle la situation était suffisamment grave pour justifier la visite **ou**

- identifier la *personne assurée* décédée avant la remise du corps, si nécessaire

L'*assureur* ne rembourse que les frais assurés attestés par des reçus originaux. Le *membre de la famille immédiate* (autre que des *personnes à charge* du participant) ou l'ami n'est pas assuré au titre de la présente assurance et devrait envisager l'achat de sa propre assurance.

Retour du compagnon de voyage : Si en vertu des garanties de transport aérien d'urgence ou de rapatriement du défunt, *vous* êtes ramené dans *votre province*, sous réserve de l'approbation préalable de Global Excel, *l'assureur* rembourse le coût d'un aller simple par avion en classe économique pour le retour d'un *compagnon de voyage* au Canada (si ce dernier ne possède pas de billet de retour ouvert valide).

Retour accompagné de l'assuré(e) par une personne de son choix : Sous réserve de l'approbation préalable de Global Excel, un billet d'avion aller-retour en classe économique à partir du Canada, plus jusqu'à un maximum de 250 \$ par jour pour les frais de repas et hébergement, sujet à un maximum global de 2 000 \$, pour qu'une personne de votre choix puisse vous accompagner lors de votre retour dans votre province, advenant le décès du compagnon de voyage ou une autre personne assurée qui voyage avec vous et que le décès survient pendant le voyage.

La personne de votre choix et/ou le compagnon de voyage peuvent ne pas être assurés au titre de la présente assurance et devront envisager l'achat de leurs propres couvertures d'assurance voyage.

Rapatriement du défunt : Jusqu'à concurrence de 15 000 \$, pour les frais de préparation et de transport de la *personne assurée décédée*, jusqu'à sa *province*, lorsqu'une maladie et (ou) une *blessure* ont occasionné le décès.

Lorsqu'il y a incinération et (ou) inhumation sur le lieu du décès de la personne assurée, cette garantie se limite à un maximum de 5 000 \$.

Cette garantie ne couvre pas le coût du cercueil ni de l'urne.

Repas et hébergement : Jusqu'à 250 \$ par jour, jusqu'à concurrence d'un maximum global de 5 000 \$ par voyage, par *personne assurée*, pour vos repas et frais d'hébergement additionnels et raisonnables, lorsque votre voyage est prolongé au-delà du dernier jour du voyage prévu en raison d'une *maladie* contractée et/ou une *blessure* subie par la *personne assurée* ou le *compagnon de voyage*. Cette garantie doit être soumise à l'approbation préalable de *Global Excel*. L'incapacité pour *vous* ou votre *compagnon de voyage* de voyager doit être attestée par le *médecin* traitant. Vous devez également produire les reçus originaux des établissements commerciaux ayant fourni ces services.

Traitements dentaires en cas d'accident : Jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par *personne assurée*, pour des traitements dentaires d'urgence visant à réparer des dents naturelles et saines ou une prothèse dentaire permanente, à condition que le traitement soit nécessaire en raison d'une *blessure* à la suite d'un coup accidentel, d'origine externe, reçu à la bouche ou au visage. Vous devez consulter un *médecin* ou un

dentiste immédiatement après avoir subi *la blessure*. Le traitement doit débuter pendant la période de couverture et se terminer avant le retour dans *votre province*. À des fins de règlement, un *médecin* ou un dentiste doit fournir un *rapport d'accident*.

Soulagement de la douleur dentaire : Jusqu'à concurrence de 600 \$ par *personne assurée*, pour le coût des soins palliatifs *d'urgence* pour soulager la douleur dentaire. Cette prestation ne couvre pas les frais de soins dentaires courants ou de traitement de canal racinaire et d'autres procédures, à moins d'être approuvée par *Global Excel*, et doit être effectuée par un dentiste ou un chirurgien dentaire agréé.

Garde d'enfants : Sur approbation préalable de *Global Excel*, jusqu'à 5 000 \$, par voyage, pour l'une des prestations d'aide à la garde d'enfants suivantes :

- Un billet d'avion en classe économique pour le retour des enfants ou petits-enfants *à charge* âgés de moins de 16 ans dans le cas où *vous* ou *votre conjoint* êtes hospitalisés à la suite d'une *urgence*. Le cas échéant, les dispositions prévoient une escorte pour les enfants ou petits-enfants *à charge*; ou
- Le coût des services d'un soignant (autre qu'un parent) pour les enfants ou petits-enfants *à charge* âgés de moins de 16 ans au même endroit où *vous* ou *votre conjoint* êtes hospitalisés à la suite d'une *urgence*; ou
- Le coût des services d'un soignant (autre qu'un parent) pour les enfants ou petits-enfants *à charge* âgés de moins de 16 ans dans leur *province* de résidence lorsqu'ils sont laissés sans surveillance en raison d'une *urgence* impliquant *vous* ou *votre conjoint* pendant un voyage.

Retour d'un animal de compagnie : Jusqu'à concurrence de 500 \$, pour le retour au Canada de *votre* chat ou chien de compagnie si vous devez être hospitalisé ou rapatrié lors d'une *urgence*.

Retour du véhicule : Jusqu'à concurrence de 10 000 \$, lorsque, en raison d'une maladie et/ou d'une blessure, ni *vous* ni une personne voyageant avec *vous* n'êtes capables de conduire *votre* véhicule privé ou de location pendant *votre voyage*. Des dispositions sont prises pour que le véhicule soit ramené à *votre* domicile dans *votre* province, ou jusqu'à l'agence de location la plus proche, et les frais à cet égard sont payés. Cette garantie couvre les dépenses d'une seule personne pour ramener le *véhicule*. Les dispositions à cet égard doivent être prises et/ou approuvées à l'avance par *Global Excel*. Cette garantie ne couvre pas la perte de salaire subie par le conducteur de *votre véhicule*. L'*assureur* ne rembourse que les frais assurés attestés par des reçus originaux.

Autre moyen de transport : Sous réserve de l'approbation préalable de *Global Excel*, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par voyage, si, pendant le voyage, *votre véhicule* privé est volé ou est rendu inopérable en raison d'un accident, le coût d'un aller simple par avion en classe économique pour *vous* permettre de revenir dans *votre province* sera remboursé. *Vous* devez présenter un rapport de police pertinent à la perte ou l'accident, à l'appui de votre demande de règlement.

Évacuation d'urgence : Jusqu'à concurrence de 5 000 \$, pour *votre* évacuation d'urgence par les services professionnels à partir d'une montagne, de la mer ou d'un autre endroit éloigné vers le point d'accès le plus proche.

Retour de vos bagages : Sous réserve de l'approbation préalable de *Global Excel*, jusqu'à concurrence de 500 \$, pour le retour de vos bagages dans *votre province* ou territoire de résidence, dans le cas où vous êtes retourné dans *votre province* ou territoire de résidence dans le cadre de la garantie pour le transport aérien d'urgence ou le rapatriement du défunt.

Garantie de recommandation médicale :

La garantie de recommandation médicale prévoit une couverture des frais médicaux et les frais de transport selon les *frais raisonnables et courants*, en excédent des frais remboursables par le *régime public d'assurance maladie* ou le *régime FMC* de la personne assurée, engagés dans le cadre d'une recommandation médicale pour *traitement* préapprouvé, pour la *personne assurée* et son accompagnateur approuvé, jusqu'à concurrence du maximum viager de 75 000 \$, sous réserve des conditions suivantes :

- Le *traitement* ne doit pas être offert à moins de 500 kilomètres du lieu de *votre* résidence
- Toutes les recommandations médicales doivent être obtenues au Canada, si possible, sans égard aux listes d'attente.
- *Votre médecin traitant* canadien, ainsi qu'un médecin spécialiste canadien d'une discipline pertinente, doivent recommander le *traitement*
- *Votre régime public d'assurance maladie* doit accepter de rembourser les frais médicaux remboursables, en tout ou en partie (une autorisation écrite préalable de *votre régime public d'assurance maladie* énumérant leur responsabilité est requise)
- Si *votre régime public d'assurance maladie* ou régime *FMC* couvre et rembourse l'intégralité des frais de la recommandation médicale, aucune prestation ne sera versée en vertu du présent certificat d'assurance
- Le *traitement* ne doit pas être de nature expérimentale ou à des fins d'investigation.
- Les services médicaux et les services de transport doivent être fournis dans un délai de 30 jours suivant la réception de l'approbation par *votre régime public d'assurance maladie*, à moins que la première date à laquelle le *traitement* peut être offert soit postérieure à l'expiration de ce délai de 30 jours
- Toutes les recommandations médicales, ainsi que toutes les pièces justificatives, doivent être présentées par écrit et pré approuvées par *Global Excel*.

Section 7

Conditions pouvant limiter votre couverture

Cette section décrit les conditions qui peuvent limiter vos droits aux garanties prévues au titre du présent certificat.

Manquement à informer *Global Excel* : Advenant une *urgence*, vous devez communiquer avec *Global Excel* avant tout *traitement*. Si, en raison de la nature de *votre urgence*, il n'est ni possible ni raisonnable pour vous de communiquer avec *Global Excel* avant tout *traitement*, vous devez demander à quelqu'un d'autre de le faire en

vous nom, ou *vous* devez téléphoner dès que votre état de santé le permet. Si *vous* omettez d'aviser *Global Excel*, l'assureur se réserve le droit de limiter vos garanties comme suit :

- L'assureur ne remboursera pas les frais consacrés aux prestations des garanties qui n'ont pas été approuvées au préalable par *Global Excel*, si l'approbation préalable est requise.
- Dans le cas d'une hospitalisation, l'assureur versera 80 % des frais admissibles, selon les *frais raisonnables et courants*, jusqu'à concurrence de 25 000 \$
- Dans le cas d'une consultation médicale externe, l'assureur couvrira jusqu'à concurrence d'une visite *par maladie ou par blessure*.

Vous serez responsable de payer tous les frais restants.

Transfert ou rapatriement médical : Lors d'une *urgence* (que ce soit avant, pendant ou après un séjour admissible dans un hôpital ou après *vous* congé de l'hôpital ou établissement médical), l'assureur se réserve le droit de :

- *vous* transférer vers un fournisseur de soins de santé préférentiel de *Global Excel*, et/ou
- *vous* rapatrier dans votre province

pour le *traitement médical de votre maladie* et/ou de votre *blessure* lorsque ceci ne pose aucun risque pour *vous* vie ou *vous* santé. *Global Excel* tiendra compte de tous les aspects de *vous* affection médicale en prenant les décisions et les dispositions nécessaires pour *vous* transfert ou rapatriement et, s'il s'agit d'un transfert, en faisant le choix de l'hôpital ou de l'établissement médical. Si *vous* choisissez de refuser le transfert ou le rapatriement lorsque *Global Excel* atteste que *vous* êtes stable du point de vue médical et pouvez être déplacé, l'assureur sera ainsi déchargé de sa responsabilité pour les frais encourus en lien avec votre *maladie* et/ou *blessure* après la date de transfert ou de rapatriement proposé.

Limites des garanties - fin de l'urgence : Si, selon l'avis de *Global Excel* ou de *vous* médecin, ou en raison de votre congé de l'hôpital ou l'établissement médical, *vous* êtes considéré comme stable du point de vue médical et pouvez retourner dans *vous* province (avec ou sans auxiliaire médical), *vous* urgence est réputée avoir pris fin. Toute consultation, tout *traitement* subséquent et toute récurrence ou complication liée à l'urgence ne seront pas couverts pendant *vous* voyage.

Indemnités limitées aux frais engagés : Le total des indemnités qui *vous* sont versées de toutes les sources ne peut excéder les frais que *vous* avez effectivement engagés.

Sanctions : L'assureur ne doit pas fournir de couverture ni être tenu de fournir une indemnité, un paiement ou tout autre avantage en vertu du présent certificat d'assurance qui contreviendrait aux sanctions économiques, financières ou commerciales imposées en vertu des lois du Canada, de l'Union européenne et du Royaume-Uni, ou toute autre juridiction applicable.

Section 8

Qu'est-ce qui n'est pas couvert?

Exclusion relative aux affections médicales préexistantes

La présente assurance ne prend pas en charge les frais imputables ou se rapportant de quelque façon à ce qui suit :

- Toute *affection médicale* (autre qu'une affection mineure) présente avant votre *date de départ* qui n'était pas stable* à tout moment durant les 90 jours avant la *date de départ* (sauf aux termes de la garantie de Recommandation médicale).
***Stable** désigne tout état de santé (autre qu'une *affection mineure*) pour lequel les énoncés suivants sont vrais :
 - Il n'y a pas eu de nouveau diagnostic, *traitement* ou médicaments prescrits;
 - Il n'y a pas eu de changements aux *traitements* ou aux médicaments, y compris la quantité de médicaments à prendre, leur fréquence, le type de médicament ni de changements à la fréquence ou au type de *traitement*. Un changement de médication ne comprend pas les changements tels que : la diminution ou l'arrêt de la posologie d'un médicament en raison de l'amélioration de *votre* affection médicale, les ajustements courants de Coumadin, Warfarine, d'insuline ou de médicament pour contrôler le diabète par voie orale ainsi que le remplacement d'un médicament de marque par un médicament générique pourvu que la posologie n'ait pas été modifiée;
 - Aucun nouveau symptôme n'est apparu ni aucune hausse dans la fréquence ou la sévérité des symptômes;
 - Les résultats de tests ne témoignent d'aucune détérioration de l'état de santé;
 - Il n'y a eu aucune hospitalisation ou aucun renvoi à un spécialiste (effectué ou recommandé) et la *vous* n'attendez pas de résultats ni d'examen plus poussés relativement à telle affection médicale.

Exclusions générales

La présente assurance ne prend pas en charge les frais imputables ou se rapportant de quelque façon à ce qui suit (sauf, s'il y a lieu, aux termes de la garantie de Recommandation médicale) :

- Les *traitements* ou services normalement couverts ou remboursables en vertu d'un *régime public d'assurance maladie* ou d'une autre assurance que *vous* pourriez détenir.
- Tout *voyage* pour lequel *vous* avez fait des réservations ou que *vous* entreprenez malgré l'avis du médecin ou après avoir reçu un diagnostic de *maladie en phase terminale*.
- Un *traitement*, des services ou des fournitures, qui ne sont pas un *traitement* médical *d'urgence* nécessaire au soulagement immédiat de douleurs ou de souffrances aiguës, y compris toute chirurgie ou tout *traitement* non urgent et/ou esthétique ou que *vous* décidez de vous procurer à l'extérieur de *votre province* mais que, selon des preuves médicales, *vous* pourriez vous procurer de tels

traitements, services ou fournitures dans *votre province* à votre retour. Le fait de devoir attendre pour recevoir tels *traitement*, services ou fournitures dans *votre province* n'influe aucunement sur cette exclusion. Pour les garanties de l'assurance voyage médicale en cas d'urgence, cette exclusion ne s'applique pas à une *urgence* médicale découlant de la vaccination contre la COVID-19 que vous recevez durant *votre* voyage.

