

English version

POLICE

Souscription
médicale personnelle



1er juin 2024



Assurances

ADMISSIBILITÉ

Vous n'êtes admissible à aucune couverture en vertu du présent contrat si :

- a. ***Vous avez reçu un diagnostic de maladie en phase terminale pour laquelle un médecin a estimé qu'il vous restait moins de 6 mois à vivre;***
- b. ***Vous avez été informé par un médecin de ne pas voyager présentement;***
- c. ***Vous avez besoin de dialyse rénale;***
- d. ***Vous avez déjà reçu une greffe de la moelle osseuse ou une greffe d'organe (autre qu'une greffe de la peau ou de la cornée);***
- e. ***Vous avez reçu un diagnostic ou un traitement médical pour un cancer avec métastases au cours des 5 dernières années;***
- f. ***Vous avez reçu une prescription ou avez utilisé de l'oxygène à domicile pour une condition pulmonaire au cours des 12 derniers mois.***

EN CAS D'URGENCE, VEUILLEZ APPELER L'ASSISTANCE CAA SANS TARDER :

Dès que *vous* ressentez les premiers symptômes d'une *urgence médicale*, et avant même de recevoir un *traitement médical*, *vous* devez communiquer avec l'*Assistance CAA*. Toutefois, si *vous* êtes dans l'impossibilité de le faire pour des raisons médicales, *vous* ou une tierce personne devez communiquer avec l'*Assistance CAA* dès qu'il est raisonnablement possible de le faire.

PAYS

au Canada et dans les États-Unis continentaux

Australie

Costa Rica

République dominicaine

Jamaïque

Mexique

Nouvelle-Zélande

Afrique du Sud

Thaïlande

Royaume-Uni

À frais virés, de tout autre pays

Par courriel, s'il n'est pas possible de téléphoner

NUMÉRO SANS FRAIS

1-866-580-2999

0011-800-8877-9000

00 800-8877-9000

1-800-203-9652

1-800-204-0004

001-800-514-2999

00 800-8877-9000

00 800-8877-9000

001-800-8877-9000

00 800-8877-9000

+1-519-251-5179

orionassistance@globalexcel.com

Vous devez appeler l'*Assistance CAA* avant de recevoir un *traitement*, pour que *nous* puissions :

- confirmer *votre* protection; et
- approuver préalablement le *traitement*.

S'il *vous* est impossible pour des raisons médicales d'appeler avant d'obtenir un *traitement médical*, veuillez demander à quelqu'un de le faire pour *vous* ou appeler dès que possible. Si *vous* n'appellez pas l'*Assistance CAA* avant d'obtenir un *traitement médical* :

- le montant maximal de vos prestations sera réduit à 80% des frais médicaux couverts aux termes de cette assurance, jusqu'à concurrence de 25,000 \$; et
- les soins ambulatoires seront limités à une (1) visite par *accident, maladie ou blessure*.

Tous les autres frais seront à *votre* charge.

Table des matières

Renseignements importants à propos de ce <i>contrat</i>	2
Assurance Soins médicaux d'urgence.....	3
Extensions.....	14
Remboursements.....	15
<i>Assistance CAA</i>	15
Soumettre une réclamation.....	17
Définitions.....	18
Conditions générales de la convention.....	23
Dispositions légales.....	26
Avis sur la confidentialité.....	27
Produits similaires.....	28
Orientation vers l'Autorité des marchés financiers (AMF).....	28
Avis de résolution d'un contrat d'assurance.....	29

DROIT D'EXAMEN PENDANT 10 JOURS

Veillez prendre le temps de lire *votre contrat* et de bien examiner toutes vos couvertures. Si *vous* avez des questions, *vous* pouvez *nous* téléphoner au 1 833 247-2940. *Vous* pouvez résilier le présent *contrat* dans les 10 *jours* suivant sa souscription si *vous* n'êtes pas parti en *voyage* et si aucune réclamation n'est en cours.

Renseignements importants à propos de ce *contrat*

Association Canadienne des compagnies d'assurance des personnes AVIS IMPORTANT – LISEZ ATTENTIVEMENT CE QUI SUIT AVANT DE VOYAGER

Vous avez souscrit un *contrat* d'assurance voyage. Et maintenant? *Nous* tenons à ce que *vous* compreniez, dans *votre* meilleur intérêt, ce que *votre* police couvre, ce qui est exclu et ce qui est limité (c'est-à-dire qu'un montant maximum payable s'applique). Veuillez prendre le temps de lire intégralement *votre* police avant de partir. **Les termes en italiques sont définis dans *votre* police.**

- L'assurance voyage couvre les réclamations liées à des événements soudains et imprévus (c'est-à-dire des *accidents* ou des situations d'*urgence*) et ne couvre généralement pas les suivis ni les soins récurrents.
- Pour *vous* prévaloir de cette assurance, *vous* devez remplir toutes les conditions d'admissibilité.
- Cette assurance comporte des limitations et des exclusions (p.ex., des ***conditions médicales*** qui ne sont pas *stables*, une grossesse, l'abus d'alcool, et les activités à haut risque).
- Cette assurance pourrait ne pas couvrir les réclamations liées à des ***conditions médicales préexistantes***, que la condition ait été déclarée ou non au moment de la souscription.
- *Vous* devez contacter ***l'Assistance CAA*** avant d'obtenir un ***traitement***, sans quoi *votre* réclamation pourrait être limitée ou refusée.
- Lors d'une réclamation, *vos* antécédents médicaux pourraient être vérifiés.
- Si *vous* avez répondu à un *questionnaire médical* et qu'une de *vos* réponses soit inexacte ou incomplète, *votre contrat* sera annulable.

IL EST DE *VOTRE* RESPONSABILITÉ DE COMPRENDRE *VOTRE* COUVERTURE. SI *VOUS* AVEZ DES QUESTIONS, CONTACTEZ-NOUS AU 1 833 247-2940 OU CONSULTEZ LE SITE CAAQUEBEC.COM.

Veuillez lire la police attentivement avant de partir en voyage.

Le présent *contrat* renferme une disposition qui révoque ou limite *votre* droit de désigner les personnes à qui ou pour qui les prestations d'assurance seront payables.

Ce *contrat* couvre uniquement les pertes résultant de circonstances imprévisibles et nouvelles. Il contient des dispositions, limitations, conditions et exclusions à la foi générales et particulières, qui pourraient limiter les prestations payables.

Préséance de la version française

En cas de divergence entre les versions française et anglaise des dispositions de la présente police, la préséance sera donnée à la version française du texte.

VEUILLEZ LIRE CETTE POLICE

Il *vous* incombe de lire attentivement la présente police avant de partir en voyage, et plus particulièrement les sections ayant trait aux couvertures d'assurance que *vous* avez souscrites. Certaines conditions peuvent limiter le montant des prestations qui *vous* sont payables.

Référez-*vous* à *votre Attestation d'assurance* pour savoir à quel(s) régime(s) *vous* avez souscrits, puis référez-*vous* à la description de ces régimes (utilisez à cette fin la table des matières qui se trouve au début du présent document).

En suivant les instructions de la section Soumettre une réclamation, qui commence à la page 17, *vous* pouvez accélérer l'évaluation de la demande et, s'il y a lieu, le paiement des frais couverts.

Renseignements importants à propos de ce contrat

Dans la police, *vous* remarquerez que certains termes sont portés à *votre* attention par l'utilisation de l'italique. Ces termes sont expliqués dans la section **Définitions**, qui commence à la page 18. Accordez une attention particulière à ces définitions, car *nous* avons donné un sens très spécifique à ces termes.

EMPORTEZ LA CARTE-PORTEFEUILLE, VOTRE CARTE D'ASSURANCE MALADIE DE VOTRE PROVINCE DE RÉSIDENCE ET LA POLICE AVEC VOUS.

Vous recevrez une carte-portefeuille sur laquelle figurent d'importants numéros de téléphone d'urgence que ***vous devez contacter*** en cas de sinistre ***avant de recevoir un traitement médical***. Ayez cette carte et *votre* carte d'assurance maladie de *votre* province sur *vous* en tout temps. Veillez à emporter la police, ainsi que l'*Attestation d'assurance* avec *vous*, lorsque *vous* voyagez.

Assurance Soins médicaux d'urgence

Admissibilité	<ul style="list-style-type: none"> La souscription est assujettie aux critères d'Admissibilité inscrits à l'intérieur de la page couverture.
Conditions d'achat	<ul style="list-style-type: none"> <i>Vous</i> devez être un résident canadien couvert par un régime public d'assurance maladie pendant toute la durée du voyage. Les demandeurs doivent remplir un questionnaire médical. L'assurance doit être souscrite au plus 90 jours avant la date de départ ou la date de prise d'effet.
Début de la période de couverture	<p>À la dernière des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> La date à laquelle <i>vous</i> quittez la province ou le territoire canadien de résidence; ou La date de départ ou la date de prise d'effet inscrite sur votre Accord de souscription médicale personnelle.
Fin de la période de couverture	<p>À la première des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> La date à laquelle <i>vous</i> retournez dans <i>votre</i> province ou territoire canadien de résidence; ou La date de retour inscrite sur votre Accord de souscription médicale personnelle.
Âge maximum	Aucun âge limite
Maximum des prestations	<p>Jusqu'à 5 millions de dollars. Maximum de 25 000 \$ pour l'ensemble des prestations de l'assurance Soins médicaux d'urgence si, au moment du sinistre :</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>votre</i> couverture au régime public d'assurance maladie avait pris fin; et/ou <i>vous</i> n'aviez pas obtenu l'autorisation du régime public d'assurance maladie pour couvrir vos jours de voyage excédant les jours couverts par le régime public d'assurance maladie à l'extérieur de <i>votre</i> province ou territoire canadien de résidence.
Nombre maximal de jours du voyage, y compris extension	Le nombre maximal de jours de voyage ne peut excéder la période pendant laquelle <i>vous</i> êtes couvert par le régime public d'assurance maladie ou 365 jours, selon la période la plus courte.

Assurance Soins médicaux d'urgence

Vous devrez fournir la preuve de la *date de départ* et de la *date de retour* si *vous* présentez une réclamation (par exemple, le billet d'*avion*, l'estampille des douanes ou du service d'immigration ou un autre reçu).

EXIGENCE DU RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE MALADIE PROVINCIAL OU TERRITORIAL CANADIEN RELATIVE AUX SÉJOURS PROLONGÉS

Les *régimes publics d'assurance maladie* provinciaux et territoriaux canadiens limitent le nombre maximal de *jours* que *vous* pouvez passer à l'extérieur du Canada sans perdre la couverture du régime. Veuillez vérifier les modalités de *votre régime public d'assurance maladie*.

Pour les *voyages* qui excèdent le nombre maximal de *jours* couvert par *votre régime public d'assurance maladie*, *vous* devez obtenir une autorisation écrite de *votre régime* prouvant que *votre* couverture demeurera en vigueur pour toute la durée de *votre voyage*. Si *vous* n'obtenez pas l'autorisation du *régime public d'assurance maladie*, tous les *jours* de *voyage* excédant le nombre maximal de *jours* permis en vertu de *votre régime* seront assujettis à un maximum de 25 000 \$ pour toutes les prestations d'assurance Soins médicaux d'urgence.

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Le *questionnaire médical* dûment rempli fait partie du présent *contrat* d'assurance.

Il est important que *vous nous* préveniez sans tarder au 1 833 247-2940 s'il y a une inexactitude dans *vos* réponses afin que *vous* puissiez prendre des mesures immédiates pour remplir un nouveau *questionnaire médical*.

S'il s'avère que *vous* n'avez pas répondu de façon véridique et exacte à au moins une des questions du *questionnaire médical* au moment de la souscription, *vous* serez tenu de payer la première tranche de 5 000 \$ de toute réclamation, en sus de toute franchise applicable à *votre contrat*. *Vous* serez également tenu de payer la prime supplémentaire exigée en fonction des réponses véridiques et exactes dans le *questionnaire médical*, sans quoi aucune couverture ne sera fournie par la suite en vertu du présent *contrat*.

RETOUR TEMPORAIRE DANS VOTRE PROVINCE OU TERRITOIRE CANADIEN DE RÉSIDENCE

Si *vous* décidez de revenir dans *votre* province ou territoire canadien de résidence pour un court séjour pendant *votre* période de couverture :

- *vous* pouvez le faire sans résilier *votre contrat* d'origine et sans avoir besoin d'un nouveau *contrat*;
- *votre* assurance Soins médicaux d'urgence n'est pas en vigueur et aucun remboursement de prime ne *vous* sera versé pour les *jours* durant lesquels *vous* *vous* trouvez dans *votre* province ou territoire canadien de résidence.

RISQUES ASSURÉS – CE QUI EST COUVERT

Cette assurance couvre le paiement des frais encourus lors d'une *urgence médicale*. **Des indemnités seront versées pour les frais usuels et raisonnables engagés lors d'une urgence à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une blessure soudaines lors d'un voyage pendant la période de couverture du présent contrat.** Les *traitements* admissibles sont ceux déclarés **urgents** et **nécessaires** à la stabilisation de la *condition médicale*.

Assurance Soins médicaux d'urgence

FRANCHISE

Si *vous* avez choisi une franchise, *nous* payons les frais admissibles engagés excédant ce montant, tel qu'indiqué dans *votre Accord de souscription médicale personnelle*. Les prestations prévues en vertu de la présente couverture sont accordées une fois que la franchise a été payée. La franchise est en dollars américains et s'applique par *assuré* et par *voyage* lorsque les prestations couvertes par les programmes gouvernementaux ont été payés.

PRESTATIONS ET SERVICES OFFERTS

Les prestations suivantes sont fournies par *assuré*, par *voyage* pour les *frais usuels et raisonnables* mentionnés ci-dessous, pour des services urgents, imprévus et *nécessaires du point de vue médical*, conformément aux modalités du présent *contrat*. La couverture est assujettie à un maximum de 5 millions de dollars par *voyage*, **à condition que les frais ne soient pas engagés avant d'obtenir l'approbation de l'Assistance CAA.**

FRAIS POUR HOSPITALISATION, SOINS MÉDICAUX, SOINS DENTAIRES ET SOINS PARAMÉDICAUX

1. **Hospitalisation :**

Le coût des services à *l'hôpital* dans une chambre privée ou semi-privée d'un *hôpital* (ou dans une unité de soins intensifs ou de soins coronariens lorsque c'est *nécessaire du point de vue médical*).

2. **Frais accessoires :**

Les coûts inhérents à *l'hospitalisation* (téléphone, télévision, stationnement, etc.) jusqu'à une limite de 100 \$ par *jour* et à un maximum de 2 000 \$ pour une *hospitalisation* d'au moins 48 heures. Cette prestation *vous* sera versée sous la forme d'un montant forfaitaire une fois que *vous* aurez reçu *votre congé de l'hôpital* et que *votre réclamation* aura été approuvée.

3. **Honoraires de médecins :**

La différence entre les honoraires demandés par un *médecin* et les prestations prévues en vertu des programmes gouvernementaux.

4. **Services de diagnostic :**

Le coût des tests en laboratoire et des radiographies lorsqu'ils sont prescrits par le *médecin* traitant.

5. **Appareils médicaux :**

Le coût de location ou d'achat de plâtres, de bandages herniaires, d'appareils orthopédiques, de béquilles, de cannes, d'attelles, de fauteuils roulants, de corsets orthopédiques et d'autres appareils médicaux lorsqu'ils sont prescrits par le *médecin* traitant.

6. **Honoraires d'infirmiers :**

Le coût pour un infirmier certifié pour des soins privés pendant *l'hospitalisation*, lorsque c'est *nécessaire du point de vue médical* et prescrit par le *médecin* traitant.

7. **Services professionnels (lorsqu'ils sont prescrits dans le cadre du traitement médical d'urgence) :**

Le coût des services professionnels fournis par un physiothérapeute, un podologue, un chiropraticien, un ostéopathe ou un podiatre, lorsqu'ils sont *nécessaires du point de vue médical* et prescrits par le *médecin* traitant.

8. **Médicaments (lorsqu'ils sont prescrits dans le cadre du traitement médical d'urgence) :**

Les frais de médicaments obtenus sur ordonnance d'un *médecin*, sauf s'ils sont nécessaires pour la stabilisation continue d'une *condition médicale* chronique.