- Un *traitement*, des services ou des fournitures, qui sont de nature expérimentale ou à des fins d'investigation.
- *Votre* affection médicale lorsque *votre* voyage a été entrepris en vue d'obtenir un *traitement* pour cette affection médicale, ou toute autre affection médicale qui surgit suite au *traitement*. Pour les garanties de l'assurance voyage médicale en cas d'urgence, cette exclusion ne s'applique pas à une *urgence* médicale découlant de la vaccination contre la COVID-19 que vous recevez durant *votre* voyage.
- Le cathétérisme cardiaque, l'angioplastie et/ou la chirurgie cardio-vasculaire, de même que les épreuves diagnostiques et les frais afférents, à moins que *Global Excel* y ait consenti à l'avance, à l'exception de circonstances exceptionnelles, en cas d'*urgence*, immédiatement après l'admission à l'*hôpital* ou l'*établissement médical*.
- L'imagerie par résonance magnétique (IRM), la tomographie axiale informatisée (tomodensitométrie), les échogrammes, les échographies et les biopsies, sauf si *Global Excel* y a consenti au préalable.
- Toute période d'hospitalisation ou les services obtenus relativement à des examens médicaux périodiques, le *traitement* d'un *problème de santé persistant*, les soins courants dans le cas d'une maladie chronique, les soins à domicile, les tests approfondis, la réadaptation ou les soins ou *traitements* courants liés à la consommation de stupéfiants ou d'alcool ou à l'abus de toute autre substance ou le refus de se conformer à toute thérapie ou à tout *traitement* médical prescrit, de même que le *traitement* d'une maladie *aiguë* et/ou d'une *blessure* après que la *situation d'urgence* initiale a pris fin (tel qu'indiqué par *Global Excel*).
- Crise d'angoisse ou de panique, ou un état de détresse affective ou psychologique, sauf si la gravité de l'état nécessitait une consultation médicale ayant entraîné un diagnostic.
- Tout *traitement* non administré ni supervisé par un *médecin* ou un dentiste détenant un permis d'exercice.
- Des soins prénatals de routine.
- Si *vous* êtes enceinte, *votre* grossesse ou la naissance et l'accouchement de *votre* enfant, ou toute complication liée à l'un ou l'autre, survenant dans les neuf semaines précédant ou suivant la date de *votre* accouchement prévue, telle qu'elles furent déterminées par *votre* médecin traitant dans *votre province*. Remarquez qu'un enfant né durant un voyage ne sera pas considéré comme une *personne assurée* et donc non couvert au titre du présent certificat pendant toute la durée du voyage marquant sa naissance, si l'enfant est né dans les neuf semaines précédant ou suivant la date d'accouchement prévue.

- *Votre* participation à, et/ou votre exposition volontaire à tout risque impliquant : une guerre ou un acte de guerre, que la guerre soit déclarée ou non; une invasion ou des actes d'ennemis étrangers; des hostilités déclarées ou non; une guerre civile; une émeute; une rébellion; une révolution ou insurrection; un acte de pouvoir militaire ; ou tout service militaire.
- La perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel.
- Une *blessure* infligée à soi-même, une tentative de suicide ou un suicide.
- La participation :
 - à des activités sportives en qualité de professionnel, y compris l'entraînement et les pratiques. (un professionnel signifie que la personne exerce l'activité en tant qu'emploi principal moyennant rémunération);
 - à des courses ou épreuves de vitesse d'engins motorisés;
 - à la pratique de la plongée sous-marine (sauf si *vous* détenez un certificat de plongeur émis par une école reconnue ou un organisme autorisé), du deltaplane, de l'escalade de rocher, le parapente, la chute libre ou du parachutisme, à la pratique du saut à l'élastique, de l'alpinisme à l'aide de cordes et/ou d'équipement spécialisé, du rodéo, de l'héli-ski, de toute activité de ski alpin ou de planche à neige hors des pistes balisées ou de toute course de cyclisme ou course de ski.
- Tout dommage causé à des prothèses auditives, lunettes, verres fumés, lentilles cornéennes, prothèses, prothèses dentaires ou membres artificiels ou la perte de ceux-ci et toute ordonnance qui en résulte.
- Le remplacement d'une ordonnance existante, que ce soit en raison d'une perte, sauf indication contraire dans le contrat, d'un renouvellement ou d'une provision insuffisante, ou l'achat de drogues et de médicaments (vitamines comprises) que l'on peut normalement se procurer sans ordonnance ou qui ne sont pas enregistrés ou approuvés légalement au Canada ou qui ne sont pas nécessaires en raison d'une *urgence*.
- Des frais de surclassement ou d'annulation de billets d'avion, sauf si *Global Excel* y a consenti au préalable.
- Le coût de tout billet d'avion assuré en vertu du certificat si *votre* billet peut être échangé ou utilisé à des fins similaires.
- Les *traitements* ou services obtenus dans *votre* province.
- Un *accident* survenu alors que *vous* étiez au volant d'un *véhicule* motorisé, d'un bateau ou d'un aéronef, si *vous* :
 - étiez sous l'influence de drogues ou de substances toxiques, ou
 - aviez un taux d'alcoolémie supérieur à 80 milligrammes par 100 millilitres de sang, ou
 - aviez un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise dans la région où l'*accident* est survenu.
- Toute *maladie*, *blessure* ou affection médicale dont *vous* souffrez ou que vous

contractez, ou toute perte que *vous* subissez dans un pays, une région ou un emplacement particulier pendant qu'un avertissement aux voyageurs d' « éviter tout voyage non-essentiel » ou d' « éviter tout voyage » est en vigueur dans ce pays, région, ou emplacement et lorsque l'avertissement aux voyageurs est émis par le gouvernement du Canada avant *la date de votre départ*, même si le voyage est entrepris pour des raisons essentielles. Cette exclusion s'applique uniquement aux affections médicales ou aux sinistres qui sont liés, directement ou indirectement, à la raison pour laquelle l'avertissement aux voyageurs a été émis. Si l'un avertissement aux voyageurs est émis après la *date de votre départ*, l'étendue de vos garanties au titre de la présente assurance alors que vous êtes dans ce pays, cette région ou cet emplacement particulier, sera limitée à une période de 10 jours à compter de la date de la diffusion de l'avertissement aux voyageurs, ou à la période nécessaire requise afin que *vous* puissiez évacuer le pays, la région ou l'emplacement en question en toute sécurité, après quoi, vos garanties seront limitées aux affections médicales ou aux sinistres qui ne sont pas liés à la raison pour laquelle l'avertissement aux voyageurs a été émis, tant que l'avertissement aux voyageurs est en vigueur. Cette exclusion ne s'applique pas aux affections médicales ou pertes qui sont liées au nouveau coronavirus 2019 (COVID-19), même lorsqu'un avertissement aux voyageurs lié à la COVID-19 est en vigueur.

- Rachats de points dans le cadre d'un programme quelconque (ex. : milles de récompense AIR MILES^{MD}, Aéroplan^{MD}, multipropriété/partage de temps), utilisés pour l'achat d'un article ou service admissible, et les frais exigés pour le rétablissement desdits points.

Section 9

Services d'assistance internationale

Un seul appel suffit pour obtenir l'assistance dont *vous* avez besoin pendant votre voyage. *Global Excel* est disponible jour et nuit, tous les jours de la semaine, et dans la mesure du possible, vous fournira les services suivants :

Assistance avant le voyage. *Global Excel* vous fournira des renseignements relatifs à votre destination avant de partir en voyage, tels que :

- Les avis aux voyageurs pour la région que vous visiterez
- Les inoculations requises
- Les devises locales
- Les exigences pour les visas
- Les numéros de téléphone d'urgence qu'il vous faudra composer afin de joindre *Global Excel* à partir du ou des pays que vous visiterez
- Comment faire un appel à partir du pays que vous visiterez, y compris les codes internationaux requis.

Centre d'appels d'urgence. Peu importe *votre* destination, un personnel d'assistance professionnel est toujours prêt à prendre *votre* appel. *Vous* pouvez appeler *Global*

Excel. Vous pouvez consulter les coordonnées à la dernière page de ce livret.

Assistance et consultation médicales. Lorsqu'une *urgence* survient et que *vous* la signalez à *Global Excel*, vous serez dirigé vers un ou plusieurs des fournisseurs de services médicaux recommandés le plus près de *vous*. En outre, *Global Excel* :

- Confirmera vos garanties et paiera directement au fournisseur de services médicaux recommandé, les frais admissibles au titre de la présente assurance,
- Surveillera vos soins en consultant *votre médecin traitant*.
- Surveillera la pertinence, la nécessité et le caractère raisonnable des soins pour faire en sorte que vos dépenses constituent des frais admissibles au titre de la présente assurance.

Médecin-Sur-Appel^{MC} Médecin-Sur-Appel^{MC} est un service pour les voyageurs qui se rendent aux États-Unis. Ce service vise à faciliter *votre* consultation médicale téléphonique avec un *médecin* aux États-Unis, si cela convient à la situation, y compris la possibilité d'une visite personnelle en cas d'*urgence*.

Assistance avec les paiements et la facturation directe. La coordination du paiement des services médicaux que *vous* recevrez sera prise en charge par *Global Excel* et communiquée à *votre* fournisseur de soins médicaux. Ils discuteront ensemble des modalités de facturation. Dans certains pays, les conditions locales ou les communiqués aux voyageurs du gouvernement canadien ne permettent pas d'offrir les services d'assistance. *Vous* pourriez donc être obligé d'acquitter vous-même les frais exigés. *Le cas échéant*, veillez à *vous* procurer l'original des reçus indiquant tous les détails des frais engagés afin de soumettre une demande de règlement et communiquez avec *Global Excel* dès votre retour à domicile.

Information sur les garanties. *Global Excel* peut faciliter la compréhension de la couverture d'assurance au titre de *votre contrat*, pour *vous* et les fournisseurs responsables de vos soins médicaux.

Informations sur les demandes de règlement. *Global Excel* répondra à toutes vos questions portant sur *votre* demande de règlement, les procédures de vérification que *Global Excel* observe et la façon dont les garanties de *votre contrat* interviennent.

Service d'interprétation. *Global Excel* peut *vous* mettre en contact avec un interprète de langue étrangère lorsque la prestation de services d'*urgence* à l'étranger l'exige.

Services de messagerie d'urgence. Advenant une *urgence*, *Global Excel* se chargera de transmettre les messages importants entre *vous*, *votre* famille, vos associés en affaires ou *votre médecin*.

Aide juridique. Si *vous* êtes arrêté ou détenu, *Global Excel* *vous* aidera à joindre un avocat local ou l'ambassade canadienne la plus proche. *Global Excel* veillera également à ce que *votre* famille, amis ou associés en affaires demeurent informés, jusqu'à ce que *vous* trouviez un conseiller juridique, et *Global Excel* se chargera de la coordination de tout cautionnement dont *vous* pourriez avoir besoin.

Section 10

Comment soumettre une demande de règlement?

A - Comment soumettre une demande de règlement?

Soumettre une demande de règlement : Si vous êtes au Canada ou aux États-Unis, appelez Global Excel. Vous pouvez consulter les coordonnées à la dernière page de ce livret.

Qu'en est-il du portail de réclamation en ligne?

- Lors de *votre* appel, *vous* recevrez toute l'information nécessaire à la soumission d'une demande de règlement. À la suite de l'ouverture de votre demande de règlement, vous recevrez les instructions sur la façon d'accéder le portail en ligne pour les réclamants, afin de soumettre des documents additionnels et d'examiner le statut de votre réclamation.
- *Vous* devrez fournir des preuves à l'appui de votre demande de règlement en fournissant tous les documents requis, à défaut de quoi, *votre* demande de règlement pourrait être refusée. *L'assureur* ne prend pas en charge les frais exigés pour l'obtention desdits documents. Toute documentation incomplète vous sera retournée pour que vous puissiez y remédier.
- Pour toute demande de règlement, *nous* pourrions également exiger qu'un formulaire de demande de règlement et d'autorisation remis par *nous* soit dûment rempli et que les pièces justificatives suivantes soient fournies :
- Remplir l'original des billets de transport et les bons d'échange inutilisés pour une demande de règlement au titre de la garantie Transport aérien *d'urgence* ou Retour du *compagnon de voyage*.
- Toutes les factures originales détaillées présentées par le ou les fournisseurs de services médicaux, indiquant le nom du patient, le diagnostic, les dates et le genre de *traitement* reçu, ainsi que le nom de *l'hôpital* ou *l'établissement de santé* et/ou du *médecin*.
- Tous les reçus originaux pour les médicaments d'ordonnance (et non des reçus de caisse) émis par le pharmacien, le *médecin* ou *l'hôpital* ou *l'établissement de santé*, indiquant le nom du *médecin* ayant prescrit le médicament, le numéro de l'ordonnance, le nom du médicament, la date, la quantité et le coût total.
- Une preuve de votre *date de départ* et *date de retour*. Bien que nous favorisions les billets d'embarquement, *nous* accepterons des billets d'avion à titre ou autre preuve de votre *date de départ* de *votre province*, à condition que *votre* nom y figure, ainsi que le lieu et la date de *votre* achat.
- Tout autre document pertinent à *votre* demande de règlement, tel que requis par *Global Excel*.
- Le fait de ne pas remplir en entier le formulaire de demande de règlement et d'autorisation peut retarder le traitement de *votre* demande de règlement.

Veillez faire parvenir tous les documents pertinents à :



Gestion Global Excel Inc.
73 rue Queen, Sherbrooke, Québec J1M 0C9

B - Autres informations relatives à la demande de règlement

Avis et preuve de réclamation

Lorsque *Global Excel* n'est pas contactée immédiatement, la *personne assurée* ou un bénéficiaire habilité à présenter une demande de règlement, ou le mandataire de l'un ou de l'autre, doit :

- donner un avis écrit de la demande de règlement en le remettant personnellement ou en l'envoyant par courrier recommandé à *Global Excel* dans les 30 jours suivant la date de l'événement qui motive la demande de règlement au titre du *Contrat* et
- dans les 90 jours suivant la date de l'événement qui motive la demande de règlement au titre du *contrat*, fournir à *Global Excel* toute preuve raisonnable, étant donné les circonstances de *l'urgence* qui fonde la demande de règlement, ainsi qu'une preuve de la perte occasionnée, une preuve du droit du demandeur à une telle indemnité, une preuve de son âge et, si nécessaire, de l'âge du bénéficiaire.

Défaut de notification ou de preuve

Le fait de ne pas donner un avis de demande de règlement ou de ne pas en fournir la preuve dans le délai prescrit ci-dessus n'invalide pas pour autant la demande de règlement au titre du *Contrat* si la demande est donnée ou la preuve fournie dès que raisonnablement possible, et au plus tard un an suivant la date de la *blessure* ou la date à laquelle une demande de règlement est présentée au titre du *Contrat* en raison d'une *maladie*, s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner un avis de demande de règlement ou de fournir la preuve dans le délai prescrit.

L'assureur doit fournir des formulaires de preuve de demande de règlement

Global Excel s'engage, au nom de l'*assureur*, à fournir les formulaires de demande de règlement dans les 15 jours suivant la réception de la demande de règlement. Si toutefois le demandeur n'a pas reçu les formulaires dans le délai prescrit, il pourra présenter ses preuves sous forme de déclaration écrite, en décrivant la cause ou la nature de *l'urgence* qui fonde la demande de règlement.

Section 11

Que devriez-vous savoir d'autre?

Devise canadienne. Le paiement de toute demande de règlement *vous* sera versé en argent canadien. Si *vous* avez payé les frais admissibles, *vous* serez remboursé en devise canadienne au taux de change qui est en vigueur à la date où le paiement de votre demande de règlement *vous* est versé. Aucune des sommes payables ne cumule d'intérêt.

Paiement des indemnités. Toutes les indemnités *vous* seront versées ou seront versées en *votre* nom. Advenant le décès de la *personne assurée*, les indemnités seront versées à la succession de ladite *personne assurée*, sauf lorsqu'un bénéficiaire

particulier est désigné par écrit auprès de *Global Excel* ou de *l'assureur*.

Autre assurance. La présente assurance ne s'applique qu'à titre d'assurance en deuxième ligne. Elle n'intervient que pour les frais admissibles engagés hors de *votre province* qui sont en sus des montants payables dans le cadre de tout autre contrat ou régime collectif ou individuel d'indemnisation ou le régime *FMC*, dont *vous* pouvez bénéficier, y compris les polices d'assurance automobile provinciales, territoriales ou privées qui prévoient des prestations pour frais hospitaliers, soins médicaux ou thérapeutiques, ou toute autre assurance qui est en vigueur simultanément avec la présente assurance. La coordination des indemnités avec les régimes d'avantages sociaux offerts aux employés est effectuée conformément aux lignes directrices de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. Peu importe la situation, *l'assureur* ne fera aucune coordination d'indemnités avec le ou les régimes d'un employeur, lorsque le maximum viager y étant prévu pour les voyages à l'intérieur et l'extérieur du pays est de 200 000 \$ ou moins.