Assurance Soins médicaux d'urgence

9. Soins dentaires :

Remboursement pour :

- Le *traitement* dentaire d'*urgence* à la destination du *voyage* afin de réparer une dent naturelle ou une dent artificielle permanente endommagée à la suite d'une *blessure* externe, à condition que *vous* consultiez un *médecin* ou un dentiste immédiatement après la *blessure* jusqu'à concurrence de 5 millions de dollars;
- Le *traitement* dentaire d'*urgence* nécessaires décrits au point 9.a. ci-dessus, qui doit être poursuivi à *votre* retour dans *votre* province ou territoire canadien de résidence, à condition que le *traitement* soit terminé dans les 180 *jours* suivant l'*accident*, jusqu'à concurrence de 2 000 \$; et
- Tout autre *traitement* dentaire d'*urgence* à la destination du *voyage* (à l'exclusion d'un traitement de canal ou tout dommage aux dentiers) jusqu'à concurrence de 500 \$.

FRAIS DE TRANSPORT

10. Service d'ambulance ou de taxi :

Les frais de transport terrestre ou aérien jusqu'à l'établissement médical autorisé le plus proche, y compris le transfert entre *hôpitaux* lorsque le *médecin* traitant et l'*Assistance CAA* estiment que les installations existantes sont inadéquates pour *traiter* le patient ou stabiliser sa condition.

11. Rapatriement dans la province de résidence :

- Le coût de rapatriement dans *votre* province de résidence par le moyen de transport approprié afin de recevoir des soins médicaux immédiats jusqu'à concurrence de 5 millions de dollars; et
- Le coût de rapatriement de *votre compagnon de voyage* ou de l'un des *membres de votre famille immédiate* est couvert en vertu du présent *contrat* si *vous* n'êtes pas en mesure de revenir à *votre* point de départ par le moyen de transport initialement prévu pour le retour. Les frais liés à un adulte accompagnateur sont couverts pour le rapatriement d'un *enfant*; et
- Le coût de l'hébergement commercial et des repas, des trajets en taxi et des appels téléphoniques essentiels pour un *compagnon de voyage* ou un *membre de la famille immédiate* si *vous* êtes transféré ailleurs qu'à *votre* point de départ, jusqu'à une limite de 300 \$ par *jour* et à un maximum de 900 \$; et
- Le coût d'un accompagnateur médical qualifié afin de *vous* accompagner dans *votre* province ou territoire canadien de résidence, lorsque c'est recommandé par le *médecin* traitant. Sont remboursables le coût d'un billet d'*avion* aller-retour, les frais d'une nuitée dans un établissement hôtelier, ainsi que ceux des repas (lorsqu'ils sont nécessaires).
- Le coût des places supplémentaires pour accommoder une civière à bord d'un avion qui *vous* ramène dans *votre* province ou territoire canadien de résidence.

12. Transport pour *vous* rendre visite :

Les dépenses couvertes pour un *membre de la famille immédiate* ou un ami proche qui se trouve ailleurs qu'à la destination du *voyage* afin qu'il *vous* rende visite là où *vous* êtes *traité* ou qu'il se rende sur place pour identifier *votre* dépouille comprennent :

- les frais raisonnables engagés pour l'hébergement commercial, les repas dans un établissement commercial, les trajets en taxi et les appels téléphoniques essentiels, ainsi que les frais de services de garde d'*enfant*, jusqu'à un maximum de 300 \$ par *jour* ou jusqu'à une limite maximale de 1 500 \$; et

Assurance Soins médicaux d'urgence

- b. le transport aller-retour en classe économique; et
- c. l'assurance voyage pour la personne qui se rend à *vos* chevet, assujettie aux modalités de *vos* assurance Soins médicaux d'urgence.

Les dépenses décrites ci-dessus seront **remboursées** seulement si *vous* demeurez *hospitalisé* pendant au moins 3 *jours* et si le *médecin* traitant reconnaît par écrit que la visite est nécessaire. Si *vous* êtes atteint d'un handicap physique ou mental ou que *vous* êtes *âgé* de moins de 26 ans et que *vous* êtes à la charge du membre de *vos* famille à *vos* chevet, *vous* bénéficiez de cette prestation immédiatement.

13. Garde d'enfants :

Si un parent ou un tuteur légal *assuré* participant au *voyage* doit être rapatrié pour des raisons médicales ou est *hospitalisé*, nous verserons les prestations suivantes :

- a. Le **remboursement** des frais liés à un adulte accompagnateur est couvert pour le rapatriement d'un *enfant*;
- b. Le **remboursement** pour les services d'un *gardien* engagé par *vous* pour *vos* ou *vos* enfants ou petits-enfants *assurés*. Cette prestation est limitée aux *enfants* de 19 ans et moins (sauf en cas de handicap physique ou mental). La prestation d'un préposé sera organisée par l'*Assistance CAA*;
- c. Le **remboursement** allant jusqu'à 1 000 \$ pour la garde d'un *enfant* dans *vos* province ou territoire canadien de résidence dans l'éventualité où son parent ou tuteur légal se trouve à *vos* chevet dans un *hôpital* à la destination. Cette prestation est limitée aux *enfants* de 19 ans et moins (sauf en cas de handicap physique ou mental).

14. Retour du véhicule :

- a. Les frais raisonnables pour retourner *vos* véhicule, privé ou de location, par une agence commerciale ou par une personne autorisée par l'*Assistance CAA*, jusqu'à *vos* résidence ou à l'agence de location appropriée la plus proche si *vous* n'êtes pas en mesure de retourner le *véhicule* en raison d'un *accident*, d'une *maladie* ou d'une *blessure*. Un certificat médical fourni par le *médecin* traitant à l'endroit où l'incapacité est survenue est nécessaire afin d'attester que *vous* êtes incapable d'utiliser *vos* véhicule;
- b. Le coût d'un billet d'avion aller simple pour *vous* si *vos* véhicule privé est volé ou non fonctionnel en raison d'un *accident*.

15. Retour des bagages :

Les frais pour le retour de *vos* bagages après *vos* rapatriement pour raison médicale ou *vos* décès sont couverts, jusqu'à un maximum de 500 \$.

16. Retour des animaux de compagnie :

Les frais pour rapporter *vos* ou *vos* animaux de compagnie dans *vos* province de résidence en cas de rapatriement pour raison médicale ou de décès, jusqu'à un maximum de 500 \$.

17. Rapatriement de dépouille :

- a. Le **remboursement** des coûts réels de préparation et de transport de *vos* dépouille jusqu' au point de départ dans la province de résidence, jusqu'à un maximum de 5 millions de dollars; ou
- b. Le **remboursement** de l'enterrement sur place ou de la crémation, jusqu'à un maximum de 10 000 \$.

Aucune prestation n'est payable pour le coût d'une pierre tombale, d'un cercueil, d'une urne ou des services funéraires.

Assurance Soins médicaux d'urgence

FRAIS POUR SOINS D'URGENCE :

18. Allocation de subsistance :

Les frais pour l'hébergement commercial, les repas dans un établissement commercial, les trajets en taxi et les appels téléphoniques essentiels lorsque *vo*tre retour est retardé parce que *vous*, un membre de *vo*tre famille ou *vo*tre compagnon de voyage avez subi un *accident*, une *maladie* ou une *blessure*, jusqu'à une limite de 350 \$ par *jour* et à un maximum de 3 500 \$. Si en raison d'une *maladie* ou d'une *blessure* *vo*tre retour est retardé plus de 10 *jours* après la *date de retour* prévue, l'allocation de subsistance ne sera versée que sur présentation d'une preuve à l'effet qu'un membre de *vo*tre famille qui *vous* accompagne, un *compagnon de voyage* ou *vous*-même avez été admis à l'*hôpital* et y avez séjourné pendant au moins 72 heures au cours de cette période de 10 *jours*.

19. Évacuation d'urgence pour raison non médicale :

Les frais de *vo*tre évacuation d'urgence en zone montagneuse, en mer ou dans un autre endroit éloigné, vers l'endroit le plus proche et le plus accessible par des services professionnels, jusqu'à un maximum de 5 000 \$.

20. Retour à la destination du voyage à l'extérieur de votre province de résidence :

Pendant *vo*tre période de couverture, le coût d'un billet *d'avion* aller simple en classe économique afin que *vous* permettiez de retourner à *vo*tre destination après que *vous* soyez revenu dans *vo*tre province ou territoire canadien de résidence pour y obtenir un *traitement médical* immédiat, si *vo*tre médecin traitant approuve le *voyage* et qu'aucun autre *traitement* n'est nécessaire. Aucune récidive ou complication ne sera couverte en vertu du présent *contrat*.

21. Suivi médical au Canada :

Le **remboursement** des frais suivants s'ils ont été engagés dans les 15 *jours* du rapatriement si *nous* *vous* avons rapatrié pour raison médicale vers *vo*tre province de résidence après que *vous* ayez été *hospitalisé* :

- Le coût d'une chambre semi-privée dans un *hôpital*, un centre de réadaptation ou une maison de convalescence, jusqu'à un maximum de 1 000 \$;
- Le coût des soins à domicile lorsqu'ils sont *nécessaires d'un point de vue médical* et fournis par un infirmier certifié ou un infirmier auxiliaire certifié jusqu'à une limite de 50 \$ par *jour*, pour un maximum de 10 *jours*;
- les frais de location des appareils suivants, jusqu'à un maximum de 150 \$: béquilles, déambulateur standard, cannes, bandages herniaires, corset orthopédique et oxygène; et
- Les frais de transport (ambulance et/ou taxi) pour des déplacements dans le but de recevoir des soins, jusqu'à un maximum de 250 \$.

22. Services domestiques :

Le **remboursement** des services domestiques, comme l'entretien ménager de *vo*tre résidence principale, lorsque *nous* *vous* avons rapatrié pour raison médicale, jusqu'à un maximum de 250 \$ par *contrat*.

23. Soins des animaux de compagnie :

Le **remboursement** des soins vétérinaires d'*urgence* si *vo*tre ou *vos* animaux de compagnie ont été blessés alors qu'ils *vous* accompagnaient pendant *vo*tre *voyage*, jusqu'à un maximum de 300 \$.

24. Frais de pension dans un chenil commercial :

Le **remboursement** des frais de pension dans un chenil commercial pour *vo*tre ou *vos* animaux de compagnie si *vous* n'êtes pas en mesure de revenir à *vo*tre *date de retour* prévue, jusqu'à un maximum de 300 \$.

Assurance Soins médicaux d'urgence

25. Couverture pour les *actes de terrorisme* :

Le **remboursement** des frais couverts si un *acte de terrorisme* vous cause directement ou indirectement un sinistre.

FRAIS POUR AIDE D'URGENCE :

26. Aide à l'achat de médicaments sur ordonnance :

Aide à destination afin de coordonner le remplacement de médicaments d'ordonnance essentiels perdus, oubliés ou volés. Les coûts de remplacement des médicaments sera à vos frais.

27. Soins de la vue :

Le **remboursement** et la coordination pour le remplacement à destination de lunettes prescrites en raison d'un vol ou d'un bris les rendant inutilisables alors que vous êtes en *voyage* à l'extérieur de *votre* province de résidence, jusqu'à un maximum de 300 \$.

28. Prothèse auditive :

Le **remboursement** et la coordination pour le remplacement à destination de *votre* prothèse auditive volée, perdue ou endommagée alors que vous êtes en *voyage* à l'extérieur de *votre* province de résidence, jusqu'à un maximum de 200 \$. Les piles et les embouts auriculaires ne sont pas couverts.

29. Messages urgents :

La transmission de messages urgents par des coordonnateurs multilingues de l'*Assistance CAA*.

CONDITIONS

1. Vous devez appeler l'*Assistance CAA* avant de recevoir un *traitement*, pour que nous puissions :

- confirmer *votre* protection; et
- approuver préalablement le *traitement*.

S'il vous est impossible pour des raisons médicales d'appeler avant d'obtenir un *traitement médical*, nous vous demandons de le faire dès que possible ou de demander à quelqu'un de le faire pour vous. Si vous n'appellez pas l'*Assistance CAA* avant d'obtenir un *traitement*, le montant maximal de vos prestations sera réduit à 80% des frais médicaux couverts aux termes de cette assurance, jusqu'à concurrence de 25,000 \$. Tous les autres frais seront à *votre* charge.

En cas d'urgence mettant la vie en danger, appelez le 911 ou le numéro d'urgence local.

Les numéros à composer sont inscrits à l'intérieur de la page couverture et à la page 15.

2. En cas d'*accident*, de *maladie* ou de *blessure*, vos antécédents médicaux seront examinés dans le cadre du processus de réclamation.
3. Un nouveau *questionnaire médical* pourrait être nécessaire pour toute demande d'extension ou de prolongation aux fins de la détermination de l'admissibilité et des primes.
4. La demande d'extension ou de prolongation doit être présentée avant la *date de retour* de *votre* contrat.
5. Si nous payons *votre* fournisseur de soins de santé ou vous remboursons les frais couverts, nous demanderons un remboursement à *votre régime public d'assurance maladie* ainsi qu'à tout autre régime d'assurance

Assurance Soins médicaux d'urgence

maladie en vertu duquel *vous* pourriez être couvert. *Vous* ne pouvez demander ou recevoir au total plus de 100 % de *vos* frais réels.

- Après que *vous* ayez commencé *votre traitement médical d'urgence*, l'*Assistance CAA* doit évaluer et autoriser au préalable tout *traitement médical* supplémentaire. Si *vous* passez des examens dans le cadre d'une investigation à des fins médicales, recevez un *traitement* ou subissez une chirurgie sans avoir obtenu l'autorisation préalable de l'*Assistance CAA*, aucune prestation ne *vous* sera payée. Ceux-ci comprennent les examens invasifs, la chirurgie (notamment, le cathétérisme cardiaque, d'autres procédures cardiaques, une greffe, une IRM), sauf dans les cas extrêmes où la demande d'autorisation retarderait une intervention chirurgicale nécessaire pour corriger une situation grave mettant *votre* vie en danger.
- Si *nous* établissons que *vous* devriez être transféré à un autre établissement ou que *vous* devez revenir dans *votre* province ou territoire de résidence et que *vous* choisissez de ne pas le faire, aucune prestation ne sera versée pour des *traitements* subséquents.
- Nous* ne sommes responsables ni de la disponibilité, ni de la qualité, ni des résultats de tout *traitement médical*, du transport ou de *votre* incapacité à obtenir un *traitement médical* ou une *hospitalisation*.
- Avant de souscrire une couverture, prenez note que le taux de prime et les conditions du *contrat* peuvent être modifiés sans préavis.
- Nous nous* réservons le droit de refuser une proposition d'assurance ou d'extension.
- L'assurance doit être émise au Canada et souscrite avant la *date de départ* ou la *date de prise d'effet*.
- La couverture ne peut en aucun cas être prolongée au-delà de 365 *jours* à compter de la *date de départ* ou de la *date de prise d'effet*.
- Si l'assurance est souscrite d'une autre manière que celle qui est décrite dans le présent *contrat*, alors ce *contrat* sera nul et non avenue, et *notre* unique responsabilité sera de rembourser la prime déjà payée.
- Si une prestation est dupliquée en vertu d'une prestation ou couverture similaire au *contrat* ou en vertu d'un autre de *nos contrats*, la prestation maximale à laquelle *vous* avez droit correspond au montant de la prestation la plus élevée parmi celles-ci. Si une prestation est dupliquée en vertu de couvertures semblables détenues auprès d'un autre assureur, le montant total qui *vous* sera versé en provenance de l'ensemble de ces sources ne peut pas excéder les frais réels que *vous* avez engagés.
- Le défaut de communiquer avec l'*Assistance CAA* peut entraîner le refus des prestations. Les numéros de téléphone pour nous joindre sont inscrits sur l'intérieur de la page couverture ainsi que sur la carte-portefeuille.

EXCLUSIONS – CE QUI N'EST PAS COUVERT ET LES RÉDUCTIONS DE COUVERTURE

- Toute *condition préexistante* qui ne figure pas comme *condition préexistante déclarée* dans l'*Accord de souscription médicale personnelle* que *nous vous* avons fait parvenir, ou tout *changement* dans *votre* état de santé ou *changement de médication* dont *vous* ne *nous* avez pas fait part avant *votre date de départ* ou la *date de prise d'effet*.