Droit d'examen. Comme condition préalable au recouvrement de l'argent de l'assurance en vertu du *Contrat*,

- Le demandeur en vertu du *Contrat* doit convenir à ce que la personne assurée se soumette à un examen aussi souvent que *nous* le jugions raisonnablement nécessaire, pendant qu'une demande de règlement est à l'étude
- Dans le cas du décès de la *personne assurée*, nous pourrions demander qu'une autopsie soit pratiquée, sous réserve de toute loi relative aux autopsies qui régit la juridiction applicable.

Disponibilité et qualité des soins. *Nous* n'acceptons aucune responsabilité quant à la disponibilité, à la qualité et aux résultats de tout *traitement* médical ou du transport, ou *votre* défaut d'obtenir un traitement médical.

Fausse déclaration et non-divulgation. Toute fausse déclaration, déclaration inexacte ou incomplète de *votre* part à *notre* endroit peut entraîner l'annulation du présent certificat d'assurance et de *vos* garanties; le cas échéant, aucune indemnité ne sera versée.

Loi applicable. Le *Contrat* entre *l'assureur* et le *participant* ou une *personne assurée* est régi et interprété conformément aux lois de la *province* du *participant*. Toute procédure judiciaire intentée par la *personne assurée*, sa succession ou ses bénéficiaires devra être soumise aux tribunaux de la *province* du *participant*.

Faits essentiels. Aucune affirmation ou déclaration faite par les employés du *titulaire du contrat*, agent, courtier, *nos* employés ou *nos* agents ne peuvent modifier les dispositions de la présente assurance.

Subrogation. Si *vous* engagez des frais par la faute d'un tiers, *vous* acceptez de *nous* céder le droit de poursuivre ledit tiers responsable en *votre* nom. Le cas échéant, *vous* devez coopérer pleinement avec *nous*. Nous prendrons en charge toutes les dépenses afférentes.

Attestation d'âge. *L'assureur* se réserve le droit d'exiger une attestation d'âge de toute *personne assurée*.

Cession. Les prestations au titre des garanties offertes par le *contrat d'assurance* ne peuvent pas être cédées à un tiers. Cependant,

et à titre exceptionnel, cet interdit ne peut empêcher *Global Excel* d'effectuer, dans l'intérêt de la *personne assurée*, le paiement direct à *l'hôpital* ou *l'établissement médical* comme à la SECTION 9 – SERVICE D'ASSISTANCE INTERNATIONALE.

Délai de paiement des sommes. Toutes les sommes payables en vertu du *contrat* sont versées par *l'assureur* dans les 60 jours de la réception par celui-ci d'une preuve de sinistre.

Droit d'examiner le *contrat*. Le *contrat*, de même que tout avenant qui y est annexé, est conservé dans les bureaux du *titulaire du contrat*. Vous pouvez consulter ce *contrat* durant les heures normales de bureau du *titulaire du contrat*.

Délais de prescription. Toute action ou toute poursuite en justice intentée contre un assureur pour recouvrer des sommes payables au titre du contrat est absolument proscrite à moins qu'elle ne soit engagée dans le délai stipulé par la Loi sur les assurances (pour les actions ou poursuites régies par les lois de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et du Manitoba), par la Loi sur la prescription des actions, 2002 (pour les actions ou poursuites régies par les lois de l'Ontario), par l'Article 2925 du Code civil du Québec (pour les actions ou poursuites régies par les lois du Québec) ou par toute autre législation applicable.

Section 12

Définitions

Les termes figurant en italique dans le texte du présent certificat ont le sens qui leur est donné ci-dessous :

Accident désigne un événement fortuit, soudain, imprévisible et involontaire attribuable exclusivement à une cause externe et ayant pour résultat des *blessures* corporelles.

Hébergement désigne un établissement qui fournit un hébergement commercial ou qui exploite un marché de location de vacances et un service d'accueil pour le grand public.

Administrateur signifie Johnson Inc.

Carte des avantages désigne la carte fournie au *participant* et dont les informations suivantes y figurent : nom du *titulaire du contrat*, numéro du *contrat*, et numéros *d'urgence*.

Transporteur public désigne toute entreprise de transport aérien, maritime ou terrestre, exploitée en vertu d'un permis pour le transport de passagers à titre onéreux, à condition que ses horaires et tarifs soient publiés et actualisés. Les véhicules de location ne sont pas considérés comme des transporteurs publics.

Période de couverture désigne 93 jours par *voyage*, au cours desquels vous êtes couvert par le *contrat* lorsque vous partez en *voyage*, ces jours étant calculés à compter de votre date de *départ* de votre voyage, par contre,

- si vous êtes un enfant à *charge* qui est inscrit comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement accrédité à l'extérieur de *votre province*, votre

période de couverture est de 365 jours; ou

- si vous avez un *voyage* dont la *date de départ* est antérieure à la date d'entrée en vigueur de *votre régime FMC* et que votre date de retour prévue est à la date d'entrée en vigueur de *votre régime FMC* ou une date ultérieure, *votre* période de couverture est réduite par le nombre de jours pendant lesquels *vous* étiez à l'extérieur de *votre province* à la date d'entrée en vigueur de *votre régime FMC* et *votre* couverture sera assujettie aux modalités du présent Certificat d'assurance.

Date de départ désigne la date à laquelle vous quittez *votre province* de *votre point de départ*.

Point de départ désigne le lieu d'où *vous* quittez *votre province* le premier jour de votre voyage et que *vous* regagnez le dernier jour de *votre voyage*.

Personne à charge désigne :

- le conjoint
- l'enfant célibataire du *participant* ou du *conjoint* (y compris un enfant naturel ou adopté, un enfant par alliance, un enfant en famille d'accueil et un enfant dont le participant ou le conjoint est un tuteur légal). L'enfant doit dépendre du *participant* ou du *conjoint* pour sa subsistance et ne doit pas occuper un emploi à temps plein. L'enfant à charge doit être âgé de moins de 21 ans ou moins de 30 ans s'il est un étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu, à la *date de départ*. Par contre, est maintenue au-delà de quelque limite d'âge, la couverture d'un enfant handicapé physiquement ou mentalement, entièrement à la charge du *participant* ou du *conjoint* pour sa subsistance, qui était couvert par le contrat en tant que personne à charge avant d'atteindre la limite d'âge que l'assurance aurait normalement pris fin.

Urgence désigne une *maladie* et/ou *blessure* inattendue et imprévisible (qui survient au cours de la *période de couverture*) dont un *traitement nécessaire du point de vue médical* et immédiat est essentiel afin de prévenir ou de réduire un danger réel touchant la vie ou la santé, et un tel *traitement* ne peut être raisonnablement retardé jusqu'à *votre retour dans votre province*.

Frais médicaux complémentaires ou **FMC** désigne la couverture d'assurance offerte par *votre titulaire du contrat* qui vise à compléter *votre régime public d'assurance maladie*.

Global Excel désigne Gestion Global Excel inc., la compagnie désignée par *l'assureur* pour fournir l'assistance médicale et les services de règlement.

Régime d'assurance maladie gouvernemental désigne l'assurance maladie que les gouvernements provinciaux et territoriaux canadiens offrent à leurs résidents.

Hôpital ou **Établissement médical** désigne un établissement autorisé qui fournit aux personnes des soins et des *traitements* médicaux rendus nécessaires par une *urgence*. L'établissement doit avoir en poste des infirmières et des *médecins* diplômés, jour et nuit. Les hôpitaux ou les établissements médicaux n'incluent pas les spas ou les maisons de soins infirmiers.

Membre de la famille immédiate désigne *votre* conjoint, fils, fille, père, mère, frère, sœur, beau-fils, belle-fille, belle-mère, beau-père, gendre, bru, beau-frère, belle-sœur, petit-fils, petite-fille, grand-père ou grand-mère, tante, oncle, nièce ou neveu,

Blessure désigne toute atteinte corporelle inattendue et imprévue de la *personne assurée* résultant d'un *accident* qui se produit au cours de la *période de couverture* et nécessitant un *traitement d'urgence* couvert par le contrat.

Patient hospitalisé désigne un patient qui occupe un lit *d'hôpital* ou *établissement médical* pendant plus de 24 heures afin de recevoir des *soins médicaux* et dont l'admission, jugée *nécessaire du point de vue médical*, a été recommandée par un *médecin*.

Assureur désigne la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurance.

Nécessaire du point de vue médical désigne des services, fournitures ou autres :

- qui sont opportuns et compatibles avec le diagnostic, conformément aux normes reconnues de la pratique médicale dans la société; et
- qui ne sont pas de nature expérimentale ou à des fins d'investigation; et
- qui, s'ils ne sont pas administrés, peuvent avoir des conséquences néfastes sur l'état de santé de la personne assurée ou la qualité des soins médicaux; et
- qui ne peuvent attendre le retour de la *personne assurée* dans sa *province*.

Affection mineure désigne toute *maladie* ou *blessure* qui ne requiert pas : la consommation de médicaments pendant une période de plus de 15 jours; plus d'une visite de suivi chez le *médecin*, une hospitalisation, une intervention chirurgicale ou d'être dirigé vers un spécialiste; et qui prend fin au moins 30 jours consécutifs avant la *date de départ* de chaque *voyage*. Toutefois, un état chronique ou toute complication liée à un état chronique n'est pas considéré comme une affection mineure.

Problème de santé persistant désigne une *maladie* et/ou une *blessure* aiguës qui nécessitent des soins et/ou un traitement une fois que *l'urgence* initiale a pris fin, selon *Global Excel*.

Participant désigne un membre admissible dont le *titulaire du contrat* reconnaît le droit à l'assurance en vertu du *contrat* et pour lequel ce dernier a acquitté la prime exigible.

Médecin désigne un médecin praticien dont le statut juridique et professionnel, à l'intérieur du territoire où il exerce, équivaut à celui d'un docteur en médecine (MD) ayant obtenu un permis d'exercice au Canada, qui est dûment autorisé à exercer dans le territoire donné, qui peut prescrire des médicaments ou pratiquer la chirurgie et qui fournit des soins médicaux au titre de son permis d'exercice. Le médecin doit être une personne autre que *vous-même* ou qu'un *membre de votre famille immédiate*.

Contrat désigne le contrat du Régime d'assurance voyage (Contrat-Cadre) émis au titulaire du contrat par l'*assureur*, et conservé dans les dossiers du *titulaire du contrat*, afin d'offrir une couverture d'assurance voyage pour soins médicaux *d'urgence* à ses *participants* et leurs *personnes à charge* assurées.

Titulaire du contrat désigne Les enseignantes et enseignants retraités de

l'Ontario/The Retired Teachers of Ontario (RTOERO) à qui le *contrat* est émis.

Province désigne *votre* province ou le territoire canadien de votre résidence permanente.

Frais raisonnables et courants désigne des frais qui, selon *nous*, sont comparables à ceux perçus pour les mêmes services et niveau de compétence à l'endroit où *l'urgence* est survenue.

Date de retour désigne la date à laquelle *vous* prévoyez revenir à votre *point de départ*.

Services de covoiturage désigne des sociétés de réseaux de transport qui fournissent des services de transport de covoiturage entre particuliers par l'intermédiaire de réseaux numériques ou d'autres moyens électroniques destinés au grand public

Maladie désigne toute affection ou trouble physiologique qui donne lieu à une perte pendant que la couverture est en vigueur. La maladie doit être suffisamment grave pour obliger une personne raisonnable à chercher à obtenir des *traitements* médicaux auprès d'un *médecin*.

Conjoint désigne une personne avec qui le *participant* est légalement marié ou avec qui il cohabite et qu'il présente publiquement comme son conjoint de fait.

Stable désigne tout état de santé (autre qu'une *affection mineure*) pour lequel les énoncés suivants sont vrais :

- Aucun nouveau diagnostic n'a été prononcé ni aucun nouveau *traitement* ni médicament d'ordonnance n'a été prescrit.
- Il n'y a eu aucun changement dans le *traitement* ou le médicament, incluant le changement de quantité, de fréquence ou de type de médicament pris, ou de changement de fréquence ou de type de *traitement*. Un changement de médication ne comprend pas les changements tels que : la diminution ou l'arrêt de la posologie d'un médicament en raison de l'amélioration de *votre* affection médicale, les ajustements courants de Coumadin, Warfarine, d'insuline ou de médicament pour contrôler le diabète par voie orale ainsi que le remplacement d'un médicament de marque par un médicament générique pourvu que la posologie n'ait pas été modifiée.
- Aucun nouveau symptôme n'est apparu ni aucune hausse dans la fréquence ou la sévérité des symptômes.
- Les résultats de tests ne témoignent d'aucune détérioration de l'état de santé.
- Il n'y a eu aucune hospitalisation ou aucun renvoi à un spécialiste (effectué ou recommandé) et *vous* n'attendez pas de résultats ni d'examen plus poussés relativement à telle affection médicale.

Maladie en phase terminale désigne qu'en raison de votre état de santé, le *médecin* estime que *vous* avez une espérance de vie de moins de six (6) mois.

Compagnon de voyage désigne une personne, autre qu'une *personne à charge*, qui partage avec la *personne assurée* le coût des dispositions de voyage à partir du *point*

de *départ* du voyage assuré, y compris les *frais d'hébergement* et de transport payés avant la *date de départ*. Un maximum de trois personnes sera considéré comme compagnons de voyage. À moins d'indication contraire, un compagnon de voyage n'est pas couvert au titre de la présente assurance et devrait envisager l'achat de sa propre assurance.

Traitement désigne un acte médical, thérapeutique ou diagnostic prescrit, exécuté ou recommandé par un *médecin* ou un spécialiste, y compris, sans s'y limiter, une consultation, des médicaments sur ordonnance, des tests, une hospitalisation ou une intervention chirurgicale.

Voyage désigne un déplacement que *vous* effectuez et qui débute à la *date de départ* de *votre province* et se termine à la *date de retour* dans *votre province*.

Véhicule désigne tout type d'automobile, de familiale, de mini-fourgonnette, d'utilitaire sport (destiné à circuler sur la voie publique), de motocyclette, de camionnette, de maison mobile, de camionnette de camping ou de maison-remorque de moins de 11 mètres (36 pieds) de long, utilisés exclusivement pour le transport de passagers non payants, et dans lesquels *vous* prenez place durant le *voyage* à titre de passager ou de conducteur.

Nous, Notre et Nos désigne *l'assureur*, ou ses représentants autorisés, ou *Global Excel*, le cas échéant.

Vous, Votre et personne(s) assurée(s) désignent le *participant* ou ses *personnes à charge* assurées qui sont couverts par le *contrat*, qu'ils voyagent ensemble ou non.

Certificat d'assurance du régime d'assurance annulation et interruption de voyage

Remarque : Les termes figurant en *italique* dans le texte du présent certificat ont le sens qui leur est donné à la SECTION 12 – DÉFINITIONS.

Section 1 Introduction

Le régime d'assurance annulation et interruption de voyage offre au *participant titulaire du contrat* et à ses *personnes à charge* assurées le remboursement de :

- la partie non remboursable et non transférable des frais de voyage prépayés, suite à l'annulation de *votre voyage*
- la partie inutilisée, non remboursable et non transférable de vos frais de voyage prépayés, suite à l'interruption ou le retard de *votre voyage*, et/ou les frais supplémentaires engagés qui en ont découlé
- le remplacement de vos bagages suite à la perte, vol ou dommage de ces derniers, lorsqu'ils sont sous la responsabilité d'un *transporteur public*

Le régime d'assurance annulation et interruption de voyage est inclus avec votre régime *Frais médicaux complémentaires (FMC)* jusqu'à concurrence de 6 000 \$, *par personne assurée, par voyage*. Vous avez aussi accès aux services d'assistance voyage en cas d'urgence lorsque vous voyagez à l'extérieur de *votre province*.

Le présent certificat ainsi que l'ensemble de *votre* document du régime d'assurance voyage collective donnent un aperçu de la couverture d'assurance et des conditions sous réserve desquelles un paiement sera versé. Ils fournissent également des directives sur la manière de présenter une demande de règlement.

La Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances (*Assureur*) offre l'assurance décrite dans le présent certificat en vertu du Contrat-Cadre (*Contrat*) émis au *titulaire du contrat*. Les services d'assistance et de règlement prévus par le présent certificat sont fournis par Gestion Global Excel inc. (*Global Excel*), compagnie désignée par l'*assureur*. Cette assurance est administrée par Johnson Inc. (*Administrateur*). Le présent certificat n'est pas un contrat d'assurance. Il ne fournit qu'un résumé des principales dispositions du *contrat*. Toutes les garanties sont entièrement assujetties aux dispositions du *contrat* en vertu duquel la couverture d'assurance est offerte et les indemnités sont versées. En cas de divergence, le *contrat* aura préséance, sauf dispositions contraires de toute loi applicable. Le *titulaire du contrat* ou un autre demandeur en vertu du *contrat* peut, suite à une demande à l'*assureur*, obtenir une copie du *contrat*, sous réserve des restrictions d'accès permises par la loi applicable.

RTOERO (*titulaire du contrat*) et la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances (*Assureur*) se réservent le droit de résilier, de changer ou de modifier la présente assurance en tout temps. Le présent certificat remplace tous les certificats émis antérieurement à *vous* à l'égard du *contrat*.

Section 2

Comment obtenir de l'assistance ou présenter une demande de règlement?

SI VOUS AVEZ BESOIN D'ASSISTANCE OU DEVEZ SOUMETTRE UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT, COMMUNIQUEZ AVEC GLOBAL EXCEL :

Il importe que *vous* téléphoniez le jour où survient l'événement imputable à l'annulation, à l'interruption ou au retard de votre *voyage*, ou le jour où vos bagages sont perdus, endommagés ou volés, ou le jour ouvrable suivant.

Remarque : La liste complète des numéros d'urgence se trouve également au verso de la *carte des avantages* qui vous est fournie, *ainsi qu'à la fin du présent livret*.

Section 3

Avis important – veuillez lire attentivement

- L'assurance annulation et interruption de voyage est conçue pour couvrir les pertes attribuables à des circonstances soudaines et imprévisibles. Il est important que vous lisiez et compreniez bien la couverture d'assurance prévue par le présent certificat avant de voyager, car elle fait l'objet de certaines restrictions et exclusions.
- Des exclusions relatives aux affections médicales préexistantes peuvent s'appliquer aux affections médicales et/ou aux symptômes qui existaient avant votre voyage. Reportez-vous au présent certificat pour déterminer l'application de ces exclusions relativement à votre couverture d'assurance, à votre date de départ ou à la date d'entrée en vigueur.

- Dans le cas d'un accident, d'une blessure corporelle ou d'une maladie, vos antécédents médicaux peuvent être examinés lorsqu'une demande de règlement est présentée.
- Dans ce document, toute référence à l'âge correspond à votre âge à votre date d'entrée en vigueur.
- Le présent certificat contient des dispositions pouvant limiter les montants payables.
- Le présent certificat contient une disposition qui révoque ou restreint le droit d'un membre assuré du groupe de nommer les personnes auxquelles ou au bénéfice desquelles les indemnités payables devraient être versées.

Section 4

Critères d'admissibilité

Couverture du *participant*

Pour avoir droit à l'assurance en vertu du *contrat* à titre de *participant*, vous devez remplir les critères d'admissibilité suivants :

- Vous devez être couvert par le régime d'assurance maladie gouvernemental de votre province.
- Votre résidence permanente doit être au Canada.
- Les versements de prime exigibles pour votre couverture au titre du contrat doivent être payés.
- Vous devez être inscrit au régime FMC du titulaire du contrat.
- Être un membre en règle de la PGA du Canada.
- Figurer dans la liste des membres admissibles à l'assurance que le titulaire du contrat fournit chaque mois à l'assureur.

Couverture de *personnes à charge*

Pour avoir droit à l'assurance en vertu du *contrat* à titre de *personne à charge*, vous devez remplir les critères d'admissibilité suivants :

- Vous devez être couvert par le régime d'assurance maladie gouvernemental de votre province.
- S'il y a lieu, vous devez être inscrit au régime FMC du titulaire du contrat comme personne à charge.
- Vous devez être une personne à charge au sens de la définition de « personne à charge » du présent certificat.
- Les versements de prime exigibles pour votre couverture au titre du contrat doivent être payés.

Section 5

Quand les protections entrent-elles en vigueur/prennent fin?

Application de la couverture d'assurance

- **L'annulation de voyage** s'applique lorsque l'événement donnant lieu à l'annulation survient avant *votre* départ en *voyage*.
- **L'interruption de voyage** s'applique lorsque l'événement donnant lieu à l'interruption survient pendant *votre voyage*.
- **Le retard de voyage** s'applique lorsque l'événement donnant lieu au retard survient pendant votre voyage et entraîne le retard de votre retour à votre point de départ, au-delà de votre date de retour prévue.
- **L'assurance bagages** s'applique lorsque durant votre voyage, vos bagages enregistrés ou emportés avec vous auprès d'un transporteur public sont perdus, volés ou endommagés.

Remarque : Si *vous* avez réservé un *voyage* ou que vous êtes parti avant la date d'entrée en vigueur de *votre* régime *FMC* et que la *date de retour* prévue est à la date d'entrée en vigueur de *votre* régime *FMC* ou à une date ultérieure, cette assurance sera offerte pour les pertes survenues à la date d'entrée en vigueur de *votre* régime *FMC* ou après cette date, et sera assujettie aux modalités du présent Certificat d'assurance.

Date d'entrée en vigueur de la couverture du *participant*

La couverture du *participant* prend effet à la plus éloignée des dates suivantes :

- la date à laquelle le Contrat prend effet
- s'il y a lieu, la date à laquelle le participant est admissible au régime *FMC* du titulaire du contrat
- la date à laquelle le participant devient un membre en règle du titulaire du contrat de la PGA du Canada et figure dans la liste mensuelle des membres admissibles à l'assurance par le titulaire du contrat.

L'assurance pour annulation pour chaque *voyage* commence à la plus éloignée des dates suivantes :

- à votre date *d'entrée en vigueur* (à condition que *votre* couverture soit en vigueur à la date d'achat
- et avant que toute pénalité d'annulation soit engagée)
- à la date d'entrée en vigueur de *votre* régime *FMC*.

L'assurance pour l'interruption de voyage, le retard de voyage et la couverture des bagages pour chaque *voyage* commence à la plus éloignée des dates suivantes :

- dès que le transporteur public quitte le point de départ prévu, tel qu'il figure sur le billet, l'itinéraire ou tout autre document délivré à une personne assurée par le transporteur public ou en son nom. Pour l'assurance en cas d'interruption de voyage et de retard de voyage, si un transporteur public n'est pas utilisé pour le voyage, l'assurance entre en vigueur à la date où vous quittez votre point de départ

pour commencer le voyage

- à la date d'entrée en vigueur de votre régime FMC.

Date d'entrée en vigueur de la couverture de la *personne à charge*

La couverture de la *personne à charge* prend effet à la plus éloignée des dates suivantes :

- la date à laquelle la couverture du participant entre en vigueur et s'il y a lieu
- la date à laquelle la personne à charge est admissible au régime FMC du titulaire du contrat

L'assurance pour annulation de voyage pour chaque *voyage* commence à la plus éloignée des dates suivantes :

- à votre *date d'entrée en vigueur* (à la condition que *votre* couverture soit en vigueur à la date d'achat ou avant que toute pénalité d'annulation soit engagée)
- à la date d'entrée en vigueur de *votre* régime FMC.

L'assurance pour l'interruption de voyage, le retard de voyage et la couverture des bagages pour chaque *voyage* commence à la plus éloignée des dates suivantes :

- dès que le *transporteur public* quitte le point de départ prévu, tel qu'il figure sur le billet, l'itinéraire ou tout autre document délivré à une personne assurée par le transporteur public ou en son nom Pour l'assurance en cas d'interruption de voyage et de retard de voyage, si un transporteur public n'est pas utilisé pour le voyage, l'assurance entre en vigueur à la date où vous quittez votre point de départ pour commencer le voyage
- à la date d'entrée en vigueur de *votre* régime FMC.

Date d'expiration de la couverture du *participant*

La couverture du *participant* cesse immédiatement à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle vous ne remplissez plus les conditions d'admissibilité énoncées dans la SECTION 4 – CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ, pour la couverture du *participant*
- la date de l'échéance de la prime si les versements de prime exigibles demeurent impayés à l'*assureur*, excepté lorsqu'il s'agit d'une erreur administrative
- la date à laquelle le *contrat* est résilié

L'assurance en cas d'annulation de voyage, d'interruption de voyage, de retard de voyage et de bagages pour chaque *voyage* prend fin à minuit, à *votre date de retour*.

Date d'expiration de la couverture de la *personne à charge*

La couverture de la *personne à charge* cesse immédiatement à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle la *personne à charge* ne remplit plus les conditions d'admissibilité énoncées dans la SECTION 4 – CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ, pour la couverture de *personnes à charge*

- la date à laquelle la couverture du *participant* prend fin, sauf si la cessation de l'assurance survient en raison du décès du *participant*, auquel cas la couverture de la *personne à charge* est maintenue en vigueur, à condition toutefois que le *titulaire du contrat* continue de couvrir les *personnes à charge* et continue d'effectuer les versements de prime requis, jusqu'à la date à laquelle la *personne à charge* cesse de remplir les conditions d'admissibilité de la SECTION 4 – CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ
- la date à laquelle le *contrat* est résilié.

L'assurance en cas d'annulation de voyage, d'interruption de voyage, de retard de voyage et de bagages pour chaque voyage prend fin à minuit, à *votre date de retour*.

Dans quelles situations votre assurance est-elle automatiquement prolongée?

Dans les situations suivantes, l'assurance sera automatiquement prolongée au-delà de *votre date de retour*, pourvu que vous remplissiez toujours les critères d'admissibilité de la SECTION 4 – CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ :

- **Retard de transport.** Votre assurance est automatiquement prolongée jusqu'à cinq jours au-delà de votre *date de retour* lorsque votre retour à domicile est retardé au-delà de votre *date de retour* en raison du retard de votre *transporteur public*, ou si un *véhicule* privé tombe en panne en route vers votre *point de départ* en raison de circonstances indépendantes de votre volonté.
- **Médicalement inapte à voyager.** Si, du point de vue médical, vous n'êtes pas en mesure de voyager en raison d'une *urgence* médicale couverte (mais que vous n'êtes pas hospitalisé), votre assurance sera prolongée jusqu'à cinq jours suivant la date à laquelle votre *médecin* ou le *transporteur public* détermine que votre état de santé est stable et que vous êtes en mesure de retourner dans votre *province*.
- **Hospitalisation.** Si vous êtes hospitalisé en raison d'une *urgence* médicale couverte, votre assurance demeurera en vigueur pendant votre hospitalisation et jusqu'à cinq jours après votre congé de *l'hôpital*.

Vous êtes tenu d'aviser *Global Excel* avant votre date de retour dans les circonstances ci-dessous. Le manquement à informer *Global Excel* durant cette période pourrait faire en sorte que l'assurance ne soit pas prolongée. En aucune circonstance l'assurance ne pourra être prolongée au-delà de 365 jours à compter de *votre date de départ*.

Section 6

Qu'est-ce qui est couvert et quelles sont vos garanties?

Couverture pour l'annulation, l'interruption et retard de voyage

Advenant l'annulation, l'interruption ou le retard de *votre voyage* imputable à l'un des 35 événements assurés qui figurent dans la première colonne du tableau ci-dessous, vous serez admissible aux garanties identifiées dans les autres colonnes du tableau (Garanties A, B, C, D, E, F et G, selon le cas), sous réserve de l'indemnité maximale de 6 000 \$ par *personne assurée*, par voyage.

Instructions pour comprendre le tableau et déterminer les garanties.

- Pour déterminer si l'événement ayant entraîné l'annulation, l'interruption ou le retard de *votre* voyage est un événement assuré, reportez-vous à la première colonne du tableau ci-dessous intitulée « Quels sont les événements assurés? »
- Si l'événement ayant entraîné l'annulation, l'interruption ou le retard de *votre* voyage est l'un de ces 35 événements assurés énumérés, reportez-vous à la rubrique « En quoi consistent vos garanties pour l'annulation, l'interruption et le retard de *votre* voyage? » du tableau, pour déterminer les garanties (A, B, C, D, E, F ou G) correspondantes.

EN QUOI CONSISTENT VOS GARANTIES POUR L'ANNULATION, L'INTERRUPTION ET LE RETARD DE VOTRE VOYAGE?

Garanties A, B et C — pour les frais de voyage prépayés

Si *votre* événement assuré *vous* donne droit aux Garanties A, B ou C, *vous* recevrez le remboursement de ce qui suit (jusqu'à concurrence de 6 000 \$ par *personne assurée, par voyage*) pour :

le moindre de la partie non remboursable et non transférable de vos frais de voyage prépayés et des *frais de changements de réservation*, ou

la partie inutilisée, non remboursable et non transférable de vos frais de voyage prépayés, ou

la partie inutilisée, non remboursable et non transférable de vos frais de voyage prépayés, à l'exclusion des frais de transport prépayés inutilisés pour le retour à *votre point de départ*.

Remarque : Vos indemnités payables seront réduites du montant de tout bon de voyage émis par le fournisseur des services de voyage. Si le bon de voyage expire avant que *vous* ayez l'opportunité de vous en servir, une demande de règlement peut être soumise pour le montant du bon de voyage expiré, jusqu'à concurrence du montant maximum de la garantie énoncé ci-dessus.

Garanties D, E et F — Transport

Si *votre* événement assuré *vous* donne droit aux Garanties D, E ou F, *vous* recevrez le remboursement des frais supplémentaires (jusqu'à concurrence de 6 000 \$ par *personne assurée, par voyage*) en classe économique pour :

D. votre transport par l'itinéraire le moins onéreux pour rejoindre un voyage organisé ou un groupe dans le cadre de *votre* voyage, ou

E. votre transport par l'itinéraire le moins onéreux vers votre *point de départ* et jusqu'à un maximum de 500 \$ pour le coût réel d'un transport aller simple que *vous* engagez pour le retour de *votre animal de compagnie* à votre *point de départ* si *vous* devez interrompre *votre* voyage (Remarque : tous les autres frais liés au retour des animaux de compagnie sont à votre charge); ou

EN QUOI CONSISTENT VOS GARANTIES POUR L'ANNULATION, L'INTERRUPTION ET LE RETARD DE VOTRE VOYAGE?

F. billet d'avion aller simple par l'itinéraire le moins onéreux vers *votre* prochaine destination (à l'arrivée et au départ) dans le cadre de *votre voyage*.

À noter : Si *vous* devez interrompre *votre* voyage pour assister à des funérailles ou vous rendre au chevet d'un *membre de la famille* hospitalisé, d'un ami proche, d'un *soignant*, d'un partenaire d'affaires ou d'un *employé clé*, en cas d'imminence de mort, *vous* pouvez acheter un billet vers le lieu du décès ou de l'hospitalisation. *Vous* serez remboursé pour le coût dudit billet, jusqu'à concurrence du montant maximal que le transport aller-simple en classe économique vers *votre point de départ* par l'itinéraire le plus économique (applicable à l'événement n° 10) aurait coûté.