Assurance Soins médicaux d'urgence

2. Réclamations résultant aux complications de la grossesse ou d'un accouchement

Situations où aucune réclamation ne *vous* sera payée :

- Soins prénatals et postnatals de routine;
- Une grossesse, un accouchement, ou des complications qui en résultent, survenant au cours des 9 semaines qui précèdent ou qui suivent la date d'accouchement prévue.

3. Enfant né en cours de *voyage*

Situation où aucune réclamation ne *vous* sera payée :

Soins ou *traitements* prodigués à *votre* enfant né en cours de *voyage*.

4. Sports et activités à haut risque

Nous ne verserons aucune prestation si les frais résultent d'un *accident* ou d'une *condition médicale* survenant lors de *votre* participation (y compris l'entraînement, l'exercice ou la compétition) :

- a. alors que *vous* voyagez à bord de tout aéronef, engin ou appareil volant incluant mais non limité à : avions, montgolfières, kitesurf, dirigeables, planeurs, deltaplanes, parapentes, paravoiles, parachutes, cerfs volants et combinaisons ailées. Cette exclusion ne s'applique pas si *vous* voyagez en tant que passager à bord d'un *transport public*;
- b. à des manœuvres ou des exercices d'entraînement des forces armées;
- c. à tout sport *professionnel*;
- d. à toute activité à haut risque (y compris une compétition et/ou un *concours de vitesse*) avec l'utilisation de véhicule motorisé sur terre, sur l'eau et/ou dans les airs incluant les activités d'entraînement que ce soit sur des pistes approuvées ou ailleurs.

5. Abus d'alcool, de drogues ou de substances intoxicantes

Nous ne verserons aucune prestation si les frais résultent de :

Toute *condition médicale*, y compris les symptômes de sevrage découlant de *votre* usage chronique d'alcool ou l'abus d'alcool (entraînant un taux d'alcoolémie de plus de 80 mg d'alcool par 100 ml de sang), de drogues ou d'autres substances intoxicantes (y compris le cannabis), ou s'y rapportant de quelque façon que ce soit, avant ou durant *votre voyage*.

6. Voyage dont le but est d'obtenir un *traitement*

Nous ne verserons aucune prestation si les frais résultent :

D'un *voyage* entrepris dans le but de recevoir un diagnostic, un *traitement*, une intervention chirurgicale, une évaluation, des soins palliatifs, ou toute autre forme de thérapie, ainsi que de toute complication directe ou indirecte qui en résulte.

7. Il était prévisible qu'un *traitement* serait nécessaire au moment du voyage.

Nous ne verserons aucune prestation si les frais résultent :

- D'examens ou de *traitements* futurs (à l'exception d'un contrôle périodique) qui sont prévus avant *votre voyage*; ou
- De toute *condition médicale* ou symptôme pour lequel il est raisonnable de croire ou il est prévu que des *traitements* seront nécessaires en cours de *voyage*.

Assurance Soins médicaux d'urgence

8. Toute réclamation pour les patients dans un *hôpital* pour maladies chroniques, une maison de convalescence (à l'exception de la prestation pour Suivi médical au Canada, référez-vous à la page 8, prestation 21), ou un centre de réadaptation, une maison de soins infirmiers ou une station thermale.

9. Les soins ou *traitements* reçus à l'extérieur de la province de résidence qui auraient pu y être fournis sans mettre *votre* vie ou *votre* santé en danger, à l'exception des soins pour un *traitement nécessaire du point de vue médical* résultant d'un *accident* ou d'une *maladie* soudaine.

Le seul fait que des soins pouvant être prodigués dans la province de résidence soient de qualité inférieure, ou soient plus longs à obtenir que ceux qui peuvent l'être hors de cette province, ne constitue pas, au sens de la présente exclusion, un danger pour *votre* vie ou *votre* santé.

10. *Nous* ne verserons aucune prestation relativement à un *traitement* non urgent, expérimental ou facultatif, tels que les soins ou *traitements* offerts par un acupuncteur, un homéopathe, un naturopathe, ou un optométriste, une chirurgie de la cataracte ou encore, un *traitement* ou une chirurgie à des fins esthétiques.

11. Les produits énumérés ci-dessous ne sont pas couverts, même s'ils sont prescrits :

Tout renouvellement, remplacement ou approvisionnement inadéquat, les aliments transformés pour les enfants en bas âge, les suppléments alimentaires ou les substituts de toute sorte, notamment les protéines et multivitamines, les médicaments en vente libre ou qui ne sont pas légalement enregistrés et approuvés au Canada.

12. a. Le cathétérisme cardiaque, l'angioplastie ou la chirurgie cardiovasculaire, de même que les épreuves diagnostiques et les frais s'y rattachant, à moins que l'*Assistance CAA* ne les ait préautorisés, exception faite des situations extrêmes où l'intervention chirurgicale est pratiquée en raison d'une *urgence médicale*, dès l'admission du patient à l'*hôpital*; ou

b. L'imagerie par résonance magnétique (IRM), la tomодensitométrie (scanographie), les sonogrammes, les échographies ou les biopsies, à moins que l'*Assistance CAA* ne les ait préautorisés.

13. Poursuite d'un *traitement* ou *traitement* récurrent ou une fois l'*urgence* terminée

Nous ne verserons aucune prestation si les frais résultent de :

La poursuite d'un *traitement*, la récurrence ou la complication d'une *condition médicale*, ou toute complication directe ou indirecte qui en résulte, si le directeur médical de l'*Assistance CAA* concluent que l'*urgence* est terminée.

14. Les dépenses engagées dans *votre* province de résidence ou à *votre* retour à la destination si les frais sont liés à un *changement* dans *votre* état de santé alors que *vous* vous trouviez dans *votre* province de résidence entre deux *voyages*. Référez-vous à la section Retour temporaire dans *votre* province de résidence canadienne en page 4.

15. La totalité des sommes que *nous* serons tenus de payer en cas d'*acte de terrorisme* ou d'une série d'*actes de terrorisme* survenant à l'intérieur d'une période de 72 heures ne devra pas excéder :

- 5 millions de dollars par événement; ou

Assurance Soins médicaux d'urgence

- 10 millions de dollars par année civile.

16. Tout sinistre découlant d'une situation où *vous* êtes conducteur, opérateur, co-chauffeur, membre de l'équipe ou tout autre type de passager dans un *véhicule* commercial utilisé pour livrer des biens ou transporter une charge. Cette exclusion ne s'applique pas lorsque le *véhicule* commercial est utilisé pendant *votre voyage* seulement à des fins de plaisance et non pour livrer des biens ou transporter une charge.

17. Voyage contre l'avis du médecin :

Nous ne verserons aucune prestation si un *médecin vous* a conseillé de ne pas voyager.

18. Non-respect du *traitement* prescrit

Nous ne verserons aucune prestation si les frais résultent de :

Toute *condition médicale* résultant du fait que *vous* n'avez pas respecté le *traitement* prescrit y compris la prise d'un médicament avec ou sans ordonnance.

19. Le suicide (y compris toute tentative) ou toute *blessure* auto-infligée, que *vous* soyez sain d'esprit ou non.

20. Acte illégal

Nous ne verserons aucune prestation si les frais résultent de ou se rapportent à :

Votre négligence ou *votre* participation à un acte criminel, à un acte négligeant ou à un acte illégal ou d'une tentative de commettre de tels actes.

21. Les dépenses qui ne seraient normalement pas facturées en l'absence d'une assurance.

22. Guerre

Nous ne verserons aucune prestation si les frais résultent :

D'un *acte de guerre*, que celle-ci soit déclarée ou non.

23. Avertissement aux voyageurs

Les situations où aucune prestation réclamée ne *vous* sera payée :

- Un avertissement officiel aux voyageurs a été émis par le gouvernement canadien faisant mention « Évitez voyage non essentiel » ou « Évitez tout voyage » dans le pays, la région ou la ville de destination avant *votre date de prise d'effet*.

Les demandes de règlement liées à une *urgence* ou à une *condition médicale* sans lien avec l'avertissement émis ne sont pas ciblées par cette exclusion.

- Pour consulter les avertissements aux voyageurs, rendez-*vous* sur le site web du gouvernement du Canada relatif aux voyages.

24. Les services professionnels ou autres rendus par un membre de la famille.

Extensions

EXTENSION AUTOMATIQUE DE LA COUVERTURE

La couverture sera étendue automatiquement sans prime additionnelle si :

Votre retour au point de départ est retardé au-delà de *votre date de retour*, uniquement pour l'une des raisons suivantes :

- a. le retard du moyen de transport, si le transporteur prévu devait arriver au point de départ avant la *date de retour*, et pourvu que le trajet soit parcouru dans un délai raisonnable; ou
- b. si *vous* conduisez, un retard causé par les mauvaises conditions météorologiques, à condition que le trajet de retour soit entrepris avant la *date de retour* prévue; ou
- c. le moyen de transport personnel que *vous* utilisez est impliqué dans un accident ou une panne mécanique qui *vous* empêche de retourner dans *votre* province ou territoire canadien de résidence avant ou à la *date de retour* prévue, à condition que le trajet de retour soit entrepris avant la *date de retour* prévue; ou
- d. un retard occasionné par une *maladie*, une *blessure* ou une mise en quarantaine soudaine et imprévue dont *vous* souffrez ou dont souffre un *membre de votre famille immédiate* qui *vous* accompagne ou un *compagnon de voyage*.

Vous devez prévenir l'Assistance CAA du retard avant la *date de retour* prévue.

Vous devrez fournir une preuve attestant la raison de *votre* retard si *vous* présentez une réclamation.

La couverture est prolongée soit pour une période de 5 *jours*, soit pour la durée de l' *hospitalisation* plus 5 *jours* après la sortie de l' *hôpital*, ou encore jusqu'à ce que le directeur médical de l'Assistance CAA juge que *vous* êtes du point de vue médical, en état de voyager. L'extension automatique ne couvre pas le remboursement des frais relatifs à un changement de vol, à l'exception de ceux qui sont liés au rapatriement d' *urgence* et qui sont préautorisés par le directeur médical de l'Assistance CAA.

La couverture ne peut en aucun cas être prolongée au-delà de 365 *jours* à compter de la *date de départ* ou de la *date de prise d'effet*.

EXTENSION DE LA COUVERTURE

Vous pourrez *vous* procurer une extension ou une prolongation d'assurance afin de couvrir le nombre de *jours* excédentaires si *votre voyage* dépasse la *date de retour* prévue si :

1. *Vous* faites une demande d'extension avant la *date de retour* de *votre contrat*. *Vous* pourriez avoir à remplir un *questionnaire médical* afin d'établir *votre* admissibilité ainsi que la prime pour l'extension.
2. Il n'y a pas lieu de croire qu'une réclamation sera présentée en vertu du présent *contrat*.
3. L'extension est demandée, *nous* l'approuvons et *vous* payez toute prime supplémentaire exigée pour l'extension avant la *date de retour* initialement prévue ou la *date de prise d'effet* de l'extension.
4. La durée totale couverte de *votre voyage*, incluant toute extension, n'excède pas le nombre de *jours* maximal.

Remboursements

La prime peut être remboursable **pourvu qu'aucun sinistre n'ait été subi ou déclaré et qu'aucun règlement n'ait été payé en vertu du présent contrat.**

- Les **remboursements intégraux** doivent être demandés et approuvés avant la *date de départ* initiale ou la *date de prise d'effet* du voyage.
- Les **remboursements partiels** doivent être demandés et approuvés par *nous* avant la *date du retour* du voyage. Des preuves d'un retour anticipé (par exemple, les cachets de la douane ou des services d'immigration, les reçus de carburant) ou de l'interruption du voyage sont exigées. Tout remboursement est calculé à partir de la date du cachet de la poste sur les demandes qui *nous* sont présentées par écrit ou de la date à laquelle *vous* présentez aux bureaux de la Voyages CAA-Québec ou *vous* l'appellez pour demander le remboursement, ou de la date figurant sur *votre* preuve de retour anticipé, selon la première éventualité.

Que faire si vous avez besoin d'un remboursement

Ayez en main le numéro de *votre contrat* ou de *votre Accord de souscription médicale personnelle* et communiquez avec *nous* au 1-833-247-2940.

Assistance CAA

L'Assistance CAA est offerte 24 heures par jour, 365 jours par année.

QUE FAIRE SI VOUS AVEZ BESOIN DE L'ASSISTANCE CAA

Ayez en main le numéro de *votre contrat* ou de *votre Accord de souscription médicale personnelle* en tout temps et communiquez avec l'Assistance CAA à l'un des numéros de téléphone mentionnés ci-dessous.

PAYS

au Canada et dans les États-Unis continentaux

Australie

Costa Rica

République Dominicaine

Jamaïque

Mexique

Nouvelle-Zélande

Afrique du Sud

Thaïlande

Royaume-Uni

À frais virés, de tout autre pays

Par courriel, s'il n'est pas possible de téléphoner

NUMÉRO SANS FRAIS

1-866-580-2999

0011-800-8877-9000

00 800-8877-9000

1-800-203-9652

1-800-204-0004

001-800-514-2999

00 800-8877-9000

00 800-8877-9000

001-800-8877-9000

00 800-8877-9000

+1-519-251-5179

orionassistance@globalexcel.com

Lorsque *vous* prenez contact avec l'Assistance CAA, veuillez fournir *votre* nom, *votre* numéro de *contrat*, *votre* emplacement et la nature de *votre* urgence.

QUE SE PASSE-T-IL LORSQUE VOUS APPELEZ L'ASSISTANCE CAA?

Nous gérons votre situation d'urgence en supposant que vous êtes admissible aux prestations en vertu du présent contrat, et ce, avant même de recevoir l'ensemble des renseignements médicaux pertinents vous concernant. Nous vous rappellerons également, que tous les services offerts sont assujettis aux modalités du présent contrat. S'il s'avère par la suite que certaines modalités, limitations, conditions ou exclusions, qu'elles soient générales ou particulières, du contrat s'appliquent à votre demande, vous serez tenu de nous rembourser toutes les sommes que nous aurons payées en votre nom.

Assistance CAA

L'Assistance CAA travaillera en étroite collaboration avec *vous* dans les buts suivants :

- *vous* diriger vers le *médecin* ou l'*hôpital* approprié au lieu de destination de *votre voyage*, lorsqu'il est possible de le faire;
- fournir des interprètes multilingues pour *vous* permettre de communiquer avec les *médecins* et les *hôpitaux*;
- assurer le suivi des soins afin que *vous* ne receviez que les *traitements* appropriés *nécessaires du point de vue médical* et que *vos* besoins d'ordre médical soient satisfaits;
- communiquer en *votre* nom avec un *membre de votre la famille immédiate* et *votre médecin*;
- payer directement les *hôpitaux*, les *médecins* et les autres fournisseurs de soins de santé, dans la mesure du possible;
- approuver et organiser le transport par ambulance aérienne, lorsque cela est *nécessaire du point de vue médical*;
- *vous* informer des dépenses non couvertes par le présent *contrat* ou *vous* expliquer les modalités du présent *contrat* qui sont en rapport avec *votre urgence médicale*.

Si une réclamation est payable, *nous* ferons de *notre* mieux pour que toutes les dépenses médicales *nous* soient facturées directement.

RAISONS POUR LESQUELLES VOUS DEVEZ APPELER L'ASSISTANCE CAA

1. *Vous* devez appeler l'Assistance CAA avant de recevoir un *traitement*, pour que *nous* puissions :

- confirmer *votre* protection; et
- approuver préalablement le *traitement*.

Si *vous* est impossible pour des raisons médicales d'appeler avant d'obtenir un *traitement d'urgence*, veuillez demander à quelqu'un de le faire pour *vous* ou appeler dès que possible. Si *vous* n'appellez pas l'Assistance CAA avant d'obtenir un *traitement*, le montant maximal de *vos* prestations sera réduit à 80% des frais médicaux couverts aux termes de cette assurance, jusqu'à concurrence de 25 000 \$.