Cette option doit être préautorisée par *Global Excel*. Elle ne peut être exercée qu'une seule fois et si *vous* choisissez de vous en prévaloir, elle sera appliquée en tant que remplacement de la Garantie E.

Garantie pour le retour de l'animal(aux) de compagnie : Cette garantie couvre jusqu'à concurrence de 500 \$ pour le coût réel d'un transport aller simple que vous engagez pour le retour de *votre(vos)* animal(aux) de compagnie à *votre province* ou territoire de résidence si *vous* devez interrompre *votre voyage* et que vous êtes admissible à l'assurance interruption et retard de voyage (après le jour du départ). Tous les autres frais liés au retour de l'animal(aux) sont de votre responsabilité.

Garantie G — Frais accessoires

G. Si *votre* événement assuré *vous* donne droit à la Garantie G, vous serez admissible à un remboursement maximal de 100 \$ par jour, *par personne assurée*, jusqu'à concurrence du maximum global de 1 000 \$ *par voyage* pour l'ensemble des *personnes assurées* (compte tenu du maximum global de 6 000 \$, *par personne assurée*, *par voyage*), pour *l'hébergement*, les repas, le téléphone, les services de taxi et de covoiturage, pour les frais que vous avez encourus si *votre voyage* est interrompu ou si *votre* retour à la maison est retardé au-delà de la *date prévue de retour*.

S.O. Sans objet

QUELS SONT LES ÉVÉNEMENTS ASSURÉS?		Annulation de voyage	Interruption de voyage	Retard de voyage
1	Votre <i>affection médicale</i> ou votre admission dans un <i>hôpital</i> ou un <i>établissement médical</i> en raison d'une <i>urgence</i> .	A	C et G, et D, E ou F	E et G
2	Un changement à votre <i>affection médicale</i> qui survient après avoir versé un dépôt ou paiement vers votre voyage, mais avant la <i>date de départ</i> , qui rend cette <i>affection médicale</i> instable au cours des 90 jours précédant votre <i>date de départ</i> .	A	S.O.	S.O.
3	L'admission à l' <i>hôpital</i> ou l' <i>établissement médical</i> en raison d'une <i>urgence</i> d'un <i>membre de la famille</i> (qui n'est pas à votre destination), de votre partenaire d'affaires, <i>employé clé</i> ou <i>soignant</i> .	A	C, E et G	S.O.
4	L' <i>affection médicale d'urgence</i> d'un <i>membre de la famille</i> (qui n'est pas à votre destination), de votre partenaire d'affaires, <i>employé clé</i> ou <i>soignant</i> .	A	C, E et G	S.O.
5	L'admission à l' <i>hôpital</i> ou l' <i>établissement médical</i> de votre hôte à destination en raison d'une <i>affection médicale d'urgence</i> .	A	C, E et G	S.O.
6	L' <i>affection médicale</i> de votre <i>compagnon de voyage</i> ou de son admission dans un <i>hôpital</i> ou un <i>établissement médical</i> en raison d'une <i>urgence</i> .	A	C et G, et D, E ou F	E et G
7	L' <i>affection médicale</i> d'un <i>membre de la famille</i> qui est à votre destination ou de son admission dans un <i>hôpital</i> ou un <i>établissement médical</i> en raison d'une <i>urgence</i> .	A	C, E et G	E et G
8	L' <i>affection médicale</i> d'un <i>membre de la famille</i> de votre <i>compagnon de voyage</i> ou de son admission dans un <i>hôpital</i> ou un <i>établissement médical</i> en raison d'une <i>urgence</i> .	A	C, E et G	E et G
9	Votre décès.	A	B	S.O.

QUELS SONT LES ÉVÉNEMENTS ASSURÉS?		Annulation de voyage	Interruption de voyage	Retard de voyage
10	Le décès d'un <i>membre de la famille</i> ou d'un ami proche (qui n'est pas à <i>votre destination</i>), de <i>votre</i> partenaire d'affaires, de votre <i>employé clé</i> ou de votre <i>soignant</i> .	A	C, E et G	S.O.
11	Le décès de <i>votre compagnon de voyage</i> .	A	C, E et G	E et G
12	Le décès d'un <i>membre de la famille</i> , d'un partenaire d'affaires, d'un <i>employé clé</i> ou d'un soignant de <i>votre compagnon de voyage</i> .	A	C, E et G	S.O.
13	Le décès de votre <i>hôte</i> à destination en raison d'une <i>affection médicale d'urgence</i> .	A	C, E et G	S.O.
14	Le décès d'un <i>membre de la famille</i> ou d'un ami qui est à <i>votre destination</i> .	A	C, E et G	E et G
15	Un avertissement aux voyageurs ou des renseignements officiels émis par le gouvernement du Canada après l'achat de <i>votre voyage</i> et avant <i>votre date de départ</i> , avisant les Canadiens de ne pas voyager dans un pays, une région ou une ville qui fait partie de <i>votre voyage</i> .	A	S.O.	S.O.
16	Un avertissement aux voyageurs ou des renseignements officiels émis par le gouvernement du Canada après <i>votre date de départ</i> , avisant les Canadiens de ne pas voyager dans un pays, une région ou une ville qui fait partie de <i>votre voyage</i> .	S.O.	C et G, et E ou F	E et G

QUELS SONT LES ÉVÉNEMENTS ASSURÉS?		Annulation de voyage	Interruption de voyage	Retard de voyage
17	Un transfert effectué par l'employeur avec lequel <i>vous</i> ou <i>votre compagnon de voyage</i> êtes employés pendant la <i>période d'assurance</i> , nécessitant la réinstallation de <i>votre</i> résidence principale.	A	C, E et G	S.O.
18	La perte involontaire de <i>votre</i> emploi permanent (non un contrat de travail) ou de celui de <i>votre compagnon de voyage</i> en raison de licenciement ou de congédiement sans motif valable.	A	C, E et G	S.O.
19	L'annulation de <i>votre</i> réunion d'affaires ou de celle de <i>votre compagnon de voyage</i> hors de <i>votre</i> volonté ou de celle de <i>votre</i> employeur.	A	C, E et G	S.O.
20	<i>Vous</i> ou <i>votre compagnon de voyage</i> êtes convoqués à servir en tant que réserviste, militaire, policier, personnel médical essentiel ou pompier.	A	C, E et G	S.O.
21	Le retard d'une voiture privée ou d'un véhicule de location résultant de la panne mécanique de cette automobile, des désastres naturels (p. ex., des conditions météorologiques, de tremblements de terre ou d'éruptions volcaniques), d'un accident de la circulation ou de la fermeture d'urgence des routes exigée par les services policiers, ce qui <i>vous</i> oblige ou oblige <i>votre compagnon de voyage</i> à manquer une correspondance ou à interrompre <i>votre</i> itinéraire de voyage, à condition que l'automobile devait arriver au <i>point de départ</i> au moins deux heures avant l'heure de départ prévue.	A	C, F et G	E et G

QUELS SONT LES ÉVÉNEMENTS ASSURÉS?	Annulation de voyage	Interruption de voyage	Retard de voyage
22 Le retard de <i>votre transporteur public</i> ou de celui de <i>votre compagnon de voyage</i> en raison d'une panne mécanique dudit <i>transporteur public</i> , d'un accident de la circulation, de la fermeture d'urgence des routes exigée par les services policiers, des conditions météorologiques ou du retard ou de <i>l'immobilisation</i> de <i>votre</i> transport aérien, vous obligeant à manquer une correspondance ou étant à l'origine de l'interruption de <i>votre</i> itinéraire de voyage.	A	C, F et G	E et G
23 Le retard de <i>votre transporteur public</i> ou de celui de <i>votre compagnon de voyage</i> en raison d'une panne mécanique dudit <i>transporteur public</i> , d'un accident de la circulation, de la fermeture d'urgence des routes exigée par les services policiers, des conditions météorologiques ou du retard ou de <i>l'immobilisation</i> de <i>votre</i> transport aérien, vous obligeant à manquer <i>votre</i> croisière ou voyage organisé, et que <i>vous</i> ne pouvez rejoindre <i>votre</i> croisière ou voyage organisé par aucun autre moyen de transport.	A	B et G	S.O.
24 Un événement entièrement indépendant de tout acte intentionnel ou de négligence qui rend <i>votre</i> résidence principale ou celle de <i>votre compagnon de voyage</i> inhabitable ou votre place d'affaires ou celle de votre compagnon de voyage inactive.	A	C, E et G	S.O.
25 Le confinement ou l'enlèvement d'une <i>personne assurée</i> , de son <i>compagnon de voyage</i> , ou de son hôte à destination.	A	C, E et G	E et G

QUELS SONT LES ÉVÉNEMENTS ASSURÉS?		Annulation de voyage	Interruption de voyage	Retard de voyage
26	<i>Vous ou votre compagnon de voyage avez été a) appelé à agir à titre de juré; b) cité à comparaître comme témoin; ou c) tenu de comparaître en tant que partie dans une procédure judiciaire prévue au cours de votre voyage.</i>	A	C, E et G	S.O.
27	<i>Votre croisière ou celle de votre compagnon de voyage est annulée avant le départ du navire de croisière en raison d'une défaillance mécanique, d'une collision avec le fond marin ou la côte, ou un retrait du navire en raison d'un ordre d'immobilisation, de sa mise en quarantaine ou de son repositionnement en raison des désastres naturels (p. ex., conditions météorologiques, de tremblements de terre ou d'éruptions volcaniques).</i>	A	C, E et G	E et G
28	<i>Votre grossesse, si diagnostiquée après l'achat de votre voyage et avant votre date de départ, lorsque vous décidez de ne pas voyager.</i>	A	S.O.	S.O.
29	<i>Non-émission de votre visa de visiteur (et non d'un visa à des fins d'immigration ou d'emploi) pour des raisons indépendantes de votre volonté.</i>	A	S.O.	S.O.
30	<i>Votre décès, maladie ou résultat de votre test positif, ou le décès, maladie ou résultat de test positif de votre compagnon de voyage après avoir contracté le nouveau coronavirus 2019 (COVID-19) qui vous empêche de voyager à votre date de départ ou votre date de retour, ou qui vous fait interrompre votre voyage.</i>	A	C, E et G	E et G

QUELS SONT LES ÉVÉNEMENTS ASSURÉS?		Annulation de voyage	Interruption de voyage	Retard de voyage
31	L'annulation de <i>votre voyage</i> ou la correspondance manquée causée par le changement d'horaire du <i>transporteur public</i> qui assure le transport d'une partie de <i>votre voyage</i> .	A	C et G, et D, E ou F	E et G
32	Une catastrophe naturelle à <i>votre</i> lieu de destination.	A	C et G, et D, E ou F	E et G
33	L'adoption légale d'un enfant par <i>vous</i> lorsque, après avoir payé <i>votre voyage assuré</i> , <i>vous</i> recevez un avis indiquant que la date réelle de l'adoption est prévue pendant <i>votre voyage assuré</i> .	A	S.O.	S.O.
34	La perte ou le vol de <i>votre</i> passeport, permis de conduire, certificat de naissance, visa de voyage ou tout autre document émis par le gouvernement et requis en raison de circonstances indépendantes de <i>votre</i> volonté durant <i>votre voyage</i> . La perte ou le vol doit être signalé à la police et/ou aux autorités locales appropriées dans les 24 heures suivant la découverte, et appuyé par un rapport de police ou par écrit par les autorités locales appropriées.	S.O.	C et G, et D, E ou F	E et G

QUELS SONT LES ÉVÉNEMENTS ASSURÉS?		Annulation de voyage	Interruption de voyage	Retard de voyage
35	Maladie, blessure ou décès de <i>votre</i> chien d'assistance, de thérapie ou de soutien affectif si <i>vous</i> avez une déficience physique, mentale ou visuelle, et des dispositions ont été prises pour que le chien <i>vous</i> accompagne pendant <i>votre</i> voyage couvert. Le chien doit être formé individuellement par une organisation ou une personne spécialisée dans la formation de chien d'assistance, de thérapie ou de soutien émotionnel. En cas de maladie ou de blessure, la maladie ou la blessure doit être inattendue et suffisamment grave pour justifier un traitement par un vétérinaire autorisé.	A	C, E et G	E et G

Couverture pour l'assurance bagages

L'assureur remboursera le coût de remplacement des bagages et effets personnels y figurant d'une *personne assurée* en cas de vol, dommages ou perte par un *transporteur public* lorsque le bagage est enregistré ou emporté avec la *personne assurée* dans un *transporteur public*, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par *personne assurée*, par voyage.

Le règlement est effectué en fonction de la valeur de remplacement réelle de tout article perdu ou volé, sous réserve du remplacement de l'article; sinon, le règlement sera effectué en fonction de la valeur marchande réelle de l'article au moment de la perte ou le montant maximum spécifié, si ce dernier est inférieur, en rapport avec l'article ou l'ensemble d'articles.

De plus, l'assureur remboursera l'achat des articles de toilette et des vêtements personnels nécessaires en raison du retard des bagages enregistrés par le *transporteur public* pendant plus de 12 heures après l'arrivée de la *personne assurée*, jusqu'à concurrence de 400 \$ par *personne assurée*, jusqu'à concurrence d'un maximum global de 1 000 \$ par famille. Les achats doivent être effectués dans les 36 heures suivant l'arrivée à destination et avant la réception des bagages.

Prestation supplémentaire - Remplacement de documents : De plus, vous serez remboursé pour le remplacement d'un ou de plusieurs des documents suivants, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 500 \$, par *personne assurée*, par voyage, en cas de perte ou de vol de *votre* passeport, permis de conduire, certificat de naissance, visa de voyage ou autre document émis par le gouvernement requis pour le voyage.

Prestation supplémentaire - Dépense d'affaires : Dans le cas d'un vol de *votre* ordinateur portable ou téléphone cellulaire pendant *votre* voyage, l'Assureur remboursera les dépenses d'affaires jusqu'à concurrence de 1 000 \$ pour l'utilisation ou

la location temporaire d'un ordinateur, ordinateur portable ou d'un téléphone cellulaire lors de *votre voyage*, pourvu qu'une telle utilisation ou la location vous soit exigée en rapport avec vos affaires, votre occupation commerciale ou professionnelle. Les reçus originaux ainsi qu'un rapport de police pertinent doivent être présentés pour remboursement.

Section 7

Conditions pouvant limiter votre couverture

Cette section décrit les conditions qui peuvent limiter vos droits aux garanties prévues au titre du présent certificat.

Limitations à votre contrat d'assurance. Lorsque la situation entraînant l'annulation survient (ce qui déclenche l'un des événements assurés énumérés à la SECTION 6 – QU'EST-CE QUI EST COUVERT ET EN QUOI CONSISTENT VOS INDEMNITÉS?) avant votre *date de départ*, vous devez, dès que raisonnablement possible :

- annuler votre voyage auprès de l'agent de voyages, de la compagnie aérienne, du voyageur, du transporteur ou de l'autorité touristique, etc.; **et**
- nous en informer.

La responsabilité de *l'assureur* se limite aux montants non remboursables ou à une partie de ceux-ci, tels qu'ils sont précisés dans *votre* contrat de *voyage*, au moment où survient la situation ayant entraîné l'annulation.

Prestations limitées aux dépenses encourues. Le total des indemnités qui *vous* sont versées de toutes les sources ne peut excéder les frais que *vous* avez effectivement engagés.

Sanctions. *L'assureur* ne doit pas fournir de couverture ni être tenu de fournir une indemnité, un paiement ou tout autre avantage en vertu du présent certificat d'assurance qui contreviendrait aux sanctions économiques, financières ou commerciales imposées en vertu des lois du Canada, de l'Union européenne et du Royaume-Uni, ou toute autre juridiction applicable.

Section 8

Qu'est-ce qui n'est pas couvert?