Les soins ambulatoires seront limités à une (1) visite par *maladie* ou *blessure*.

Tous les autres frais seront à *votre* charge.

2. Si *nous* établissons que *vous* devriez être transféré à un autre établissement ou que *vous* devez revenir dans *votre* province ou territoire de résidence pour recevoir un *traitement*, et que *vous* choisissiez de ne pas le faire, aucune prestation ne sera versée pour ce *traitement* ou pour des *traitements* subséquents (si *vous* êtes un résident canadien non couvert par un *régime public d'assurance maladie*, *votre* pays de résidence permanente sera considéré comme étant le Canada).
3. L'Assistance CAA doit approuver certaines prestations à l'avance. Référez-*vous* à la section des prestations de *votre* couverture pour connaître prestations auxquelles cette condition s'applique.
4. Si *vous* payez des frais couverts directement au fournisseur de services de santé sans obtenir l'approbation préalable de l'Assistance CAA, ces services *vous* seront remboursés en fonction des *frais usuels et raisonnables* que *nous* aurions payés directement au fournisseur. Les frais médicaux que *vous* payez peuvent être plus élevés que ce montant, et toute différence entre le montant que *vous* payez et les *frais usuels et raisonnables* que *nous* remboursons restera à *votre* charge.

LIMITATIONS DES SERVICES DE L'ASSISTANCE CAA

L'Assistance CAA se réserve le droit de suspendre, d'écourter ou de limiter ses

Assistance CAA

services dans toute région ou tout pays dans le cas où une guerre, une instabilité politique ou des hostilités rendent la région inaccessible à l'Assistance CAA. L'Assistance CAA fera de son mieux pour fournir des services pendant une telle occurrence.

Nous vous suggérons de communiquer avec l'Assistance CAA avant votre départ pour confirmer la couverture pour la destination de votre voyage.

Soumettre une réclamation

PAIEMENT AUX FOURNISSEURS DE SERVICES MÉDICAUX

L'Assistance CAA paiera directement les *hôpitaux*, les *médecins* et les autres fournisseurs de soins de santé, dans la mesure du possible. Bien que la plupart des fournisseurs de soins de santé acceptent de recevoir le paiement directement de nous, certains d'entre eux exigeront que vous les payiez directement.

Si le paiement direct n'est pas possible, nous **rembourserons** les dépenses admissibles en fonction des *frais usuels et raisonnables*.

Veillez noter que certaines prestations sont **remboursables** à votre retour. Veuillez vous reporter à la section des prestations propres à la couverture que vous avez souscrite pour voir à quelles prestations cette condition s'applique.

SOUSSION DE VOTRE RÉCLAMATION

Vous devez soumettre tous les documents énumérés à la page suivante, pour chacune des couvertures (nous n'assumons aucune responsabilité pour les frais demandés relativement à de tels documents).

Inscrivez votre numéro de *contrat* sur toute correspondance et faites parvenir la réclamation ainsi que toutes les pièces justificatives à l'adresse suivante :

Assurance voyage CAA-Québec

Global Excel Management

73, rue Queen

Sherbrooke (Québec) Canada J1M 0C9

Courriel : orionreclamations@globalexcel.com

Numéros de téléphone : Voir l'intérieur de la couverture et la page 15.

Soumission de réclamation en ligne

Vous pouvez soumettre votre réclamation en ligne à l'adresse

www.globalexcel.com/orion_fr.

Les documents requis pour justifier votre réclamation sont énumérés dans la couverture d'assurance applicable.

ASSURANCE SOINS MÉDICAUX D'URGENCE

1. Le formulaire de réclamation pour des frais médicaux dûment rempli (disponible auprès de l'Assistance CAA une fois avisée, aux numéros de téléphone inscrits à la page 15).
2. Dans le cas des frais dentaires engagés à la suite d'un *accident*, vous devez présenter une déclaration d'*accident* rédigée par le *médecin* ou le dentiste.
3. L'original de toute facture détaillée présentée par le ou les fournisseurs de services médicaux autorisés comprenant le nom du patient, le diagnostic, la date et le type de *traitement* reçu, le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du fournisseur, ainsi que tous les documents de transaction originaux attestant qu'un paiement a été fait au fournisseur.
4. Dans le cas des médicaments sur ordonnance, les reçus originaux remis par le pharmacien, le *médecin* ou l'*hôpital* comprenant 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.

Soumettre une réclamation

5. Pour les dépenses engagées : une explication des dépenses accompagnée des reçus originaux.

URGENCE-RETOUR

Pour les formulaires et les instructions, prenez contact avec l'Assistance CAA aux numéros de téléphone inscrits à l'intérieur de la page couverture.

Définitions

Accident ou accidentel s'entend de tout événement fortuit, soudain, imprévu et non intentionnel exclusivement attribuable à une cause externe et qui entraîne une blessure.

Accord de souscription médicale personnelle s'entend du document que nous vous avons fait parvenir après que votre demande de souscription a été approuvée du point de vue médical, ce qui comprend votre attestation d'assurance, vos réponses au questionnaire médical et vos conditions préexistantes déclarées couvertes en vertu du présent contrat.

Acte de guerre s'entend de tout acte hostile ou guerrier, que la guerre soit déclarée ou non, commis en temps de paix ou de guerre par un gouvernement local ou étranger ou un groupe étranger, ou de toute agitation civile, insurrection, rébellion ou guerre civile.

Acte de terrorisme s'entend de toute activité survenant dans une période de 72 heures, excluant tout acte de guerre, menée contre des personnes, des organisations, des biens (tangibles ou intangibles) ou une infrastructure de quelque nature que ce soit par une personne ou un groupe situés dans n'importe quel pays et donnant lieu aux actes suivants ou à la préparation de ces actes :

- utilisation, ou menace d'utilisation, de la force ou de la violence; ou
- perpétration, ou menace de perpétration, d'un acte dangereux; ou
- perpétration, ou menace de perpétration, d'un acte qui perturbe ou interrompt un système électronique, informatique ou mécanique;

ayant pour effet ou but :

- d'intimider, de contraindre, de renverser un gouvernement (de fait ou de droit), d'influencer, d'affecter ou de protester sa conduite ou ses politiques; ou
- d'intimider, de contraindre ou d'effrayer une population civile ou une partie de celle-ci; ou
- de perturber tout secteur de l'économie; ou
- de servir des objectifs politiques, idéologiques, religieux, sociaux ou économiques ou d'exprimer une philosophie ou une idéologie (ou son opposition à celle-ci).

Âge s'entend de votre âge à la date de la souscription d'assurance.

Agitation civile s'entend d'un rassemblement de plus d'une personne en réaction à un événement, dans l'intention de causer des perturbations publiques, y compris des protestations ou des troubles de l'ordre public (à l'exception des manifestations pacifiques), des émeutes, des incendies criminels, des pillages, l'occupation de bâtiments institutionnels, des infractions transfrontalières et des insurrections armées contraires à la loi.

Assistance CAA s'entend du fournisseur de services d'assistance et de réclamations que nous désignons de temps à autre pour la prestation des services d'assistance et la gestion des réclamations en notre nom en vertu du présent contrat.

Assurance voyage Orion s'entend d'une division d'Echelon Assurance spécialisée en assurance voyage.

Assuré ou personne assurée s'entend de toute personne nommée sur votre attestation d'assurance voyage CAA-Québec, sur laquelle figure un numéro de contrat.

Définitions

Assureur s'entend d'Echelon Assurance.

Attestation d'assurance s'entend de *vo*tre plus récent imprimé, formulaire imprimé, copie électronique, facture ou document de *contrat* qui établit la couverture que *vous* avez souscrite qui atteste de l'existence d'un *contrat* et sur lequel sont précisés les éléments applicables suivants : la ou les *personnes assurées*, le numéro du *contrat*, le produit, les dates de la couverture, la franchise, les prestations sélectionnées et les sommes assurées.

Avion s'entend de tout *avion* multimoteur de transport ayant une masse au décollage maximale autorisée supérieure à 10 000 lb (4 540 kg), utilisé entre des aéroports homologués par une compagnie aérienne de transport régulier ou un exploitant de vols d'affrètement, canadien ou d'immatriculation étrangère, détenant un permis valide de compagnie aérienne de l'Office national des transports du Canada, ou un permis valide de service aérien commercial régulier entre points déterminés, ou son homologue étranger, à condition que cet *avion* soit utilisé à ce moment pour fournir un transport autorisé en vertu de cet horaire ou de ce service aérien commercial régulier ou non régulier entre points déterminés.

Blessure s'entend de toute lésion corporelle d'origine *accidentelle* subie alors que cette couverture est en vigueur, et entraînant un sinistre qui n'est attribuable ni à une *maladie* ni à une autre cause. La *blessure* doit être suffisamment grave pour pousser une personne raisonnablement prudente à consulter un *médecin* pour recevoir un *traitement médical* et inciter ce *médecin* à confirmer par écrit la nécessité d'annuler, d'interrompre ou de retarder le *voyage*.

Changement s'entend de toute accentuation de *vos* symptômes ou apparition de nouveaux symptômes, pour lesquels il est nécessaire d'investiguer, la fréquence ou la posologie de *vo*tre médication a dû être *changée*, *vous* avez dû *changer de traitement*, être *hospitalisé* ou consulter un *médecin* (autre que pour un examen périodique) ou encore de toute aggravation d'un *problème de santé*.

Changement de médication s'entend de toute réduction, augmentation ou interruption de la posologie ou de la fréquence d'utilisation d'un médicament ou de la prescription d'un nouveau médicament.

Exceptions :

- l'ajustement de la posologie de l'insuline ou du Coumadin (Warfarine) que *vous* prenez actuellement, à condition que ce médicament ne soit pas une nouvelle prescription ou que *vous* n'ayez pas cessé de le prendre récemment et que *vo*tre *problème de santé* demeure inchangé; et
- le remplacement d'un médicament de marque par un médicament générique (à condition que la posologie ne soit pas modifiée).

Compagnon de voyage s'entend de toute personne qui *vous* accompagne au cours du *voyage*, et qui partage et a payé avec *vous*, avant le départ, les coûts d'hébergement et de transport. Un maximum de 6 personnes seront considérées comme des *compagnons de voyage* (incluant l'*assuré*).

Condition médicale s'entend de tout trouble de santé, *maladie* ou *blessure* (y compris les symptômes de conditions non diagnostiquées).

Condition médicale préexistante s'entend de toute *condition médicale* présente avant la *date de départ* de *vo*tre *voyage* ou la *date de prise d'effet* de *vo*tre *contrat* pour laquelle *vous* avez reçu un diagnostic, ou *vous* avez reçu un *traitement médical*, ou *vous* avez été *hospitalisé*, ou *vous* avez reçu une prescription ou pris des médicaments, ou *vous* avez reçu un *changement de médication* ou on a modifié *vo*tre *traitement médical*, ou *vous* avez remarqué de nouveaux symptômes ou l'augmentation de la fréquence de ceux-ci, ou une investigation s'avère nécessaire (autre qu'un examen de routine).

Condition préexistante déclarée s'entend de toute *condition médicale préexistante* que *vous nous* déclarez au moment de la demande et qui est inscrite comme telle dans *vo*tre *Accord de souscription médicale personnelle*.

Définitions

Conjoint s'entend de la personne à laquelle *vous* êtes légalement marié ou avec laquelle *vous* cohabitez depuis au moins 12 mois et que *vous* présentez publiquement comme étant *votre conjoint* (sans égard au sexe).

Contrat s'entend du présent document, des avenants et des modifications qui y sont annexés, de la proposition d'assurance, de tout *questionnaire médical* et de *votre Accord de souscription médicale personnelle*, qui ensemble forment l'intégralité du *contrat* et qui doivent être considérés globalement.

Date de départ s'entend de la *date de départ*, de la date de début ou de la *date de prise d'effet* inscrite sur *votre Accord de souscription médicale personnelle*.

Date de prise d'effet s'entend de la dernière des dates suivantes :

- la date à laquelle *vous* partez en *voyage*; ou
- la *date de départ*, la date de début ou la *date de prise d'effet* inscrite sur *votre Accord de souscription médicale personnelle*.

Date de retour s'entend de la première des dates suivantes :

- la date réelle de *votre* retour dans *votre* résidence permanente;
- la *date de retour* à laquelle il est prévu que *vous* retourniez dans *votre* résidence permanente, inscrite sur *votre* plus récent *Accord de souscription médicale personnelle*.

Enfant(s) s'entend de toute personne à charge, célibataire, âgée de moins de 26 ans (ou de moins de 19 ans pour certaines prestations) qui demeure avec *vous* ou qui est un étudiant à temps plein résidant dans un établissement d'enseignement postsecondaire ou d'une personne de tout *âge* ayant une déficience mentale ou physique qui demeure avec *vous*. Ceux-ci doivent dépendre de *votre* soutien et leur nom figure sur *votre Attestation d'assurance* en tant qu'assurés.

Événement ou concours de vitesse s'entend de toute activité organisée de nature compétitive dans le cadre de laquelle la vitesse est un facteur déterminant du résultat.

Famille s'entend du *conjoint* (légal ou de fait, quel que soit le sexe), de *l'enfant* ou des *enfants* naturels, adoptés, de *famille* d'accueil ou du conjoint, du frère, de la sœur, du fils du conjoint du parent, de la fille du conjoint du parent, du parent, du conjoint du parent, des grands-parents, des petits-enfants, de la tante, de l'oncle, du neveu, de la nièce, du gendre, de la bru, du beau-parent, du beau-frère, de la belle-sœur, du tuteur légal, de la pupille légale ou de l'employé clé de la *personne assurée*.

Fournisseur de voyages s'entend de toute société autorisée à offrir au public des services dans le domaine du transport ou de l'hébergement et qui exclut expressément les agents de voyages et spécialiste du voyage, les agences de voyages et les courtiers en voyage.

Frais usuels et raisonnables s'entend frais engagés pour des biens et des services, qui sont comparables aux frais facturés par d'autres fournisseurs pour des biens et des services semblables dans une même région.

Gardien s'entend de toute personne que *vous* avez chargée de s'occuper à temps plein et de façon permanente des personnes à *votre* charge et dont les services ne peuvent raisonnablement être remplacés.

Global Excel ou Global Excel Management s'entend de l'entreprise que *nous* désignons comme fournisseur des services d'assistance et de gestion des réclamations en vertu du présent *contrat*.

Hôpital s'entend établissement agréé doté de personnel dispensant des soins et des *traitements* aux patients internes et externes. Les *traitements* doivent être supervisés par des *médecins*, et du personnel infirmier autorisé doit être présent 24 heures sur 24. Des services chirurgicaux et de diagnostic doivent pouvoir être effectués sur place ou dans des installations contrôlées par l'établissement.

Un *hôpital* n'est pas un établissement utilisé principalement en tant que clinique, centre de soins palliatifs ou de longue durée, centre de réadaptation ou de désintoxication, maison de convalescence, de repos ou de santé, ou foyer pour personnes âgées ou station thermale.

Définitions

Hospitalisation ou **hospitalisé** se rapporte à un séjour à l'hôpital pour y recevoir un *traitement médical* à titre de personne *hospitalisée*.

Jour s'entend de 24 heures consécutives commençant à 00 h 01.

Maladie s'entend de toute condition ou tout *problème de santé* qui donne lieu à un sinistre pendant que la couverture est en vigueur. La *maladie* doit être suffisamment grave pour inciter une personne raisonnablement prudente à consulter un *médecin* pour recevoir un *traitement médical*.

Maladie en phase terminale s'entend de toute *condition médicale* pour laquelle un *médecin* a estimé qu'il *vous* restait moins de 6 mois à vivre.

Médecin s'entend d'une personne, autre que *vous*, un *membre de votre famille immédiate* et *votre compagnon de voyage*, diplômée en *médecine* et autorisée à prescrire et à administrer un *traitement médical* dans le territoire de compétence où les services sont fournis.

Membre de la famille immédiate s'entend de *vous-même* et de *votre conjoint* (de droit ou de fait, sans égard au sexe), ainsi que de *vos enfants*, des *enfants* du conjoint ou de *vos* petits-enfants (pourvu que ceux-ci soient *âgés* de moins de 26 ans ou qu'ils souffrent de déficience mentale ou physique, peu importe leur *âge*), dont les noms figurent à titre d'*assurés* sur l'*Accord de souscription médicale personnelle*.

Nécessaire du point de vue médical, en référence à une fourniture ou à un service donné, signifie que cette fourniture ou ce service :

- est approprié au diagnostic et concorde avec celui-ci conformément aux normes de pratique médicale reconnues;
- n'est pas de nature expérimentale ou investigatrice;
- ne peut pas être omis sans effet défavorable sur *votre* état ou sur la qualité des soins médicaux qui *vous* sont prodigués;
- ne peut être retardé jusqu'à *votre* retour dans *votre* province ou territoire canadien de résidence; et
- est fourni de la façon la plus économique possible, au niveau de soins le plus approprié, et pas uniquement pour des raisons de commodité.

Nous, notre et **nos** s'entend de l'*assureur*.

Problème de santé s'entend d'une détérioration de la santé ou d'un désordre de l'organisme constaté par un *médecin* ou même, lorsque la personne est enceinte, une complication pathologique pendant la grossesse.

Professionnel s'entend de toute personne participant à une activité précise, qui constitue son emploi principal et pour laquelle ils sont rémunérée.

Questionnaire médical s'entend du formulaire relatif à *vos* antécédents médicaux auquel *vous* devez remplir correctement au moment de la proposition d'assurance et au moment d'une demande d'extension, et qui fait partie du *contrat* d'assurance. Les réponses que *vous* fournissez sur ce formulaire permettent de déterminer termes de la couverture la prime qui s'applique à *vous*.

Régime public d'assurance maladie s'entend du *régime public d'assurance maladie* provincial ou territorial canadien.

Services d'hébergement privé s'entend de tous les services qui établissent un lien entre les voyageurs et les hôtes par l'entremise d'une *plateforme en ligne approuvée* (une application mobile ou un site web) servant d'intermédiaire et permettant le traitement des paiements des voyageurs aux hôtes.

Stable s'entend de lorsque tous les énoncés suivants sont vrais :

- aucun nouveau *traitement* n'a été prescrit ou recommandé, ou qu'aucun *changement* n'a été apporté au *traitement* existant, y compris l'interruption du *traitement*; et
- aucun *changement* n'a été apporté à un médicament sur ordonnance (y compris toute augmentation, réduction ou interruption de la posologie), qu'aucune

Définitions

recommandation n'a été formulée et qu'aucun nouveau médicament sur ordonnance n'a été pris;

- c. la *condition médicale* ne s'est pas aggravée; et
- d. aucun nouveau symptôme n'est apparu, que la fréquence des symptômes n'a pas augmenté et que ceux-ci ne se sont pas aggravés; et
- e. aucune *hospitalisation* n'a eu lieu et qu'aucune recommandation vers un spécialiste n'a été effectuée;
- f. aucun examen, investigation ni *traitement* n'a été recommandé sans être terminé, et qu'aucun résultat n'est en attente; et
- g. aucun *traitement* n'est prévu ou en attente.

Toutes les conditions susmentionnées doivent avoir été satisfaites afin qu'une *condition médicale* soit considérée *stable*.

Traitement médical s'entend de toute procédure raisonnable de nature médicale, thérapeutique ou diagnostique, qui est *nécessaire du point de vue médical* et qui est prescrite par un *médecin*. Les *traitements médicaux* comprennent l'*hospitalisation*, les examens approfondis de base, la chirurgie, les médicaments sur ordonnance (y compris ceux prescrits au besoin) ou tout autre *traitement* ayant un lien direct avec la *maladie*, la *blessure* ou le symptôme.

Traité/traitement s'entend acte médical prescrit, posé ou recommandé par un *médecin* en lien avec une *condition médicale*. Sans se limiter à ce qui suit, voici quelques exemples : prescription de médicaments, tests médicaux à des fins d'investigation, intervention chirurgicale.

Transporteur public ou transport public s'entend de tout moyen de transport (autobus, taxi, train, bateau, *avion* ou autre *véhicule*) exploité en vertu d'un permis de transport de passagers payants et conçu et utilisé essentiellement à cette fin.

Urgence s'entend *condition médicale* soudaine et imprévue nécessitant un *traitement* immédiat. Une *urgence* cesse lorsqu'il est établi par l'*Assistance CAA* qu'aucun *traitement* n'est requis à destination ou que *vous* êtes en mesure de rentrer dans *votre* province ou territoire de résidence pour recevoir ces *traitements*.

Urgence médicale s'entend de l'apparition imprévue des symptômes d'une *maladie* devant être *traitée d'urgence* ou d'une *blessure* nécessitant les soins immédiats d'un *médecin* afin d'empêcher la mort ou une dégradation importante de *votre* état de santé.

Véhicule désigne toute automobile privée ou de location, tout bateau, toute motocyclette, tout camping-car, un véhicule récréatif, toute maison mobile ou caravane (à l'exclusion de toute remorque commerciale) que *vous* utilisez pendant *votre voyage* exclusivement pour le transport de passagers (autre que pour la location).

Vous, votre et **vos** s'entend des *assurés*.

Voyage s'entend d'un *voyage* à l'extérieur de *votre* province ou territoire canadien de résidence qui se termine lorsque *vous* retournez dans *votre* province ou territoire canadien de résidence.

Voyages au Québec :

Un *voyage* distinct commence lorsque *vous* quittez *votre* résidence permanente au Québec et prend fin lorsque *vous* revenez à *votre* résidence permanente au Québec.

Pour que *votre voyage* au Québec soit couvert, *vous* devez séjourner au moins une nuit dans un établissement réservé par un *fournisseur de voyages* ou des *services d'hébergement privé*.

Voyages à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence :

Un *voyage* distinct commence lorsque *vous* quittez *votre* province ou territoire de résidence et prend fin lorsque *vous* revenez dans *votre* province ou territoire de résidence.

Conditions générales de la convention

Les présentes conditions générales de la convention s'appliquent à toutes les couvertures d'Assurance voyage CAA - Québec stipulées aux présentes.

Le présent *contrat* est établi en considération de *vo*tre proposition d'assurance, moyennant le paiement de la prime avant les dates de *vo*yage, pour la couverture décrite dans *vo*tre *Accord de souscription médicale personnelle*, sur laquelle figure un numéro de *contrat* d'Assurance voyage CAA - Québec.

Nous avons désigné *Global Excel Management* comme fournisseur des services d'assistance et de gestion des réclamations en vertu du présent *contrat*.

Prime :

Une fois que *vous* avez payé *vo*tre prime et qu'un numéro de *contrat* est produit, le présent *contrat* devient un *contrat* ayant force exécutoire qui établit quelles prestations *vous* sont payables par *nous*.

L'inscription et la perception de la prime sont prises en charge par Voyages CAA-Québec et *nous*. La prime exigible doit être versée au moment de la demande et est calculée selon le barème des taux de prime alors en vigueur.

Si la prime est inexacte pour la période de couverture choisie, *nous* :

- facturerons et recouvrerons le moins-perçu de la prime; ou
- raccourcirons la période de couverture au moyen d'un avenant si les sommes exigibles ne peuvent être perçues; ou
- rembourserons le trop-perçu de la prime.

La couverture sera nulle et non avenue si la prime n'est pas reçue, si le chèque n'est pas encaissé pour quelque motif que ce soit, si les frais imputés à une carte de crédit sont invalidés ou si l n'existe aucune preuve de *vo*tre paiement.

En payant la prime de cette assurance, *vous nous* accordez, à *nous* et à l'Assistance CAA, les privilèges suivants :

- vous* acceptez, s'il y a lieu, qu'une vérification de *vo*tre numéro de carte du régime public d'assurance maladie et de toute autre information exigée pour traiter *vo*tre réclamation soit faite auprès des autorités publiques concernées et des autres autorités compétentes;
- vous* autorisez les *médecins*, *hôpitaux* et autres fournisseurs de services médicaux, s'il y a lieu, à *nous* fournir, à *nous* et à l'Assistance CAA, toute information qu'ils pourraient détenir à *vo*tre égard pendant que *vous* êtes en observation ou *traité*, y compris vos antécédents médicaux, les diagnostics et les résultats de tests à *vo*tre égard;
- vous* autorisez la collecte, l'utilisation et, au besoin, la communication à des tiers de l'information décrite aux points a. et b. ci-dessus, aux fins de l'examen et, s'il y a lieu, du *traitement* de *vo*tre réclamation en vue de la coordination des prestations avec les tiers en question; et
- vous nous* donnez le droit d'exiger de *vous* tout montant que *nous* avons payé en *vo*tre nom à des fournisseurs de soins médicaux ou à d'autres tiers si *vous* deviez être reconnu inadmissible à l'assurance ou que *vo*tre réclamation soit invalide ou que des prestations soient réduites conformément à quelque disposition du présent *contrat*.

Les montants indiqués dans cette police sont en dollars canadiens, sauf indication contraire.

FRANCHISE

Nous paierons les frais couverts à l'égard de tout sinistre, en excédent du montant de la franchise, stipulé dans *vo*tre *Accord de souscription médicale personnelle*, par *assuré* et par *vo*yage.

Toutes les franchises sont déclarées en devise américaine.

Conditions générales de la convention

Pays où la couverture est offerte :

La couverture s'applique partout dans le monde, sauf dans les pays en guerre ou dans les pays où l'instabilité politique ou des hostilités empêchent l'*Assistance CAA* d'offrir ses services. *Nous vous* suggérons de communiquer avec l'*Assistance CAA* avant *votre* départ pour confirmer la couverture pour la destination de *votre voyage*. Les numéros de téléphone sont inscrits à l'intérieur de la page couverture.

Paiements des prestations

Toutes les prestations accordées en vertu du présent *contrat* sont payables à *vous* ou en *votre* nom. Les prestations de décès sont payables à *votre* succession.

Vous n'avez pas le droit de désigner les personnes à qui ou au bénéfice de qui les prestations de l'assurance sont payables.

Toutes les prestations sont payables en monnaie canadienne. Si les prestations sont payables en devise étrangère, le taux de change est basé sur le taux en vigueur à la date du versement des prestations. Aucun montant payable n'accumulera d'intérêt. **Tous les plafonds de prestations inscrits sont en dollars canadiens.**

Droit de subrogation

Nous avons le droit de poursuivre, à *nos* frais et en *votre* nom, tout tiers pouvant être responsable d'avoir donné lieu à une réclamation en vertu du présent *contrat* ou pouvant être responsable de fournir des indemnités, une compensation, ou des prestations semblables à ceux de cette assurance. *Nous* avons des droits de subrogation complets. Ce droit de subrogation s'ajoute à tous les autres droits de subrogation existant en vertu de toute loi, sans les limiter. *Vous nous* accorderez *votre* pleine coopération et ne ferez rien qui puisse porter atteinte à ces droits. Si *vous* présentez une requête ou si *vous* intentez une action en justice relativement à un sinistre couvert, *vous* devrez *nous* en aviser immédiatement afin que *nous* puissions protéger ces droits.

Coordination des prestations

Si, au moment du sinistre, *vous* disposez d'une assurance provenant d'une autre source, ou si une autre partie est responsable des prestations également prévues au titre de *contrat*, *l'assureur* paiera seulement les dépenses admissibles qui excèdent celles couvertes par cet autre assureur ou cette autre partie responsable, y compris, mais sans s'y limiter, les cartes de crédit, les régimes d'assurance automobile privés, provinciaux ou territoriaux, tous les régimes de prestations applicables, les contrats et toute autre assurance, qu'elle soit recouvrable ou non. Cet *assureur* est un payeur secondaire. Toutes les autres sources de recouvrement, de paiement de prestations ou de couverture d'assurance doivent être épuisées avant qu'un paiement ne soit versé au titre de *nos* polices. Si toutefois cette assurance est également une assurance « pour l'excédent seulement », *l'assureur* coordonnera le règlement de tous les frais admissibles avec l'autre assureur. Toute coordination des prestations respecte les lignes directrices établies par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. L'*assureur* ne cherchera en aucun cas à récupérer des sommes auprès de régimes de l'employeur si le maximum à vie pour toutes les prestations à l'intérieur du pays et hors du pays est de **100 000 \$** ou moins. Si *votre* maximum à vie est supérieur à **100 000 \$**, *l'assureur* assurera la coordination des prestations seulement si ce montant est dépassé.

Fausse déclaration

Les renseignements que *vous nous* fournissez doivent en tout temps être exacts et complets.

Conditions générales de la convention

Fausse déclaration concernant *vos* état de santé/*vos* renseignements médicaux

Le présent *contrat* est établi sur la base des renseignements fournis dans la proposition d'assurance ou en lien avec cette dernière (incluant les réponses du *questionnaire médical*, s'il y a lieu). Lorsque *vous* remplissez la proposition d'assurance et répondez aux questions médicales, *vos* réponses doivent être complètes et exactes. En cas de réclamation, *nous* vérifierons *vos* antécédents médicaux. Si une de *vos* réponses est incomplète ou inexacte :

- *Votre* protection sera annulée;
- *Votre* réclamation sera refusée.

Fausse déclaration sur des faits importants autres que sur *vos* état de santé/*vos* renseignements médicaux

Nous ne paierons pas la réclamation si *vous*, ou toute *personne assurée* aux termes du présent *contrat*, ou quiconque agissant en *vos* nom tente de *nous* tromper ou fait une déclaration ou une réclamation frauduleuse, mensongère ou exagérée.

Arbitrage

Toutes les parties au présent *contrat* conviennent que tout litige, différend ou réclamation découlant du *contrat* ou s'y rapportant, y compris toute question concernant son existence, son interprétation, sa validité, sa violation, sa résiliation ou une réclamation présentée conformément à celle-ci, sera soumis à un arbitre de la province ou du territoire canadien où le *contrat* a été établi. Les lois de la province ou du territoire canadien où le *contrat* a été établi régiront la résolution du litige, du différend ou de la réclamation. La décision de l'arbitre sera définitive et aucune des parties ne pourra en appeler devant quelque tribunal que ce soit.

Loi applicable

Le présent *contrat* est régi par les lois de la province ou du territoire canadien de résidence de l'*assuré*.

Règlement des litiges

Assurance voyage Orion s'est dotée d'un processus de recours hiérarchiques bien défini pour s'assurer que ses clients aient tous les recours possibles en cas de problème touchant la souscription, la tarification, les ventes, les réclamations ou le service à la clientèle. *Notre* équipe du bureau des plaintes des clients veille à ce que la décision soit juste, équitable et conforme aux normes de la société.

L'*assureur* est aussi membre du Service de conciliation en assurance de dommages, un service impartial de règlement des litiges. Les clients sont invités à tenter d'abord de régler le différend en communiquant directement avec l'*assureur* avant de se tourner vers le Service de conciliation en assurance de dommages.

Vous pouvez joindre *notre* bureau des plaintes des clients par téléphone, télécopieur, courriel ou courrier postal :

À l'attention de : Bureau des plaintes
Assurance voyage Orion
60 Commerce Valley Drive East
Thornhill (Ontario) L3T 7P9

Téléphone : 905 747-4900
Sans frais : 1 855 674-6684
Télécopieur : 905 771-3357
Courriel : orioninfo@OrionTi.ca

Dispositions légales

Le contrat

La proposition, la présente police, tout document annexé à la présente police lors de son établissement, ainsi que toute modification au *contrat* convenue par écrit après l'établissement du *contrat* constituent l'intégralité du *contrat*. Aucun agent n'est autorisé à le modifier ni à déroger à l'une de ses clauses.

Renonciation

Nous sommes réputés n'avoir renoncé à aucune condition du présent *contrat*, en totalité ou en partie, à moins que la renonciation ne soit clairement exprimée dans un document écrit que *nous* avons signé.

Copie de la proposition

Nous devons fournir à l'assuré ou à l'auteur d'une réclamation en vertu du *contrat*, à sa demande, une copie de la proposition ou de l'*Accord de souscription médicale personnelle*.

Faits essentiels à l'appréciation du risque

Les déclarations faites par l'*assuré* à la souscription du présent *contrat* ne peuvent pas être utilisées pour appuyer une réclamation en vertu du présent *contrat* ni pour invalider une condition du présent *contrat*, à moins de figurer dans la proposition d'assurance ou dans toute autre déclaration ou réponse écrite fournie comme preuve d'assurabilité.