Exclusion relative aux *affections médicales préexistantes*

La présente assurance ne prend pas en charge les frais imputables ou se rapportant de quelque façon à ce qui suit :

- Toute affection médicale (autre qu'une affection mineure) pour vous, un membre de la famille, un compagnon de voyage, un membre de la famille, un associé d'affaires, un ami proche, un employé clé, un soignant, ou un hôte à destination du voyage, si, dans les 90 jours précédant votre date d'entrée en vigueur**, cette affection ou une affection connexe n'a pas été stable*.

***Stable** désigne toute *affection médicale* (autre qu'une *affection mineure*) pour lequel les énoncés suivants sont vrais :

- il n'y a pas eu de nouveau diagnostic, traitement ou médicaments prescrits
- Il n'y a pas eu de changements aux *traitements* ou aux médicaments, y compris la quantité de médicaments à prendre, leur fréquence, le type de médicament, ni de changements à la fréquence ou au type de *traitement*. Un changement de médication ne comprend pas les changements tels que : la diminution ou l'arrêt de la posologie d'un médicament en raison de l'amélioration de *votre affection médicale*, les ajustements courants de Coumadin, Warfarine, d'insuline ou de médicament pour contrôler le diabète par voie orale ainsi que le remplacement d'un médicament de marque par un médicament générique pourvu que la posologie n'ait pas été modifiée
- aucun nouveau symptôme n'est apparu ni aucune hausse dans la fréquence ou la sévérité des symptômes;
- les résultats de tests ne témoignent d'aucune détérioration de l'état de santé;
- il n'y a eu aucune hospitalisation ou recommandation à un spécialiste (faite ou recommandé) et vous n'attendez pas de résultats d'enquêtes plus approfondies pour cette affection médicale.

****Date d'entrée en vigueur** désigne la date et l'heure auxquelles *vous* déposez la partie initiale des frais non remboursables de *votre voyage* et avant que toute pénalité d'annulation soit engagée.

Exclusions générales

La présente assurance ne prend pas en charge les frais imputables ou se rapportant de quelque façon à ce qui suit :

- L'annulation, l'interruption ou le retard d'un voyage lorsque vous êtes conscient, à la *date d'entrée en vigueur*, de tout motif qui pourrait raisonnablement *vous* empêcher de voyager conformément à votre réservation.
- Un *voyage* entrepris pour visiter ou assister une personne malade, lorsque *l'affection médicale* ou le décès de cette personne est l'objet de la demande de règlement.
- Le changement d'horaire d'un examen médical ou d'une intervention chirurgicale qui était initialement prévue avant *votre période d'assurance*.
- Des soins prénataux de routine.
- Si *vous* êtes enceinte, *votre* grossesse ou la naissance et l'accouchement de *votre* enfant, ou toute complication liée à l'un ou l'autre, survenant dans les neuf semaines précédant ou suivant la date de *votre* accouchement prévue, telle qu'elle fut déterminée par *votre* médecin traitant dans *votre province*. Remarquez qu'un enfant né durant un *voyage* ne sera pas considéré comme une *personne assurée* et donc non couvert au titre du présent certificat pendant toute la durée du *voyage* marquant sa naissance, si l'enfant est né dans les neuf semaines précédant ou suivant la date d'accouchement prévue.
- La participation :
- à des activités sportives en qualité de professionnel, y compris l'entraînement et les

pratiques. (un professionnel signifie que la personne exerce l'activité en tant qu'emploi principal moyennant rémunération); ou

- à des courses ou épreuves de vitesse d'engins motorisés;
- à la pratique de la plongée sous-marine (sauf si *vous* détenez un certificat de plongeur émis par une école reconnue ou un organisme autorisé), du deltaplane, de l'escalade de rocher, le parapente, la chute libre ou du parachutisme, à la pratique du saut à l'élastique, de l'alpinisme à l'aide de cordes et/ou d'équipement spécialisé, du rodéo, de l'héli-ski, de toute activité de ski alpin ou de planche à neige hors des pistes balisées ou de toute course de cyclisme ou course de ski.
- La perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel.
- Une blessure infligée à soi-même, une tentative de suicide ou un suicide.
- Un *accident* survenu alors que *vous* étiez au volant d'un *véhicule* motorisé, d'un bateau ou d'un aéronef, si *vous* :
 - étiez sous l'influence de drogues ou de substances toxiques, ou
 - aviez un taux d'alcoolémie supérieur à 80 milligrammes par 100 millilitres de sang, ou
 - aviez un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise dans la région où l'*accident* est survenu.
- Le non-respect de toute thérapie ou de tout *traitement* médical prescrit (tel qu'il est déterminé par l'*assureur*) ou le défaut de se conformer aux instructions d'un *médecin*.
- Crise d'angoisse ou de panique, ou un état de détresse affective ou psychologique, sauf si la gravité de l'état nécessitait une consultation médicale ayant entraîné un diagnostic.
- Toute maladie, blessure ou *affection médicale* dont *vous* souffrez ou que *vous* contractez, ou toute perte que *vous* subissez dans un pays, une région ou un emplacement particulier pendant qu'un avertissement aux voyageurs d' « éviter tout voyage non-essentiel » ou d' « éviter tout voyage » est en vigueur dans ce pays, région, ou emplacement et lorsque l'avertissement aux voyageurs est émis par le gouvernement du Canada avant *la date de votre départ*, même si le voyage est entrepris pour des raisons essentielles. Cette exclusion s'applique uniquement aux *affections médicales* ou aux sinistres qui sont liés, directement ou indirectement, à la raison pour laquelle l'avertissement aux voyageurs a été émis.
Si un avertissement aux voyageurs est émis après la *date de votre départ*, l'étendue de vos garanties au titre de la présente assurance alors que vous êtes dans ce pays, cette région ou cet emplacement particulier, sera limitée à une période de 10 jours à compter de la date de la diffusion de l'avertissement aux voyageurs, ou à la période nécessaire requise afin que *vous* puissiez évacuer le pays, la région ou l'emplacement en question en toute sécurité, après quoi, vos garanties seront limitées aux *affections médicales* ou aux sinistres qui ne sont pas liés à la raison pour laquelle l'avertissement aux voyageurs a été émis, tant que l'avertissement aux voyageurs est en vigueur. Cette exclusion ne s'applique pas à

vous ni à votre *compagnon de voyage* en cas de décès, de maladie ou de résultat de test positif après avoir contracté le nouveau coronavirus 2019 (COVID-19) qui vous empêche de voyager à *votre date de retour*, ou vous fait interrompre *votre voyage*, même lorsqu'un avertissement aux voyageurs lié à la COVID-19 est en vigueur.

- *Votre* participation à, et/ou votre exposition volontaire à tout risque impliquant : une guerre ou un acte de guerre, que la guerre soit déclarée ou non; une invasion ou des actes d'ennemis étrangers; des hostilités déclarées ou non; une guerre civile; une émeute; une rébellion; une révolution ou insurrection; un acte de pouvoir militaire; ou tout service militaire.
- Toute perte découlant d'un arrêt de travail, faillite ou insolvabilité du *transporteur public*, agent de voyage, agence, courtier ou fournisseur de voyages.
- Rachats de points dans le cadre d'un programme quelconque (ex. : milles de récompense AIR MILES^{MD}, Aéroplan^{MD}, multipropriété/partage de temps), utilisés pour l'achat d'un article ou service admissible, et les frais exigés pour le rétablissement desdits points.
- Pour la garantie d'assurance bagages uniquement : Les animaux, les équipements sportifs (sauf les bâtons et les sacs de golf, les skis, les bâtons et les bottes de ski, et les raquettes), les appareils photo et les accessoires, les lunettes, les lunettes de soleil, les lentilles cornéennes, les prothèses y compris les prothèses dentaires, bijoux, porcelaines, œuvres d'art ou le bris d'articles fragiles, les fourrures, les billets, les papiers et documents de valeur, les cartes de crédit et tout autre *titres négociables*, les titres et l'argent.
- Pour la garantie d'assurance bagages uniquement : La confiscation, l'expropriation ou la détention effectuée par tout représentant d'un gouvernement, d'une autorité civile, des douanes ou par tout autre fonctionnaire.
- Pour la garantie d'assurance bagages uniquement : Les bagages ou les biens personnels perdus, volés ou endommagés au cours des *déplacements*.
- Pour la garantie d'assurance bagages uniquement : Biens acquis, conservés, stockés ou transportés illégalement.
- Pour la garantie d'assurance bagages uniquement : Les pertes ou les dommages attribuables aux mites, à la vermine, à la détérioration ou à l'usure normale.
- Pour la garantie d'assurance bagages uniquement : Les pertes ou les dommages causés par votre action imprudente ou une omission de *votre* part.
- Une annulation, une interruption ou un retard de voyage lié, directement ou indirectement, au nouveau coronavirus 2019 (COVID-19). Cette exclusion ne s'applique pas à *vous* ni à votre *compagnon de voyage* en cas de décès, de maladie ou de résultat de test positif après avoir contracté le nouveau coronavirus 2019 (COVID-19) qui vous empêche de voyager à *votre date de départ* ou *votre date de retour*, ou qui vous fait interrompre *votre voyage*.

Section 9

Services d'assistance

Si *vous* avez besoin d'aide avant ou pendant votre voyage, il suffit d'un appel pour obtenir de l'aide. *Global Excel* offre les services suivants dans la mesure du possible :

Assistance avant le voyage. *Global Excel* vous fournira des renseignements relatifs à votre destination avant de partir en voyage, tels que :

- Les avis aux voyageurs pour la région que vous visiterez;
- Les inoculations requises
- Les devises locales
- Les exigences pour les visas
- Les numéros de téléphone d'urgence qu'il vous faudra composer afin de joindre *Global Excel* à partir du ou des pays que *vous* visiterez
- Comment faire un appel à partir du pays que *vous* visiterez, y compris les codes internationaux requis.

Centre d'appels d'urgence. Peu importe *votre* destination, un personnel d'assistance professionnel est toujours prêt à prendre *votre* appel. Veuillez appeler *Global Excel* sans frais. Vous pouvez consulter les coordonnées à la dernière page de ce livret.

Information sur les garanties. *Global Excel* peut *vous* faciliter la compréhension de la couverture d'assurance au titre de *votre contrat*.

Informations sur les demandes de règlement. *Global Excel* répondra à toutes vos questions portant sur *votre* demande de règlement, les procédures de vérification que *Global Excel* observe et la façon dont les garanties de *votre contrat* interviennent.

Aide juridique. Si *vous* êtes arrêté ou détenu, *Global Excel* vous aidera à joindre un avocat local ou l'ambassade canadienne la plus proche. *Global Excel* veillera également à ce que *votre* famille, amis ou associés en affaires demeurent informés, jusqu'à ce que *vous* trouviez un conseiller juridique, et *Global Excel* se chargera de la coordination de tout cautionnement dont vous pourriez avoir besoin.

Section 10

Comment soumettre une demande de règlement?

A - Comment soumettre une demande de règlement?

Soumettre une demande de règlement : Appelez la ligne téléphonique appropriée indiquée à la fin de ce livret.

- Lors de *votre* appel, *vous* recevrez toute l'information nécessaire à la soumission d'une demande de règlement. À la suite de l'ouverture de *votre* demande de règlement, vous recevrez les instructions sur la façon d'accéder le portail en ligne pour les réclamants, afin de soumettre des documents additionnels et d'examiner le statut de *votre* réclamation.
- *Vous* devez nous contacter le jour où l'événement assuré survient ou aussitôt qu'il

est raisonnablement possible de le faire pour *nous* aviser de l'annulation, de l'interruption ou du retard de *votre voyage*.

- Vous devez *nous* contacter le jour que le bagage est perdu, endommagé ou volé.
- Vous devrez justifier *votre* demande en fournissant tous les documents requis. à défaut de quoi, *votre* demande de règlement pourrait être refusée. L'assureur ne prend pas en charge les frais exigés pour l'obtention desdits documents. Toute documentation incomplète vous sera retournée pour que vous puissiez y remédier.
- Pour toute demande de règlement, *nous* pourrions également exiger qu'un formulaire de demande de règlement et d'autorisation soit dûment rempli et que les pièces justificatives suivantes soient fournies :
 - Un document médical dûment rempli par un *médecin* autorisé, en indiquant la raison pour laquelle il était impossible d'effectuer le voyage, le diagnostic et toutes les dates de *traitement*.
 - Une preuve écrite de l'événement assuré étant à l'origine de l'annulation, l'interruption ou le retard.
 - Les modalités du voyageur.
 - Une copie de *votre* facture indiquant le prépaiement de votre voyage, notamment le billet du *transporteur public*.
 - L'original des billets de transport et les bons d'échange inutilisés.
 - Tous les reçus pour les transports terrestres et/ou les frais de subsistance prépayés.
 - Les reçus de passagers d'origine pour les nouveaux billets.
 - Une copie de la demande de règlement initiale présentée au *transporteur public* et une preuve de la déclaration de la perte au *transporteur public* et des résultats de tout règlement effectué par ce dernier.
 - Pour l'assurance bagages, l'original de tous les reçus attestant que les biens ont été effectivement remplacés, ou l'original de tous les reçus d'achats des articles perdus, volés ou endommagés.
 - Pour la garantie de dépenses d'affaires, les reçus originaux et le rapport de police.
 - Les rapports de police ou des autorités locales détaillant la cause de la correspondance manquée.
 - Les factures et/ou reçus détaillés du ou des fournisseurs de services.

Le fait de ne pas remplir en entier le formulaire de demande de règlement et d'autorisation peut retarder le traitement de *votre* demande de règlement.

Veuillez faire parvenir tous les documents pertinents à :



Gestion Global Excel Inc.
73 rue Queen
Sherbrooke, Québec J1M 0C9

B - Autres informations relatives à la demande de règlement

- Pendant le traitement d'une demande de règlement, nous pouvons *vous* demander de subir un examen médical par un ou plusieurs *médecins* de notre choix et à nos frais. *Vous* acceptez que l'*assureur* et ses agents aient :
- *Votre* consentement pour vérifier votre numéro de carte d'assurance maladie et toute autre information nécessaire au traitement de votre demande de règlement avec les gouvernements et autres autorités concernés
- *Votre* autorisation pour que les *médecins*, *hôpitaux* ou *établissements médicaux*, et autres fournisseurs de soins médicaux *nous* fournissent tous les renseignements dont ils disposent *vous* concernant pendant que vous étiez en observation ou en traitement y compris vos antécédents médicaux, diagnostics et résultats des tests
- *Votre* autorisation de divulguer à des tiers, toute information disponible selon a) et b) ci-dessus pouvant être nécessaire au traitement de *votre* demande de règlement quant aux indemnités disponibles auprès d'autres sources.
- *Vous* ne pouvez ni demander ni recevoir un remboursement qui excède 100 % de vos frais admissibles totaux ou des frais que *vous* avez effectivement engagés. *Vous* devez en outre *nous* rembourser toute somme payée ou autorisée pour votre compte par l'*assureur*, si celui-ci établit que cette somme n'est pas payable au titre de *votre* assurance.

Section 11

Que devriez-vous savoir d'autre?

Devise canadienne. Le paiement de toute demande de règlement *vous* sera versé en argent canadien. Si *vous* avez payé les frais admissibles, *vous* serez remboursé en devise canadienne au taux de change qui est en vigueur à la date où le paiement de votre demande de règlement *vous* est versé. Aucune des sommes payables ne cumule d'intérêt.

Païement des indemnités. Toutes les indemnités *vous* seront versées ou seront versées en *votre* nom. Advenant le décès de la *personne assurée*, les indemnités seront versées à la succession de ladite *personne assurée*, sauf lorsqu'un bénéficiaire particulier est désigné par écrit auprès de *Global Excel* ou de *l'assureur*.

Autre assurance. La présente assurance ne s'applique qu'à titre d'assurance en deuxième ligne. Elle n'intervient que pour les frais admissibles engagés hors de *votre province* qui sont en sus des montants payables dans le cadre de tout autre contrat ou régime collectif ou individuel d'indemnisation ou le régime *FMC*, dont *vous* pouvez bénéficier, y compris les polices d'assurance automobile provinciales, territoriales ou privées qui prévoient des prestations pour *frais hospitaliers*, soins médicaux ou thérapeutiques, ou toute autre assurance qui est en vigueur simultanément avec la présente assurance. La coordination des indemnités avec les régimes d'avantages sociaux offerts aux employés est effectuée conformément aux lignes directrices de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. Peu importe la situation, *l'assureur* ne fera aucune coordination d'indemnités avec le ou les régimes d'un employeur, lorsque le maximum voyage y étant prévu pour les voyages à l'intérieur

et l'extérieur du pays est de 200 000 \$ ou moins.

Droit d'examen. Comme condition au versement de toute indemnité prévue par le *contrat*,

- Le demandeur en vertu du *contrat* doit convenir à ce que la *personne assurée* se soumette à un examen aussi souvent que *nous* le jugions raisonnablement nécessaire, pendant qu'une demande de règlement est à l'étude
- dans le cas du décès de la *personne assurée*, nous pourrions demander qu'une autopsie soit pratiquée, sous réserve de toute loi relative aux autopsies qui régit la juridiction applicable.

Fausse déclaration et non-divulgation. Toute fausse déclaration, déclaration inexacte ou incomplète de *votre* part à *notre* endroit peut entraîner l'annulation du présent certificat d'assurance et de *vos* garanties; le cas échéant, aucune indemnité ne sera versée.

Loi applicable. Le *contrat* entre *l'assureur* et le *participant* ou une *personne assurée*, est régi et interprété conformément aux lois de la *province* du *participant*. Toute procédure judiciaire intentée par la *personne assurée*, sa succession ou ses bénéficiaires devra être soumise aux tribunaux de la *province* du *participant*.

Faits essentiels. Aucune affirmation ou déclaration faite par les employés du *titulaire du contrat*, agent, courtier, *nos* employés ou *nos* agents ne peut modifier les dispositions de la présente assurance.

Subrogation. Si *vous* engagez des frais par la faute d'un tiers, *vous* acceptez de *nous* céder le droit de poursuivre ledit tiers responsable en *votre* nom. Le cas échéant, *vous* devez coopérer pleinement avec *nous*. Nous prendrons en charge toutes les dépenses afférentes.

Délais de prescription. Toute action ou toute poursuite en justice intentée contre un assureur pour recouvrer des sommes payables au titre du contrat est absolument proscrite à moins qu'elle ne soit engagée dans le délai stipulé par la Loi sur les assurances (pour les actions ou poursuites régies par les lois de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et du Manitoba), par la Loi sur la prescription des actions, 2002 (pour les actions ou poursuites régies par les lois de l'Ontario), par l'Article 2925 du Code civil du Québec (pour les actions ou poursuites régies par les lois du Québec) ou par toute autre législation applicable.

Attestation d'âge. *L'assureur* se réserve le droit d'exiger une attestation d'âge de toute *personne assurée*.

Délai de paiement des sommes. Toutes les sommes payables en vertu du *contrat* sont versées par *l'assureur* dans les 60 jours de la réception par celui-ci d'une preuve de sinistre.

Droit d'examiner le contrat. Le *contrat*, de même que tout avenant qui y est annexé, est conservé dans les bureaux du *titulaire du contrat*. *Vous* pouvez consulter ce *contrat* durant les heures normales de bureau du *titulaire du contrat*.

Section 12

Définitions

Les termes figurant en italique dans le texte du présent certificat ont le sens qui leur est donné ci-dessous :

Accident désigne un événement fortuit, soudain, imprévisible et involontaire attribuable exclusivement à une cause externe et ayant pour résultat des blessures corporelles.

Hébergement désigne un établissement qui fournit un hébergement commercial ou qui exploite un marché de location de vacances et un service d'accueil pour le grand public.

Administrateur signifie Johnson Inc.

Carte des avantages désigne la carte fournie au participant et dont les informations suivantes y figurent : nom du *titulaire du contrat*, numéro du *contrat*, et numéros d'urgence.

Réunion d'affaires désigne une réunion, un salon, une conférence, un cours de formation ou un congrès prévu avant *votre* date d'entrée en vigueur, entre des représentants d'entreprises dont les propriétaires ne sont pas associés, qui concerne *votre* métier à temps plein ou votre profession et qui est le seul but de *votre voyage*.

Soignant désigne la personne permanente à temps plein chargée du bien-être de vos *enfants à charge*, et dont l'absence ne peut raisonnablement être remplacée.

Transporteur public désigne toute entreprise de transport aérien, maritime ou terrestre, exploitée en vertu d'un permis pour le transport de passagers à titre onéreux, et pour lequel un billet a été obtenu. La définition de transporteur public exclut toute entreprise de transport engagée ou utilisée pour une activité sportive ou de jeu, un concours, une croisière et/ou des activités récréatives, que cette entreprise soit titulaire ou non d'un permis. Les véhicules de location ne sont pas considérés comme des transporteurs publics.

Navette désigne les déplacements réguliers ou fréquents de la *personne assurée* entre sa résidence et son lieu de travail habituel.

Date de départ désigne la date à laquelle vous quittez *votre province* de *votre point de départ*.

Point de départ désigne le lieu d'où vous quittez *votre province* le premier jour de *votre* voyage et que vous regagnez le dernier jour de *votre voyage*.

Personne à charge désigne :

- Le conjoint.
- L'enfant célibataire du *participant* ou du *conjoint* (y compris un enfant naturel ou adopté, un enfant par alliance, un enfant en famille d'accueil et un enfant dont le *participant* ou le *conjoint* est un tuteur légal). L'enfant doit dépendre du *participant* ou du *conjoint* pour sa subsistance et ne doit pas occuper un emploi à temps plein. L'enfant à charge doit être âgé de moins de 21 ans ou moins de 30 ans s'il est un étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu, à la *date de départ*. Par contre, est maintenue au-delà de quelconque limite d'âge, la couverture

d'un enfant handicapé physiquement ou mentalement, entièrement à la charge du *participant* ou du *conjoint* pour sa subsistance, qui était couvert par le contrat en tant que personne à charge avant d'atteindre la limite d'âge que l'assurance aurait normalement pris fin.

Date d'entrée en vigueur désigne la date et l'heure auxquelles *vous* déposez la partie initiale des frais non remboursables de *votre voyage* et avant que toute pénalité d'annulation soit engagée.

Une urgence est définie comme tout événement soudain et imprévu survenant pendant la *période d'assurance* et nécessitant un *traitement* immédiat par un *médecin* autorisé ou une hospitalisation.

Frais médicaux complémentaires ou **FMC** désigne la couverture d'assurance offerte par votre *titulaire du contrat* qui vise à compléter *votre régime public d'assurance maladie*.

Membre de la famille désigne *votre conjoint* ou *votre compagnon de voyage*, votre mère ou père, vos beaux-parents et beaux-parents par alliance, votre fille, fils, bel-enfant, sœur, frère, demi-sœur et demi-frère, vos grands-parents et petits-enfants, et votre tante, oncle, nièce ou neveu; et *celui, celle et ceux de votre compagnon de voyage*.

Global Excel désigne Gestion Global Excel inc., la compagnie désignée par l'assureur pour fournir l'assistance médicale et les services de règlement.

Régime d'assurance maladie gouvernemental désigne l'assurance maladie que les gouvernements provinciaux et territoriaux canadiens offrent à leurs résidents.

Immobilisation désigne le retrait complet et continu des opérations d'un ou plusieurs aéronefs ou bateaux de croisière à la même période ou presque, par mesure de sécurité, suite à un ordre obligatoire de la part de Transport Canada, ou toute autre autorité de l'aviation civile ou autorité marine, suite à un défaut, une faute ou une condition existante, présumée ou soupçonnée d'avoir compromis la sécurité d'exploitation de deux ou plusieurs aéronefs ou bateaux de croisière, peu importe si ces derniers sont détenus ou exploités par la même personne, entreprise ou société.

Hôpital ou **Établissement médical** désigne un établissement autorisé qui fournit aux personnes des soins et des *traitements* médicaux rendus nécessaires par une *urgence*. L'établissement doit avoir en poste des infirmières et des *médecins* diplômés, jour et nuit. Les hôpitaux ou les établissements médicaux n'incluent pas les spas ou les maisons de soins infirmiers.

Assureur désigne la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurance.

Employé clé s'entend d'un employé dont la présence est indispensable à la poursuite des activités de l'entreprise durant *votre* absence.

Affection médicale désigne un *accident* ou une *maladie* (ou une affection liée à cet *accident* ou à cette maladie)

Affection mineure désigne toute maladie ou blessure qui ne requiert pas : la consommation de médicaments pendant une période de plus de 15 jours; plus d'une

visite de suivi chez le *médecin*, une hospitalisation, une intervention chirurgicale ou d'être dirigé vers un spécialiste; et qui prend fin au moins 30 jours consécutifs avant la *date de départ* de chaque *voyage*. Toutefois, un état chronique ou toute complication liée à un état chronique n'est pas considéré comme une affection mineure.

Titres négociables désigne un document qui garantit le paiement d'une somme d'argent particulière, sur demande ou à un moment précis, avec le payeur habituellement désigné sur le document. Les titres négociables sont des promesses ou des engagements inconditionnels de paiement, y compris, mais sans s'y limiter, les chèques, les traites de banques, les obligations au porteur, certains certificats de dépôt, billets à ordre et billets de banque.

Participant désigne un membre admissible dont le *titulaire du contrat* reconnaît le droit à l'assurance en vertu du *contrat* et pour lequel ce dernier a acquitté la prime exigible.

Période d'assurance désigne la période de temps entre *votre date d'entrée en vigueur* et *votre date de retour*.

Médecin désigne un médecin praticien dont le statut juridique et professionnel, à l'intérieur du territoire où il exerce, équivaut à celui d'un docteur en médecine (MD) ayant obtenu un permis d'exercice au Canada, qui est dûment autorisé à exercer dans le territoire donné, qui peut prescrire des médicaments ou pratiquer la chirurgie et qui fournit des soins médicaux au titre de son permis d'exercice. Le médecin doit être une personne autre que *vous-même* ou qu'un membre de *votre famille immédiate*.

Contrat désigne le contrat du Régime d'assurance voyage (Contrat-Cadre) émis au titulaire du contrat par *l'assureur*, et conservé dans les dossiers du *titulaire du contrat*, afin d'offrir une couverture d'annulation de *voyage*, d'interruption de *voyage*, de délai de voyage et d'assurance bagages à ses *participants* et leurs personnes à charge assurées.

Titulaire du contrat désigne Les enseignantes et enseignants retraités de l'Ontario/The Retired Teachers of Ontario (RTOERO) à qui le *contrat* est émis.

Province désigne *votre* province ou le territoire canadien de votre résidence permanente.

Frais de changements de réservation désignent les montants additionnels exigés pour changer *votre* billet initial avant *votre* date de départ, sauf tout écart de tarif entre le montant initial et le nouveau montant, ou les frais pour une classe de réservation différente.

Date de retour désigne la date à laquelle *vous* prévoyez revenir à votre *point de départ*.

Services de covoiturage désigne des sociétés de réseaux de transport qui fournissent des services de transport de covoiturage entre particuliers par l'intermédiaire de réseaux numériques ou d'autres moyens électroniques destinés au grand public

Conjoint désigne une personne avec qui le *participant* est légalement marié ou avec qui il cohabite et qu'il présente publiquement comme son conjoint de fait.

Stable désigne toute *affection médicale* (autre qu'une *affection mineure*) pour lequel les

énoncés suivants sont vrais :

Il n'y a pas eu de nouveau diagnostic, traitement ou médicaments prescrits.

Il n'y a eu aucun changement dans le *traitement* ou le médicament, incluant le changement de quantité, de fréquence ou de type de médicament pris, ou de changement de fréquence ou de type de *traitement*. Un changement de médication ne comprend pas les changements tels que : la diminution ou l'arrêt de la posologie d'un médicament en raison de l'amélioration de *votre affection médicale*, les ajustements courants de Coumadin, Warfarine, d'insuline ou de médicament pour contrôler le diabète par voie orale ainsi que le remplacement d'un médicament de marque par un médicament générique pourvu que la posologie n'ait pas été modifiée.

- Il n'y a pas eu de nouveaux symptômes, de symptômes plus fréquents ni des symptômes plus graves.
- Il n'y a pas eu de résultats de tests prouvant une détérioration de la condition.
- Il n'y a eu aucune hospitalisation ou renvoi à un spécialiste (effectué ou recommandé) et *vous* n'attendez pas de résultats ni d'examen plus poussés relativement à telle *affection médicale*.

Compagnon de voyage désigne une personne, autre qu'une *personne à charge*, qui partage avec la *personne assurée* le coût des dispositions de voyage à partir du *point de départ* du voyage assuré, y compris les *frais d'hébergement* et de transport payés avant la *date de départ*. Un maximum de trois personnes seront considérées compagnons de voyage. À moins d'indication contraire, un compagnon de voyage n'est pas couvert au titre de la présente assurance et devrait envisager l'achat de sa propre assurance.

Traitement désigne un acte médical, thérapeutique ou diagnostic prescrit, exécuté ou recommandé par un *médecin* ou un spécialiste, y compris, sans s'y limiter, une consultation, des médicaments sur ordonnance, des tests, une hospitalisation ou une intervention chirurgicale.

Voyage désigne toute période de voyage à l'extérieur de *votre province* où il y a :

- a) Un *point de départ* et une destination.
- b) Des dates prédéterminées et enregistrées marquant la *date de départ* et *date de retour* de votre voyage sur la confirmation de vos dispositions de voyage

Véhicule désigne tout type d'automobile, de familiale, de mini-fourgonnette, d'utilitaire sport (destiné à circuler sur la voie publique), de motocyclette, de camionnette, de maison mobile, de camionnette de camping ou de maison-remorque de moins de 11 mètres (36 pieds) de long, utilisés exclusivement pour le transport de passagers non payants, et dans lesquels vous prenez place durant le voyage à titre de passager ou de conducteur.

Nous, Notre et Nos désigne *l'assureur*, ou ses représentants autorisés, ou *Global Excel*, le cas échéant.

Vous, Votre et personne(s) assurée(s) désignent le *participant* ou ses *personnes à charge* assurées qui sont couverts par le *contrat*, qu'ils voyagent ensemble ou non.

Régime Protection supplémentaire d'assurance voyage

Le régime Protection supplémentaire d'assurance voyage offre une couverture pour les voyages de plus de 93 jours par *voyage* (période de *votre couverture* de base). Les garanties de *votre* régime Protection supplémentaire d'assurance voyage entrent en vigueur le 94^e jour de tout *voyage* déclaré à votre *administrateur* (Johnson Inc.). Les 93 premiers jours de *votre voyage* sont couverts avec le Régime d'assurance voyage, incluse avec *votre régime Frais médicaux complémentaires* (FMC).

Couverture

Vous pouvez ajouter cinq (5) jours au régime Protection supplémentaire d'assurance d'assurance voyage, immédiatement après les 93 premiers jours d'assurance prévus au titre de *votre* régime d'assurance voyage de base inclus dans *votre* régime *FMC*, pour un *voyage* d'une durée totale de 98 jours. Cette option de cinq jours supplémentaires ne peut être ajoutée à aucune autre option de *voyage*.

Pour les *voyages* plus longs, vous pouvez souscrire une unité de 14 jours pour un *voyage* d'une durée totale de 107 jours. Des unités supplémentaires de 15 jours chacune sont également offertes pour un *voyage* d'une durée maximale de 212 jours pour les résidents de l'Ontario, de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba,

du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse et de Terre-Neuve-et-Labrador, et d'une durée maximale de 182 jours pour les résidents des autres provinces. Il vous incombe de *vous* familiariser avec les exigences relatives à la résidence imposées par *votre régime d'assurance maladie gouvernemental* (RAMG) et de maintenir *votre* régime provincial en vigueur.