Avis et preuve de sinistre

L'*assuré*, un bénéficiaire ayant le droit de présenter une réclamation, ou l'agent de l'un d'eux doit :

- a. *Nous* donner un avis de sinistre écrit :
 - i. soit en le remettant ou en l'envoyant par courrier recommandé à l'*Assistance CAA*;
 - ii. soit en le remettant à un agent autorisé de l'*Assistance CAA* au plus tard 30 *jours* après la date de survenance du sinistre en vertu du *contrat* pour un *accident*, une *maladie*, une *blessure* ou un risque assuré.
- b. Dans les 90 *jours* qui suivent la date de survenance de la réclamation en vertu du *contrat* en raison d'un risque assuré, fournir à l'*Assistance CAA* toute preuve raisonnablement possible dans les circonstances concernant l'occurrence de l'*accident* ou le début de la *maladie* ou de la *blessure*, et de la perte occasionnée par celui-ci, le droit du demandeur à recevoir un paiement, son *âge* et l'*âge* du bénéficiaire; et
- c. Si l'*Assistance CAA* l'exige, fournir un certificat établissant de façon satisfaisante la cause ou la nature de l'*accident*, de la *maladie*, de la *blessure* ou du risque assuré qui peut faire l'objet d'une réclamation en vertu du *contrat*, de même que la durée et la gravité du sinistre.

Omission de donner un avis ou une preuve de sinistre

Tout manquement à fournir un avis de réclamation ou de fournir une preuve de la réclamation dans les délais prescrits par cette condition statutaire n'invalide pas la réclamation si l'avis est remis ou la preuve est fournie dans les plus brefs délais, et dans tous les cas au plus tard un an après la date de l'*accident* ou la date de survenance de la réclamation en vertu du *contrat*, en raison d'une *maladie* ou d'une *blessure* s'il est démontré qu'il n'était pas possible de remettre l'avis ou de fournir la preuve dans les délais prescrits.

Nous fournissons les formulaires pour la preuve de sinistre

L'*Assistance CAA* fournira les formulaires de preuve de sinistre dans les 15 *jours* suivant la réception de l'avis de sinistre. Toutefois, si l'auteur de la réclamation ne reçoit pas les formulaires dans ce délai, il peut soumettre la preuve du sinistre sous la forme d'une déclaration écrite énonçant la cause ou la nature de l'*accident*, de

Dispositions légales

la *maladie*, de la *blessure* ou du risque assuré donnant lieu à la réclamation, ainsi que la gravité du sinistre.

Droit d'examen

Comme condition préalable au recouvrement des prestations d'assurance en vertu du présent *contrat* :

- a. l'auteur de la réclamation doit donner à l'*Assistance CAA* ou à *nous*, selon le cas, la possibilité de faire subir à l'*assuré* un examen quand et aussi souvent qu'ils peuvent raisonnablement l'exiger, tant que la réclamation est en suspens; et
- b. en cas de décès de l'*assuré*, l'*Assistance CAA* ou *nous*, selon le cas, pouvons exiger une autopsie sous réserve des lois du ressort compétent.

Délai de paiement des prestations

Nous versons toutes les prestations payables en vertu du présent *contrat* dans les *60 jours* suivant la réception de la preuve du sinistre et des documents exigés.

Limitation de la procédure d'arbitrage

Toute action ou procédure contre *nous* pour la récupération d'une indemnité d'assurance payable en vertu du *contrat* est absolument interdite, sauf si elle est intentée dans les délais énoncés dans la Loi sur les assurances ou d'autres lois applicables.

Dispositions légales de la Loi sur les assurances

Nonobstant toute autre disposition prévue aux présentes, le présent *contrat* est assujéti aux dispositions légales applicables dans la Loi sur les assurances qui s'appliquent à *votre* province ou territoire de résidence concernant les *contrats* d'assurance en cas d'*accident* et de *maladie*.

Avis sur la confidentialité

Les renseignements pertinents et détaillés demandés dans la proposition d'assurance sont nécessaires au *traitement* de la proposition. Afin de préserver le caractère confidentiel des renseignements, *nous* mettrons sur pied un « dossier de services financiers » contenant les renseignements qui seront utilisés pour traiter la proposition et offrir les services et les réclamations afférents à l'assurance demandée.

L'accès à ce dossier est limité à *nos* employés, mandataires, administrateurs et agents responsables de l'évaluation des risques (tarification), du marketing, de l'administration des services et des enquêtes liées aux réclamations, ainsi qu'à toute autre personne ayant reçu *votre* autorisation ou autorisée en vertu de la loi. Ces personnes, organisations et fournisseurs de services peuvent se trouver dans des juridictions situées à l'extérieur du Canada et être soumis aux lois en vigueur dans ces juridictions étrangères.

Votre dossier sera gardé en lieu sûr dans *nos* bureaux ou ceux de l'administrateur ou mandataire. *Vous* pouvez demander à examiner les renseignements personnels qu'il contient et y faire apporter des corrections en écrivant ou en téléphonant à la personne suivante :

Agent de protection de la vie privée

Écrire à : Assurance voyage Orion
60 Commerce Valley Drive East
Thornhill (Ontario) L3T 7P9

Téléphone : 1 800 268-3750, poste 25043

Courriel : privacy@orionti.ca

Produits similaires

D'autres produits d'assurance offerts sur le marché proposent une couverture semblable à l'assurance ciblée par la présente police. *Nous vous* encourageons à poser les questions nécessaires pour *vous* assurer que cette assurance répond le mieux à *vos* besoins.

Orientation vers l'Autorité des marchés financiers (AMF)

Pour toute question relative à *nos* obligations envers *vous*, *vous* pouvez prendre contact avec l'Autorité des marchés financiers à l'adresse suivante :

Autorité des marchés financiers
Place de la Cité, Tour Cominar
2640, boul. Laurier, 4^e étage,
Sainte-Foy (Québec) Canada G1V 5C1

Téléphone :
Sans frais : 1 877 525-0337
Québec : 418 525-0337
Montréal : 514 395-0337

Site Web : www.lautorite.qc.ca

Avis de résolution d'un contrat d'assurance

AVIS DONNÉ PAR LE DISTRIBUTEUR

Article 440 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers.

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

- La Loi vous permet d'annuler un contrat d'assurance que vous avez signé en même temps qu'un autre contrat, et ce, **sans pénalité, dans les 10 jours suivant la signature**. Pour ce faire, vous devez envoyer à l'assureur un avis par courrier recommandé à l'intérieur de ce délai. Vous devez utiliser le modèle ci-joint à cet effet.
- Malgré l'annulation du contrat d'assurance, le premier contrat conclu demeure pleinement en vigueur. Prenez garde, car il est possible que vous perdiez certaines conditions favorables obtenues par la signature de ce contrat; veuillez vous informer auprès de votre distributeur ou consulter votre contrat.
- Après la période de **10 jours**, vous avez le droit d'annuler votre assurance en tout temps. Toutefois, des pénalités pourraient s'appliquer.
Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez prendre contact avec l'Autorité des marchés financiers au : 418 525-0337 ou au 1 877 525-0337.
- L'article 441 ne s'applique pas si le contrat principal concerne une période de 10 jours ou moins.

AVIS DE RÉOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE

À : Echelon Assurance
À l'attention de: Assurance voyage Orion
60 Commerce Valley Drive East,
Thornhill (Ontario) L3T 7P9

Date : _____
(Date d'envoi du présent avis)

En vertu de l'article 441 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers, j'annule par la présente le contrat d'assurance no _____
(numéro du contrat, si vous l'avez)

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

à : _____
(lieu de la signature du contrat)

(Nom du client)

(Signature du client)

Le distributeur doit au préalable remplir cette section.

Cet avis doit être envoyé par courrier recommandé.

Avis de résolution d'un contrat d'assurance

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

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

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

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

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

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

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

443. Un distributeur offrant un financement pour l'achat d'un bien ou d'un service et qui exige que le débiteur souscrive une assurance pour garantir le remboursement du prêt doit lui remettre un avis, rédigé de la façon prévue par règlement du Bureau, l'informant qu'il a la faculté de prendre l'assurance auprès de l'assureur et du représentant de son choix pourvu que l'assurance souscrite soit à la satisfaction du créancier qui ne peut la refuser sans motifs raisonnables. Un distributeur ne peut assujettir la conclusion d'un contrat à l'obligation pour le client de conclure un contrat d'assurance auprès d'un assureur qu'il précise.

Un contrat de crédit ne peut stipuler qu'il est conclu sous la condition que le contrat d'assurance souscrit auprès d'un tel assureur demeure en vigueur jusqu'à l'échéance du terme ni que la fin d'une telle assurance fait encourir au débiteur la déchéance du terme ou la réduction des droits.

Un débiteur n'encourt pas la déchéance de ses droits en vertu du contrat de crédit lorsqu'il résout ou résilie ce contrat d'assurance ou met fin à son adhésion pourvu qu'il ait alors souscrit une assurance auprès d'un autre assureur qui soit à la satisfaction du créancier qui ne peut la refuser sans motifs raisonnables.

Notes

Notes

Assistance CAA sans frais 24/7

Canada et États-Unis continentaux **1 866 580-2999**

Australie	0011 800-8877-9000
Jamaïque	1-800-204-0004
Afrique du Sud	00 800-8877-9000
Costa Rica	00 800-8877-9000
Mexique	001-800-514-2999
Thaïlande	001 800-8877-9000
République Dominicaine	1-800-203-9652
Nouvelle-Zélande	00 800-8877-9000
Royaume-Uni	00 800-8877-9000

À frais vifs, de tout autre pays **+1 519 251-5179**

Par courriel s'il n'est pas possible de téléphoner
orionassistance@globalexcel.com

Veillez prendre contact avec l'Assistance CAA en cas d'urgence. L'assistance s'occupera de gérer le dossier médical, assurer la coordination des prestations et organiser la facturation directe (si possible) avec le fournisseur de soins de santé. Dans l'éventualité d'une réclamation, veuillez prendre immédiatement contact avec l'Assistance CAA, sinon les prestations prévues en vertu de votre contrat pourraient être limitées.

Toute extension ou prolongation d'assurance doit être demandée avant l'échéance du contrat, pourvu qu'il n'y ait eu aucune réclamation. Veuillez composer le 1 833 247-2940.

Assurance voyage CAA-Québec, un produit d'Assurance voyage Orion, est souscrit par Echelon Assurance. Les termes et conditions s'appliquent.

Le logo et le nom commercial ^{MD}Assurance voyage Orion sont des marques de commerce d'Echelon Assurance.

© CAA-Québec 2024. Tous droits réservés.



Assurances

Avez-vous des questions concernant votre contrat?

1 833 247-2940

caaquebec.com

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

En cas d'urgence ou si vous avez besoin de soins médicaux, veuillez composer sans tarder l'un des numéros figurant sur la carte.



100 % de fibres recyclées postconsommation.

Assistance CAA

Sans frais (24/7) : **1-866-580-2999** (du Canada et des États continentaux des É.-U.)

À frais virés ailleurs au monde : **+1-519-251-5179**

Fournisseurs de service : **1-866-580-2999**

Adresse : 535 Griswold Street, Ste 111-609 Detroit, MI 48226



Assurances

PERSONNE ASSURÉE

N° CONTRAT :

COUVERTURE :

DATE DE DÉBUT :

DATE DE FIN :



Version française

POLICY

Individual Medical
Underwriting Plan



Insurance

June 1, 2024

ELIGIBILITY

You are not eligible for any coverage under this contract if:

- a. **you have been diagnosed with a *terminal illness* for which a *physician* has estimated you have less than 6 months to live;**
- b. **you have been advised by a *physician* against travel at this time;**
- c. **you require kidney dialysis;**
- d. **you have ever received a bone marrow or organ transplant (except skin or cornea transplant);**
- e. **you have been diagnosed with and/or received *medical treatment* for metastatic cancer in the last 5 years;**
- f. **you have been prescribed or taken home oxygen for a lung condition in the last 12 months.**

IN THE EVENT OF AN *EMERGENCY*, PLEASE CALL *CAA ASSISTANCE* IMMEDIATELY:

At first onset of symptoms of a *medical emergency* and before you seek *medical treatment*, please contact *CAA Assistance*. However, if you are unable to do so because you are medically incapacitated, you or someone else must contact *CAA Assistance* as soon as reasonably possible.

COUNTRY

in CANADA & mainland U.S.

Australia

Costa Rica

Dominican Republic

Jamaica

Mexico

New Zealand

South Africa

Thailand

United Kingdom

Call Collect From Anywhere Else

Email if Calling is Not Possible

TOLL-FREE NUMBER

1-866-580-2999

0011-800-8877-9000

00 800-8877-9000

1-800-203-9652

1-800-204-0004

001-800-514-2999

00 800-8877-9000

00 800-8877-9000

001-800-8877-9000

00 800-8877-9000

+1-519-251-5179

orionassistance@globalexcel.com

You must call *CAA Assistance* before obtaining *emergency treatment* so that we may:

- confirm coverage; and
- provide pre-approval of *treatment*.

If it is medically impossible for you to call prior to obtaining *emergency treatment*, we ask you to call as soon as possible or have someone call on your behalf. Otherwise, if you do not call *CAA Assistance* before you obtain *emergency treatment*:

- your maximum benefit payable will be reduced to 80% of your medical expenses covered under this insurance, to a maximum of \$25,000; and
- in the event of out-patient medical consultation, a maximum of one (1) visit per *accident, sickness* or *injury*.

You will be responsible for the payment of any remaining charges.

10 DAY RIGHT TO EXAMINE

Please take the time to read your *contract* and review all of your coverage(s). If you have any questions, you may contact us at 1-833-247-2940. You may cancel this *contract* within 10 days of purchase if you have not departed on your *trip* and there is no claim in progress.

Table of Contents

Important Information About This <i>Contract</i>	2
Emergency Medical Insurance	3
Extensions	12
Refunds	13
<i>CAA Assistance</i>	14
How to File a Claim	15
Definitions	16
General Terms of Agreement.....	21
Statutory Conditions	23
Privacy and Confidentiality Notice	25
Similar Products	25
Referral Autorité des marchés financiers (AMF).....	25
Notice of Rescission of an Insurance Contract	26

Important Information About This Contract

Canadian Life and Health Insurance Association

IMPORTANT NOTICE - READ CAREFULLY BEFORE *YOU* TRAVEL

You have purchased a travel insurance *contract* – what's next? *We* want *you* to understand (and it is in *your* best interests to know) what *your* policy includes, what it excludes, and what is limited (payable but with limits). Please take time to read through *your* policy before *you* travel. **Italicized terms are defined in *your* policy.**

- Travel insurance covers claims arising from sudden and unexpected situations (i.e., *accidents* and emergencies) and typically not follow-up or recurrent care.
- To qualify for this insurance, *you* must meet all of the eligibility requirements.
- This insurance contains limitations and exclusions (e.g., *medical conditions* that are not *stable*, pregnancy, excessive use of alcohol, and high risk activities).
- This insurance may not cover claims related to *pre-existing medical conditions*, whether disclosed or not at time of policy purchase.
- Contact **CAA Assistance** before seeking *treatment* or *your* benefits may be limited or denied.
- In the event of a claim *your* prior medical history may be reviewed.
- If *you* have been asked to complete a *medical questionnaire* and any of *your* answers are not accurate or complete, *your* policy will be voidable.

IT IS *YOUR* RESPONSIBILITY TO UNDERSTAND *YOUR* COVERAGE. IF *YOU* HAVE QUESTIONS, CALL *US* AT 1-833-247-2940 OR VISIT CAAQUEBEC.COM.

Please read this policy carefully before *you* travel.

This *contract* contains a provision removing or restricting *your* right to designate persons to whom or for whose benefit insurance money is to be payable.

This *contract* covers losses resulting from unforeseen and emergent circumstances only. It contains terms, limitations, conditions and exclusions, general and specific, that may restrict benefits payable.

Precedent of the French version

In case of discrepancy between the French and English versions of the provisions of this policy, precedent will be given to the French version of the text.