Les primes d'assurance applicables sont déterminées selon l'âge et la durée du *voyage*.

Comment souscrire le régime Protection supplémentaire d'assurance voyage

Si vous avez besoin d'assurer un voyage de plus de 93 jours, communiquez avec *l'administrateur* pour obtenir la Proposition d'assurance, le tableau des primes et les options de *voyage* offertes. *L'administrateur* doit recevoir *votre* Proposition d'assurance pour le régime Protection supplémentaire d'assurance voyage ou vous devez communiquer avec lui au 1-877-406-9007 pour souscrire à l'assurance, avant le 94^e jour de *votre voyage*. Vous pouvez consulter les coordonnées à la dernière page de ce livret.

Renouvellement annuel

Afin de garantir une protection continue, chaque année au 1^{er} septembre, *l'administrateur* vous fera automatiquement parvenir un nouveau contrat de *votre* régime Protection supplémentaire d'assurance voyage sélectionné. Vous recevrez un

avis du nouveau contrat au préalable. À moins que vous avisiez votre *administrateur* que *vous* ne désirez pas recevoir un nouveau contrat, ce dernier avec la couverture sélectionnée au préalable du régime Protection supplémentaire d'assurance voyage, vous sera émis chaque année pour la période du 1^{er} septembre au 31 août.

Primes

Les primes seront acquittées par prélèvements mensuels égaux sur votre rente ou votre compte bancaire, jusqu'à la date du dernier prélèvement de l'année d'assurance en cours, soit en juillet.

Prolongation de la protection

Si *vous* décidez de voyager pour une période plus longue que celle initialement prévue, *vous* pouvez ajouter des unités additionnelles au titre de votre régime Protection supplémentaire d'assurance voyage. Toutefois, *vous* devez le faire avant la fin de la protection souscrite initialement. Il suffit de communiquer avec *l'administrateur* et leur faire part de *votre* nouvelle date de retour. Le montant de *votre* prélèvement de prime mensuel sera modifié en conséquence et la confirmation *vous* sera postée.

Diminution de la protection

Si *vous* décidez de retourner dans *votre province* plus tôt que prévu, *vous* pouvez demander une diminution de *votre* protection. Un remboursement sera émis, ou une modification sera apportée au montant de *votre* prélèvement de prime mensuel, pour chaque unité entière inutilisée, pourvu qu'aucune demande de règlement n'ait été présentée ou payée. Aucune portion d'une unité partiellement utilisée ne peut être remboursée. Vous aurez à fournir une preuve de *votre* date de départ et de *votre* date de retour précipité dans *votre province* à *l'administrateur*.

Annulation de la protection

Toute demande de remboursement pour les primes jusqu'à date acquittées au titre de *votre* régime Protection supplémentaire d'assurance voyage doit être faite auprès de *l'administrateur*, avant *votre* date de départ prévue, si *vous* souhaitez de ne plus voyager, ou de ne pas voyager au-delà des 93 jours prévus par l'assurance voyage collective incluse avec *votre régime Frais médicaux complémentaires*.

Régime supplémentaire d'annulation et d'interruption de voyage

Le Régime supplémentaire d'annulation et d'interruption de voyage offre une couverture jusqu'à concurrence de 12 000 \$ par *personne assurée* pour un voyage *spécifique*. Ce régime est assujéti aux modalités du Certificat d'assurance du régime d'assurance annulation et interruption de voyage en vertu du présent régime d'assurance voyage fourni avec votre régime *Frais médicaux complémentaires (FMC)*. Lorsque *vous* achetez ce régime pour un *voyage* particulier, toute mention de « 6 000 \$ par *personne assurée*, par *voyage* » dans le Certificat d'assurance du régime d'assurance annulation et interruption de voyage du régime d'assurance voyage, doit être remplacée par

« 12 000 \$ par *personne assurée*, pour ce *voyage* particulier ».

Couverture

Vous pouvez souscrire cette couverture du régime supplémentaire d'annulation et d'interruption de voyage pour un *voyage* distinct qui nécessite une couverture pour les frais de voyage prépayés dépassant le montant maximal de 6 000 \$ par *personne assurée* offert en vertu du Certificat d'assurance du régime d'assurance annulation et interruption de voyage du Régime d'assurance voyage fourni avec *votre régime Frais médicaux complémentaires*.

Lorsque vous souscrivez ce régime, votre couverture en vertu du certificat d'assurance du régime d'assurance annulation et interruption de voyage en vertu du présent régime d'assurance voyage fourni avec votre régime *Frais médicaux complémentaires* (FMC) sera modifiée avec une prestation maximale jusqu'à concurrence de 12 000 \$ par *personne assurée* et pour ce *voyage* distinct. La couverture d'annulation de voyage en vertu du régime supplémentaire d'annulation et d'interruption de voyage commence à la date à laquelle *vous* souscrivez cette assurance, indiquée comme la date d'entrée en vigueur dans *votre* lettre de confirmation d'assurance.

Tout autre *voyage* sera assujéti à la prestation maximale de 6 000 \$ par *personne assurée*, par *voyage*, conformément au certificat d'assurance du régime d'assurance annulation et interruption de voyage sauf si *vous* avez acheté ce régime supplémentaire d'annulation et d'interruption de voyage pour ce *voyage*.

Primes

Les taux de prime dépendent de la couverture que vous avez choisie pour compléter la couverture actuelle à un maximum de prestations plus élevé pour un voyage en particulier (couverture individuelle, couple ou famille).

Les primes sont déduites de *votre* compte de pension/rente ou de votre compte bancaire sous forme de paiement forfaitaire unique ou de versements mensuels égaux jusqu'à la dernière date de retenue de l'année d'assurance en cours, soit en juillet.

Comment s'inscrire au régime supplémentaire d'annulation et d'interruption de voyage

Si *vous* avez besoin d'une couverture d'assurance annulation et interruption de voyage pouvant atteindre 12 000 \$ par *personne assurée* pour un *voyage* en particulier, veuillez communiquer avec *l'administrateur* pour obtenir un Formulaire de demande.

Pour que *votre* régime supplémentaire d'annulation et d'interruption de voyage soit en vigueur, *l'administrateur* doit recevoir *votre* Formulaire de demande au Régime supplémentaire d'annulation et d'interruption de voyage ou *vous* devez l'appeler pour souscrire par téléphone.

Pas de réémission annuelle

Ce régime n'est pas automatiquement réémis. *Vous* pouvez souscrire cette protection lorsque *vous* avez besoin d'assurer un montant d'annulation de voyage et d'interruption de voyage pour vos dispositions de voyage supérieur à 6 000 \$ par *personne assurée*

pour un *voyage* particulier.

Annulation de la protection

Un remboursement de la prime reçue à ce jour, pour *votre* régime supplémentaire d'annulation et d'interruption de voyage, doit être demandé à *l'administrateur* avant *votre* date de départ prévue lorsque *vous* décidez de ne pas voyager du tout.

La prime que *vous* avez payée ne peut être remboursée que si *votre voyage* est annulé avant *votre* départ et :

- le *fournisseur de services de voyage* annule *votre voyage* et toutes les pénalités sont annulées; **ou**
- le fournisseur de services de voyage change les dates de voyage et vous ne pouvez pas voyager à ces dates et toutes les pénalités sont annulées; **ou**
- vous annulez votre voyage avant que des pénalités d'annulation soient en vigueur.

Avis important concernant les renseignements personnels de la personne assurée pour les projets de voyage

La Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances (« nous ») recueille, utilise et divulgue vos renseignements personnels (y compris les échanges de ces informations avec *votre* courtier ou représentant en assurance, nos affiliés et filiales, les organisations qui peuvent vous référer à nous et nos fournisseurs de services) aux fins d'assurance comme l'administration, l'évaluation et le traitement des demandes de règlements; vos renseignements personnels sont aussi requis pour vous offrir les services d'assistance. Normalement, nous recueillons les renseignements personnels des individus qui font une demande d'assurance, des *titulaires du contrat*, des *personnes assurées* et des réclamants. Dans certains cas, nous recueillons ces renseignements personnels auprès de la famille, d'amis ou de *compagnons de voyage* lorsqu'un *titulaire du contrat*, une *personne assurée* ou un réclamant est incapable de communiquer directement avec nous pour des raisons médicales ou autres. Aux fins d'assurance, nous recueillons aussi ces renseignements auprès de tierces parties comme, mais sans nécessairement s'y limiter, les praticiens de la santé, les établissements hospitaliers au Canada et à l'étranger, les assureurs en soins de santé privés et gouvernementaux, les membres de la famille de la personne assurée, les amis du *titulaire du contrat*, la *personne assurée* ou le réclamant. En certaines circonstances, nous pouvons aussi conserver, communiquer ou transmettre l'information à des fournisseurs de services de soins de santé (ou autres) situés à l'extérieur du Canada, particulièrement dans les pays de juridiction différente où peut voyager une personne assurée; les renseignements personnels peuvent donc être accessibles aux autorités conformément aux lois qui régissent ces autres juridictions. Pour de plus amples informations sur nos pratiques en matière de protection de la vie privée ou pour obtenir une copie de notre politique de confidentialité, visitez www.rsatravelinsurance.com.

Identification de l'assureur pour l'assurance voyage

Ces produits d'assurance sont souscrits auprès de la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances et sont administrés par Johnson Inc. Johnson Inc. et la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances, sont des sociétés de propriété commune.

©2023 Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances. Tous droits réservés.

®RSA, RSA & Design ainsi que les mots et logos s'y rattachant sont des marques de commerce appartenant au RSA Insurance Group Limitée et utilisées sous licence par la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances.

Johnson Insurance est un nom de commerce de Johnson Inc. Johnson est un intermédiaire autorisé en matière d'assurance.

® « Global Excel » et le logo Global Excel sont des marques déposées de Gestion Global Excel inc.

McMédecin-Sur-Appel est une marque de commerce de Gestion Global Excel inc.

Renseignements importants

Numéros identifiants :

Mon numéro de certificat (ID#) _____

Mon numéro RGAM _____

Le numéro RGAM de ma conjointe/mon conjoint _____

En cas d'urgence, contactez :

Nom _____

N° de téléphone _____

NOTE : Ayez toujours votre carte des avantages sur vous.

Securian Canada est la marque utilisée par la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada, et la Compagnie d'assurance générale Première du Canada pour exercer leurs activités au Canada. Les polices d'assurance sont établies par la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada. Securian Canada est l'assureur des régimes Frais hospitaliers et soins de convalescence, Frais médicaux complémentaires et Soins dentaires, dans le cadre d'un contrat d'assurance collective portant les numéros 141000, 141001 et 141002. Le coût de l'assurance est basé sur les tarifs convenus entre Securian Canada et RTOERO. On vous informera de ce coût par le biais d'un relevé ou d'un avis écrit. Les primes sont révisées tous les ans. Elles sont susceptibles de changer. On vous fera parvenir des avis de renouvellement pour vous aviser de toute modification apportée. Les taxes applicables seront ajoutées au paiement de votre prime.

La portion portant sur le régime d'assurance voyage de votre régime Frais médicaux complémentaires est souscrite par la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances, et elle est administrée par Johnson Inc. Johnson Inc. et la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances, sont de propriété commune.

©2025 Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances. Tous droits réservés. ®RSA, RSA & Design ainsi que les mots et logos s'y rattachant sont des marques de commerce appartenant au RSA Insurance Group Limitée et utilisées sous licence par la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances. Johnson Insurance est un nom de commerce de Johnson Inc. (« Johnson »).

Johnson est un intermédiaire autorisé en matière d'assurance. ® « Global Excel » et le logo Global Excel sont des marques déposées de Gestion Global Excel inc.

Ce livret décrit également les services d'orientation offerts par CloudMD, qui ne sont pas assurés ou administrés par La Première du Canada.

Toute action ou procédure à l'encontre d'un assureur pour le recouvrement des sommes dues au titre du contrat est absolument prescrite si elle n'est pas engagée dans le délai prévu par la loi sur les assurances (pour les actions ou procédures régies par les lois de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et du Manitoba), par la Loi sur la prescription des actions, 2002 (pour les actions ou poursuites régies par les lois de l'Ontario), par l'article 2925 du Code civil du Québec (pour les actions ou poursuites régies par les lois du Québec) ou par toute autre législation applicable.

Comment RTOERO appuie vos régimes

Le Régime d'assurance collective Entente est détenu et géré par RTOERO, la plus importante organisation à but non lucratif de son genre et une voix nationale, bilingue et reconnue visant à favoriser une vie saine et active à la retraite. Son conseil d'administration et le comité des assurances, dirigés par des bénévoles, gèrent la conception du régime et les primes en recherchant l'intérêt prioritaire des participants au régime.

Le service est fourni par :

- Johnson Inc., l'administrateur des demandes de règlement et du service — et fier partenaire de RTOERO depuis plus de 30 ans
- La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada, en tant que souscripteur des régimes Frais médicaux complémentaires, Frais hospitaliers et soins de convalescence, et Soins dentaires Entente. Securian Canada est la marque utilisée par la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada, et la Compagnie d'assurance générale Première du Canada pour exercer leurs activités au Canada.
- La Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances (« RSA »), en tant que souscripteur de notre assurance voyage et Protection supplémentaire d'assurance voyage

Ce livret fournit un sommaire des régimes d'assurance collective Entente et ne constitue pas un contrat d'assurance. Le fait de posséder ce livret ne confère pas un droit aux garanties prévues par les régimes d'assurance qui y sont présentés. Toutes les descriptions des garanties sont gouvernées par les contrats d'assurance principaux détenus par RTOERO. En cas de divergence entre les contrats d'assurance principaux et les informations contenues dans ce livret, les contrats d'assurance principaux auront préséance. Les contrats d'assurance principaux déterminent votre admissibilité aux garanties prévues et décrivent vos droits au paiement de toute prestation. RTOERO et/ou les assureurs se réservent le droit d'effectuer des changements aux modalités des garanties et aux processus administratifs en tout temps et n'assument aucune responsabilité pour toute mesure prise par le gouvernement qui pourrait de façon quelconque influencer ces régimes.

Votre régime gouvernemental provincial d'assurance maladie doit être en vigueur afin que les garanties des régimes d'assurance collective Entente s'appliquent.

Mise à jour : Janvier 2025



Coordonnées

Information générale

Sans frais au Canada et aux États-Unis :
1-888-PGA-5450
pga@ententeinsurance.ca

Global Excel Management Inc.

Numéro sans frais au Canada/É.-U.
1-877-346-1467

Numéro sans frais au Mexique :
800-062-4728

Numéro sans frais à travers le monde
+ 819-780-0647

assistance@globalexcel.com
globalexcelservices.com

Les participants à l'assurance voyage
doivent appeler immédiatement avant de
demander un traitement en cas d'urgence.
Disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7

Kii by CloudMD

1-866-814-0018
mso.kiihealth.ca/rtoero

Compagnie d'assurance-vie Première du Canada

Agent de la protection des renseignements
personnels :

1-888-968-4155
25 Sheppard Avenue West Suite 1400
Toronto, ON M2N 6S6
securiancanada.ca/fr/privacy-code

Johnson Inc.

Région de Toronto : 416-920-7248
Numéro sans frais en Amérique du Nord :
1-877-406-9007

Adresse de dépôt en personne :

18 chemin Spadina, Bureau 100
Toronto, ON M5R 2S7

Service des avantages collectifs

healthbenefits@johnson.ca

Adresse postale :

PO Box 4408 STN A
Toronto, ON M5W 3V7

Équipe des demandes de règlement

pbclaimsonario@johnson.ca

Adresse postale :

PO Box 4287 STN A
Toronto ON M5W 5X1