PLEASE READ THIS POLICY

It is *your* responsibility to read this policy carefully before *you* travel, particularly the sections relating to the insurance coverage(s) *you* have purchased. Some of the terms may limit the benefits payable to *you*.

Check *your Individual Medical Underwriting Agreement* for the insurance coverage(s) *you* have purchased, then refer to the coverage description(s) using the Table of Contents at the beginning of this policy.

By following the instructions in the section How to File a Claim beginning on page 15, *you* can speed up the assessment and, where applicable, payment of *your* covered eligible expenses.

Throughout this policy *you* will notice that certain terms are brought to *your* attention with italics. These terms are explained in the Definitions section beginning on page 16. Pay particular attention to these definitions as *we* have given a very specific meaning to these terms.

Important Information About This Contract

CARRY THE INSURANCE CARD, YOUR PROVINCIAL HEALTH CARD AND THIS POLICY WITH YOU.

You will be provided with a wallet-size insurance card that provides important emergency phone numbers that **you must call** in the event of a claim and **before receiving medical treatment**. Carry this card with you at all times and bring this policy as well as the *Confirmation of Coverage* with you when travelling.

Emergency Medical Insurance

Eligibility	<ul style="list-style-type: none"> • Purchase is subject to Eligibility on the inside front cover.
Purchase Conditions	<ul style="list-style-type: none"> • You must be a Canadian resident covered by a <i>government health insurance plan (GHIP)</i> for the full duration of the <i>trip</i>. • Applicants must complete a <i>medical questionnaire</i>. • Insurance must be purchased not more than 90 days before the <i>departure date</i> or <i>effective date</i>.
Coverage Starts	<p>The latest of:</p> <ul style="list-style-type: none"> • The date you leave your Canadian province or territory of residence; or • The <i>departure date</i> or <i>effective date</i> shown on your <i>Individual Medical Underwriting Agreement</i>.
Coverage Ends	<p>The earliest of:</p> <ul style="list-style-type: none"> • The date you return to your Canadian province or territory of residence; or • The <i>return date</i> as shown on your <i>Individual Medical Underwriting Agreement</i>.
Maximum Age	No maximum age
Maximum Benefit	<p>Up to \$5 million. Maximum \$25,000 for all Emergency Medical Insurance benefits if at time of claim:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) your <i>GHIP</i> coverage was lapsed; and/or b) you did not have <i>GHIP</i> authorization to cover your <i>trip days</i> exceeding the <i>days GHIP</i> covers outside your province or territory of residence.
Maximum Trip Days Including Extension	Maximum <i>trip days</i> may not exceed the period for which your <i>GHIP</i> covers you or 365 days, whichever is the lesser.

You will be required to provide evidence of your *departure date* and *return date* when filing a claim (for example, airline ticket, customs or immigration stamp or other receipt).

CANADIAN PROVINCIAL OR TERRITORIAL GOVERNMENT HEALTH INSURANCE PLAN (GHIP) LONG STAY REQUIREMENT

Canadian provincial and territorial *government health insurance plans* limit the maximum *days* you can travel outside Canada and remain covered by your *GHIP*. Please review your *GHIP* for details.

For *trips* exceeding the maximum *days* covered by your *government health insurance plan*, you must obtain written authorization from your *GHIP* that your coverage will

Emergency Medical Insurance

remain in effect for *your* entire *trip* duration. If *you* do not obtain authorization, any *trip days* exceeding *your government health insurance plans* maximum number of allowable *days* are subject to a maximum total benefit of \$25,000 for all Emergency Medical Insurance benefits.

MEDICAL QUESTIONNAIRE

The completed *medical questionnaire* forms part of this insurance *contract*.

It is important that *you* immediately notify *us* at 1-833-247-2940 if any inaccuracy exists so that *you* can take immediate action to complete a new and accurate *medical questionnaire*.

If it is found that *you* have not answered any question asked in the *medical questionnaire* truthfully and accurately at time of application, *you* will be responsible for the first \$5,000 of any claim, in addition to any deductible applicable to *your contract*. *You* will also be required to pay the additional premium necessary based on true and accurate answers to the *medical questionnaire*, otherwise no future coverage will be provided under this *contract*.

TEMPORARY RETURN TO YOUR CANADIAN PROVINCE OR TERRITORY OF RESIDENCE

If *you* choose to return to *your* Canadian province or territory of residence for a short stay within *your* period of coverage:

- *you* may do so without terminating *your* original *contract* and requiring a new *contract*;
- *your* Emergency Medical Insurance is not in effect and no refund of premium is available for the *days* while *you* are in *your* Canadian province or territory of residence.

INSURED RISKS – WHAT IS COVERED

This insurance provides payment for a *medical emergency*. **Benefits will be paid for reasonable and customary charges incurred following an emergency resulting from a sudden accident, sickness or injury which occurs on a trip during this contract's period of coverage.** Eligible *treatments* are limited to what is declared **urgent** and **necessary** for the stabilization of the *medical condition*.

DEDUCTIBLE

If *you* selected a deductible, *we* pay eligible losses incurred in excess of the amount, as shown on *your Individual Medical Underwriting Agreement*. Benefits provided by this coverage are granted once the deductible has been paid. The deductible is in U.S. dollars and it applies per *Insured* and per *trip*, after any benefits covered under governmental programs have been paid.

BENEFITS AND SERVICES OFFERED

The following benefits are provided per *Insured*, per *trip* for *reasonable and customary charges* listed below, for emergent, unforeseen and *medically necessary* services as per the terms and conditions of this *contract*. Coverage is subject to a maximum of \$5 million per *trip*, and **provided that these charges are not incurred before obtaining the approval of CAA Assistance.**

HOSPITALIZATION, MEDICAL, DENTAL AND PARAMEDICAL EXPENSES

1. Hospitalization:

The cost of *hospital* services in a private or semi-private room (or an intensive or coronary care unit where *medically necessary*).

Emergency Medical Insurance

2. **Incidental Expenses:**

The cost inherent to *hospitalization* (phone, television, parking, etc.) up to a limit of \$100 per *day*, and a maximum of \$2,000 while *hospitalized* for at least 48 hours. This benefit will be paid as a lump sum after *you* are released from the *hospital* and upon approval of *your* claim.

3. **Physicians' Fees:**

The difference between costs charged by a *physician* and benefits allowed under government programs.

4. **Diagnostic Services:**

The cost for laboratory tests and X-rays when prescribed by the attending *physician*.

5. **Medical Appliances:**

The cost of rental or purchase of casts, trusses, braces, crutches, canes, splints, wheelchairs, orthopedic corsets and other medical appliances when prescribed by the attending *physician*.

6. **Nursing Care:**

The costs of a registered nurse for private care while *hospitalized* and when *medically necessary* and prescribed by the attending *physician*.

7. **Professional Services (when prescribed as part of *emergency medical treatment*):**

The cost of professional services by a physiotherapist, chiroprapist, chiropractor, osteopath or podiatrist when *medically necessary* and prescribed by the attending *physician*.

8. **Drugs (when prescribed as part of the *emergency medical treatment*):**

The cost of drugs requiring a *physician's* prescription, except when they are required for the continued stabilization of a chronic *medical condition*.

9. **Dental Care:**

Reimbursement of:

- a. up to \$5 million for *emergency dental treatment* at *trip* destination to repair or replace sound natural teeth or permanently attached artificial teeth injured as the result of an external *injury*, provided *you* consult a *physician* or dentist immediately following the *injury*;
- b. necessary *emergency dental treatment*, as described in 9.a, that must be continued upon return to *your* Canadian province or territory of residence, provided *treatment* is completed within 180 *days* from the date of the *accident*, up to a maximum of \$2,000; and
- c. other *emergency dental treatment* at *trip* destination (excluding root canal treatment or any damage to dentures) up to a maximum of \$500.

TRANSPORTATION EXPENSES

10. **Ambulance or Taxi Service:**

The cost of local ambulance or air ambulance service to the nearest accredited medical facility, including inter-*hospital* transfer when the attending *physician* and *CAA Assistance* determine that existing facilities are inadequate to *treat* or stabilize the patient's condition.

11. **Repatriation to the Province of Residence:**

- a. up to \$5 million for the cost of repatriation to *your* province of residence by means of appropriate transportation in order to receive immediate medical attention; and

Emergency Medical Insurance

- b. the cost of repatriation of *your travel companion* or one of *your immediate family members* is covered under this *contract*, if *you* are unable to return to the departure point, by means of the transportation initially planned for such return. The cost of an accompanying adult is covered in the case of *child* repatriation; and
- c. the cost for commercial accommodation and meals, essential taxis and phone calls for 1 *travel companion* or 1 *immediate family member* if *you* are relocated to a place other than *your* point of departure up to a limit of \$300 per *day* and a maximum of \$900; and
- d. the cost for a qualified medical attendant to accompany *you* to *your* Canadian province or territory of residence when recommended by the attending *physician*. This includes return airfare and overnight lodging and meals (where necessary);
- e. the fare for additional airline seats to accommodate a stretcher to return *you* to *your* Canadian province or territory of residence.

12. Transportation to Visit *You*:

Covered expenses for an *immediate family member* or a close friend not at the *trip* destination, to visit the *hospital* where *you* are being *treated* or to travel to identify *your* remains include:

- a. reasonable out-of-pocket expenses incurred for the cost of commercial accommodation, meals in a commercial establishment, essential taxis and phone calls and the cost of *child* care services, up to a daily maximum of \$300, up to \$1,500 maximum limit; and
- b. round-trip, economy class transportation; and
- c. travel insurance for the person attending *your* bedside subject to the terms and conditions of *your* Emergency Medical Insurance.

The expenses described above will be **reimbursed** only if *you* remain *hospitalized* for at least 3 *days* and the attending *physician* acknowledges in writing that the visit is necessary. This benefit is provided immediately if *you* are a person(s) with disability (physical or mental) or under 26 years of *age* and dependent for support on the visiting *family* member.

13. *Child* Care:

In the event an *Insured* parent or legal guardian on the *trip* must be medically repatriated or *hospitalized*, we will pay the following benefits:

- a. **Reimbursement** for the cost of an accompanying adult is covered in the case of *child* repatriation;
- b. **Reimbursement** for services of a *caregiver* contracted by *you* for *your Insured child(ren)* or grandchild(ren). This benefit is limited to *child(ren)* up to *age* 19 (except in cases of a person(s) with disability (physical and/or mental)). Provision of an attendant will be arranged by *CAA Assistance*;
- c. **Reimbursement** of up to \$1,000 for *child* care provided in *your* Canadian province or territory of residence in the event their parent or legal guardian is attending *your* bedside in a *hospital* at destination. This benefit is limited to *child(ren)* up to *age* 19 (except in cases of a person(s) with disability (physical and/or mental)).

14. *Vehicle* Return:

- a. The reasonable cost of returning *your vehicle*, either private or rental, by a commercial agency, or by any person authorized by *CAA Assistance*, to *your* residence or nearest appropriate *vehicle* rental agency when *you* are unable to return the *vehicle* due to *accident*, *sickness* or *injury*. A medical certificate from the attending *physician* in the locality where the incapacity occurred is required, attesting that *you* are incapable of using *your vehicle*;

Emergency Medical Insurance

b. The cost of *your* one (1) way airfare if *your* private *vehicle* is stolen or inoperative due to an *accident*.

15. **Baggage Return:**

The cost to return *your* baggage following *your* medical repatriation or death is covered, up to a maximum of \$500.

16. **Pet Return:**

The cost to bring back *your* pet(s) in the event of *your* medical repatriation or death to *your* province of residence is covered up to a maximum of \$500.

17. **Return of the Deceased:**

a. **Reimbursement** of the actual cost of preparation and transportation of *your* remains to the departure point in the province of residence up to a maximum of \$5 million; or

b. **Reimbursement** of burial on site or cremation is covered up to a maximum of \$10,000.

No benefit is payable for the cost of a gravestone, casket, urn and/or funeral services expenses.

EMERGENCY CARE EXPENSES

18. **Subsistence Allowance:**

The cost of commercial accommodation, meals in a commercial establishment, essential taxis and phone calls when *your* return must be delayed due to an *accident*, *sickness* or *injury* of *you* or *your* family member or *travel companion* up to a limit of \$350 per *day* and a maximum of \$3,500. If *sickness* or *injury* delays *your* return more than 10 *days* beyond the *return date*, the subsistence allowance will only be paid upon submission of proof that *you* or the accompanying *family member* or *travel companion* was admitted and confined to a *hospital* for at least 72 hours within the 10 *day* period.

19. **Non-Medical Emergency Evacuation:**

The cost of *your* *emergency* evacuation from a mountain, sea or other remote location, to the nearest accessible point by professional services up to maximum of \$5,000.

20. **Return to Trip Destination Outside of Your Province of Residence:**

The cost of a one-way economy airfare for *you* to be returned to *your* trip destination, within *your* period of coverage, after *you* are returned to *your* Canadian province or territory of residence for immediate *medical treatment*, provided *your* attending *physician* approves and no further *treatment* is required. Any recurrence or complications will not be covered under this *contract*.

21. **Medical Follow-up in Canada:**

Reimbursement for the following costs if incurred within 15 *days* of repatriation when *you* are medically repatriated by *us* to *your* province of residence after being *hospitalized*:

- The cost of a semi-private room in a *hospital* or a rehabilitation centre or a convalescent home up to a maximum of \$1,000;
- The cost for home nursing care when medically required and provided by a registered nurse or a registered nursing assistant, up to a limit of \$50 per *day*, for a maximum of 10 *days*;
- The rental cost of the following devices, up to a maximum of \$150: crutches, standard walker, canes, trusses, orthopaedic corset and oxygen; and
- The cost for transportation (ambulance and/or taxi) in order to receive medical care up to a maximum of \$250.

Emergency Medical Insurance

22. Domestic Services:

Reimbursement for domestic services such as housekeeping to *your* principal residence when *you* have been medically repatriated by *us* up to a maximum of \$250 per *contract*.

23. Pet Care:

Reimbursement for *emergency* veterinary services in the event *your* pet(s) suffers an *accidental* bodily *injury* while accompanying *you* during *your trip* up to a maximum of \$300.

24. Commercial Kennel Costs:

Reimbursement for commercial kennel costs for *your* pet(s) when *you* are not able to return on *your* planned *return date* up to a maximum of \$300.

25. Terrorism Coverage:

Reimbursement of covered expenses when an *act of terrorism* directly or indirectly causes *you* a loss.

EMERGENCY ASSISTANCE EXPENSES:

26. Prescription Assistance:

Assistance to co-ordinate replacement of lost, forgotten or stolen essential prescription medication at *your trip* destination (excluding non-vital prescription medication). The cost of replacement will be *your* responsibility.

27. Vision Care:

Reimbursement up to \$300 for the replacement at *your trip* destination, outside *your* province of residence, of prescription eyeglasses due to theft, loss or breakage during *your trip* and assistance to co-ordinate the replacement.

28. Hearing Aid:

Reimbursement up to \$200 for the replacement at *your trip* destination, outside *your* province of residence, of a hearing aid due to theft, loss or breakage during *your trip* and assistance to co-ordinate the replacement. Does not include batteries or ear molds.

29. Urgent Messages:

Transmission of urgent messages by multilingual *CAA Assistance* co-ordinators.

CONDITIONS

1. *You* must call *CAA Assistance* before obtaining *emergency treatment*, so that *we* may:

- confirm coverage; and
- provide pre-approval of *treatment*.

If it is medically impossible for *you* to call prior to obtaining *emergency treatment*, *we* ask *you* to call as soon as possible or have someone call on *your* behalf. Otherwise, if *you* do not call *CAA Assistance* before *you* obtain *emergency treatment*, *your* maximum benefit payable will be reduced to 80% of *your* medical expenses covered under this insurance, to a maximum of \$25,000.

If this is a life threatening emergency, call 911 or local emergency number.

Phone numbers are located on the inside front cover and page 14.

2. In the event of an *accident, sickness or injury*, *your* prior medical history will be reviewed as part of the claim process.

Emergency Medical Insurance

3. A new *medical questionnaire* may be required for an extension to determine eligibility and premium.
4. Application for an extension must be made prior to the *return date of your contract*.
5. If we pay your health care provider or reimburse you for covered expenses, we will seek reimbursement from your *government health insurance plan* and from any other medical reimbursement plan under which you may have coverage. You may not claim or receive in total more than 100% of your actual expenses.
6. After your *medical emergency treatment* has started, *CAA Assistance*, must assess and pre-approve additional *medical treatment*. If you undergo tests as part of a medical investigation, obtain *treatment or surgery* that is not pre-approved, your claim will not be paid. This includes invasive testing, surgery (including but not limited to cardiac catheterization, other cardiac procedures, transplant, MRI), except in extreme circumstances where such action would delay surgery required to resolve a life-threatening medical crisis.
7. If we determine that you should transfer to another facility or return to your home province/territory of residence, and you choose not to, benefits will not be paid for further *medical treatment*.
8. We are not responsible for the availability, quality or results of any *medical treatment*, transportation or your failure to obtain *medical treatment or hospitalization*.
9. Prior to the purchase of any coverage, the premium rate and *contract terms and conditions* are subject to change without prior notice.
10. We reserve the right to decline an application for insurance or an extension.
11. This insurance must be issued in Canada and must be purchased prior to the *departure date or effective date*.
12. Coverage may never extend beyond 365 *days* from the *departure date or effective date*.
13. If insurance coverage is purchased in a manner other than as stated in this *contract*, this *contract* shall be null and void and our sole liability will be limited to the refund of the premium paid.
14. If any benefit is duplicated under a similar benefit, another insurance coverage in this *contract* or another of our *contracts*, the maximum you are entitled to is the largest amount specified under any 1 benefit or insurance coverage. If any benefit is duplicated under similar coverage with another insurer, the total amount paid to you from all sources cannot exceed the actual expense you incur.
15. Failure to contact *CAA Assistance* may result in the refusal of benefits. Phone numbers are located on the inside of the front cover and on the assistance card.

EXCLUSIONS - WHAT IS NOT COVERED AND REDUCTIONS OF COVERAGE

1. Any *pre-existing medical condition(s)* not listed as a *declared pre-existing medical condition(s)* on the *Individual Medical Underwriting Agreement* that you received from us, or any *change in your health status or change in medication(s)* not reported to us prior to your *departure date or effective date*.

Emergency Medical Insurance

2. Claims related to expectant mother's complications of pregnancy and delivery

Situations where *your* claim will not be paid:

- Claim related to the expectant mother's routine pre-natal or post-natal care;
- Claim related to pregnancy, delivery, or complications of either, arising 9 weeks before the expected date of delivery or 9 weeks after.

3. Child born during the *trip*

Situation where *your* claim will not be paid:

Claim related to *your* child born during the *trip*.

4. Sports and High Risk Activities

Accident or a medical condition that occurs while *you* are participating (including training, practicing or competing) in:

- a. maneuvering or while on any *aircraft*, flying machines, or flying devices such as but not limited to: balloon, kite balloon, kite surfing, airship, glider, hang glider, paraglider, parasail, parachute, kite and wingsuit (except when travelling as a passenger on *public transportation*);
- b. any maneuvers or training exercises of the armed forces;
- c. any *professional* sport(s);
- d. any high-risk activity (including competition and *speed contest*) involving the use of a motor vehicle on land, water or air, including training activities, whether on approved tracks or elsewhere.

5. Abuse of alcohol, drugs or intoxicants

Situations where *your* claim will not be paid:

Any *medical condition*, including symptoms of withdrawal, arising from, or in any way related to, *your* chronic use or abuse of alcohol (resulting in a blood alcohol level of more than 80 mg of alcohol per 100 ml of blood), drugs or other intoxicants (including cannabis), whether prior to or during *your trip*.

6. Travelling for the purpose of obtaining *treatment*

Situations where *your* claim will not be paid:

A *trip* undertaken for the purpose of obtaining a diagnosis, *treatment*, surgery, investigation, palliative care, or any alternative therapy, as well as any directly or indirectly-related complication.

7. Travelling when *treatment* could be expected

Situations where no benefit will be paid:

- Any future investigation or *treatments* (except routine monitoring) is planned before *your trip*; or
- Any *medical condition* or symptoms for which it is reasonable to believe or expect that *treatments* will be required during *your trip*.

8. Any claim for patients in chronic care *hospitals*, convalescent home (excluding the Medical Follow-Up in Canada benefit, refer to page 7, benefit 21), or any rehabilitation services, or in nursing homes or health spas.

9. Care or *treatments* received outside the province of residence which could have been obtained in the province of residence without endangering *your*

Emergency Medical Insurance

life or *your* health, with the exception of care for a *medically necessary treatment* resulting from an *accident* or sudden *illness*.

Under this exclusion, the fact that the care available in the province of residence could be of lesser quality or take longer to obtain than the care available outside *your* province of residence does not constitute a danger to *your* life or health.

10. We will not pay a benefit with respect to non-*emergency*, experimental or elective *treatment* such as those rendered by an acupuncturist, a homeopath, a naturopath, an optometrist, cataract surgery or any cosmetic *treatment* or surgery.
11. The products listed below are not covered even when prescribed:
Renewal, replacement or inadequate supply, processed food for infants, dietary or food supplements or substitutes of any kind including protein and multivitamins, over the counter medication, or which are not legally registered and approved in Canada.
12. a. Cardiac catheterization, angioplasty and/or cardiovascular surgery including any associated diagnostic test(s) or charges unless approved in advance by *CAA Assistance* prior to being performed, except in extreme circumstances where such surgery is performed as a *medical emergency* immediately upon admission to *hospital*; and/or
b. Magnetic resonance imaging (MRIs), computerized axial tomography (CAT) scans, sonograms, ultrasounds or biopsies unless approved in advance by *CAA Assistance*.
13. Recurrence or ongoing *treatment* once the *emergency* has ended
Situation where *your* claim will not be paid:
The continued *treatment*, recurrence or complication of a *medical condition* or related condition, following *emergency treatment* during *your trip*, if the Medical Director of *CAA Assistance* determine that *your emergency* has ended.
14. Expenses incurred in *your* province of residence or upon return to the destination if these expenses are related to a *change in your* health condition while on *trip* break in *your* province of residence. Refer to Temporary Return to *Your* Canadian Province of Residence on page 4.
15. The total payout for which *we* will be responsible for in case of an *act of terrorism* or a series of *acts of terrorism* occurring within a 72-hour period shall not exceed:
 - \$5 million per event; or
 - \$10 million per calendar year.
16. Any loss resulting when *you* are a driver, the operator, a co-driver, a crew member or any other passenger on a commercial *vehicle* used for the purpose of delivering goods or carrying a load. This exclusion is not applicable when the commercial *vehicle* is used during *your trip* solely for pleasure purposes and not used for delivering goods or carrying a load.
17. Travel against medical advice:
Any claim incurred after a *physician* advised *you* not to travel.
18. Non-compliance to prescribed *treatment*
Situation where *your* claim will not be paid:
Any *medical condition* that is the result of *you* not following *treatment* as

Emergency Medical Insurance

prescribed to *you*, including prescribed medication.

19. Suicide (including any attempt thereat) or self-inflicted *injury* whether or not *you* are sane.

20. Illegal act

Situation where *your* claim will not be paid:

Claim that results from or is related to *your* negligent behaviour or involvement in the commission or attempted commission of a criminal offence, negligent or illegal act.

21. Expenses for which no charge would normally be made in the absence of insurance.

22. War

Situation where *your* claim will not be paid:

Claim related to *an act of war* whether declared or undeclared.

23. Travel advisory

Situations where *your* claim will not be paid:

- An official travel advisory was issued by the Canadian government stating “Avoid non-essential travel” or “Avoid all travel” regarding the country, region or city of *your* destination, before *your effective date*.

This exclusion does not apply to claims for an *emergency* or a *medical condition* unrelated to the travel advisory.

- To view the travel advisories, visit the Government of Canada Travel website.

24. Professional or other services rendered by a *family* member.

Extensions

AUTOMATIC EXTENSION OF COVERAGE

Coverage will be extended automatically without additional premium if:

Your return to the point of departure is delayed beyond *your return date* solely because of the following reasons:

- a. delay of the means of transportation provided the scheduled carrier was due to arrive at the departure point by the *return date*, and provided that the journey is completed in a reasonable amount of time; or
- b. if driving, delay due to bad weather conditions provided the return journey commences prior to the *return date*; or
- c. the personal means of transportation in which *you* are travelling is involved in an accident or mechanical breakdown that prevents *you* from returning to *your* Canadian province or territory of residence on or before the *return date* provided *your* return journey commences prior to the *return date*; or
- d. delay due to a sudden, unforeseen and emergent *sickness, injury* or quarantine of *you, your* accompanying *immediate family member* or *travel companion*.

You must notify CAA Assistance of the delay prior to the *return date*.

You will be required to provide proof of the reason for *your* delay in the event that *you* have to file a claim.

Coverage is extended for a period of 5 *days*, or for the period of *hospitalization* plus 5 *days* after discharge from the *hospital* or until deemed medically able to

Extensions

travel by the Medical Director of *CAA Assistance*. This benefit does not include any costs associated with flight change arrangements, with the exception of *emergency* repatriation that is approved in advance by the Medical Director of *CAA Assistance*.

Coverage may never extend beyond 365 *days* from the *departure date* or the *effective date*.

VOLUNTARY EXTENSION OF COVERAGE

You are able to extend the number of *trip days* on *your* coverage beyond *your* initial *return date* provided that:

1. *You* apply for the extension prior to the *return date* of *your contract*. *You* may need to complete a new *medical questionnaire* to determine eligibility and premium for the extension.
2. There is no cause for a claim against this *contract*.
3. The extension is requested, approved by *us* and *you* have paid any additional required premium for such extension prior to the initial *return date* or *effective date* of the extension.
4. The total covered duration of *your trip*, including any extensions, does not exceed the maximum number of *days*.

Refunds

A refund of premium may be available **provided no claim has been paid, incurred or reported under this contract.**

- **Full refunds** must be requested and approved prior to the original *departure date* or *effective date* of the *trip*.
- **Partial refunds** must be requested and approved by *us* prior to the *return date* of the *trip*. Proof of early return (for example, customs or immigration stamp, gas receipts) is required. Any refund is calculated from the postmarked date of written request, the actual date *you* visited/called CAA Quebec Travel Centre to request the refund, or the date shown on *your* proof of early return, whichever occurs first.

What to do if *You* Need a Refund

Have *your contract* number or *Individual Medical Underwriting Agreement* with *you* and contact *us* at 1-833-247-2940.

CAA Assistance

CAA Assistance is available 24 hours per *day*, 365 *days* per year.

WHAT TO DO IF YOU NEED CAA ASSISTANCE

Have *your contract* number or *Individual Medical Underwriting Agreement* with *you* at all times and contact CAA Assistance at the phone number(s) listed below.

<u>COUNTRY</u>	<u>TOLL-FREE NUMBER</u>
in CANADA & mainland U.S.	1-866-580-2999
Australia	0011-800-8877-9000
Costa Rica	00 800-8877-9000
Dominican Republic	1-800-203-9652
Jamaica	1-800-204-0004
Mexico	001-800-514-2999
New Zealand	00 800-8877-9000
South Africa	00 800-8877-9000
Thailand	001-800-8877-9000
United Kingdom	00 800-8877-9000
Call Collect From Anywhere Else	+1-519-251-5179
Email if Calling is Not Possible	orionassistance@globalexcel.com

When contacting CAA Assistance, please provide *your name*, *your contract* number, *your location* and the nature of *your emergency*.

WHAT HAPPENS WHEN YOU CALL CAA ASSISTANCE?

Prior to receiving all relevant medical information, *we* will handle *your emergency* assuming *you* are eligible for benefits under this *contract* and *you* will be reminded that any services rendered are subject to the terms and conditions of this *contract*. If it is later determined that a *contract* term, limitation, condition or exclusion, applies to *your claim*, *you* will be required to reimburse *us* for any payments *we* have made on *your* behalf.

CAA Assistance will work closely with *you* to:

- direct *you* to an appropriate *physician* or *hospital* at *your trip* destination, wherever possible;
- provide multilingual interpreters to communicate with *physicians* and *hospitals*;
- monitor *your care* so that only appropriate, *medically necessary treatment* is given and to ensure that *your* medical needs are met;
- contact *your immediate family member* and *physician* on *your* behalf;
- pay *hospitals*, *physicians* and other medical providers directly, whenever possible;
- approve and arrange air ambulance transportation when *medically necessary*;
- inform *you* of any expenses not covered by this *contract* or to explain this *contract's* terms and provisions as they relate to *your medical emergency*.

Where a claim is payable *we* will arrange, whenever possible, to have any medical expenses billed directly to *us*.

WHY ARE YOU REQUIRED TO CALL CAA ASSISTANCE?

1. *You* must call CAA Assistance before obtaining *emergency treatment* so that *we* may:
 - confirm coverage; and
 - provide pre-approval of *treatment*.

If it is medically impossible for *you* to call prior to obtaining *emergency treatment*,

CAA Assistance

we ask you to call as soon as possible or have someone call on your behalf. Otherwise, if you do not call CAA Assistance before you obtain emergency treatment your maximum benefit payable will be reduced to 80% of your medical expenses covered under this insurance, to a maximum of \$25,000.

In the event of out-patient medical consultation, a maximum of one (1) visit per accident, sickness or injury.

You will be responsible for the payment of any remaining charges.

- If we determine that you should transfer to another facility or return to your home province/territory of residence, and you choose not to, benefits will not be paid for further medical treatment (if you are a Canadian resident without GHIP your country of permanent residence will be deemed as Canada).*
- CAA Assistance must approve certain benefits in advance. Check the benefits section of your coverage(s) to see which benefit(s) this applies to.*
- If you pay eligible expenses directly to a health service provider without prior approval by CAA Assistance, these services will be reimbursed to you on the basis of the reasonable and customary charges that would have been paid directly to such provider by us. Medical charges that you pay may be higher than this amount, therefore you will be responsible for any difference between the amount you paid and the reasonable and customary charges reimbursed by us.*

LIMITATION ON CAA ASSISTANCE SERVICES

CAA Assistance reserves the right to suspend, curtail or limit services in any area or country in the event that war, political instability or hostility renders the area inaccessible by CAA Assistance. CAA Assistance will use its best efforts to provide services during any such occurrence.

You may contact CAA Assistance prior to your departure to confirm coverage for your trip destination.

How to File a Claim

PAYMENT TO MEDICAL PROVIDERS

CAA Assistance will pay hospitals, physicians and other medical providers directly, whenever possible. While most medical providers will agree to accept direct payment from us, there are some providers who will require that you pay them directly.

Where direct payment cannot be arranged, we will reimburse eligible expenses on the basis of reasonable and customary charges.

Please note that some benefits are reimbursable on your return. Check the particular benefit section for the insurance coverage(s) you have purchased to see which benefit(s) this applies to.

SUBMITTING YOUR CLAIM

You must substantiate your claim by providing the documents described in the applicable insurance coverage(s) on the next page. We are not responsible for charges levied in relation to any such documents.

Indicate your contract number on all correspondence and send the claim form and all required documents to:

CAA-Quebec Travel Insurance

Global Excel Management

73 Queen Street

Sherbrooke, Quebec, Canada

J1M 0C9

Email: orionclaims@globalexcel.com

Phone Numbers: Located on inside front cover and page 14

How to File a Claim

Online Claim Submission

You may submit *your* claim online at www.globalexcel.com/orion.

Documents required to substantiate *your* claim are listed under the applicable insurance coverage(s).

EMERGENCY MEDICAL INSURANCE

1. A completed Medical Expenses Claim Form (provided by *CAA Assistance* upon notification of claim, phone numbers located on page 14).
2. For *accidental* dental expenses *you* must provide an *accident* report from the *physician* or dentist.
3. Original itemized bills from the licensed medical provider(s) stating the patient's name, diagnosis, date and type of *treatment*, and the name, address and phone number of the provider, as well as the original transaction documents proving that payment was made to the provider.
4. Original prescription drug receipts from the pharmacist, *physician* or *hospital* indicating the name of the prescribing *physician*, prescription number, name of preparation, date, quantity and total cost.
5. For out of pocket expenses: an explanation of expenses accompanied by the original receipts.

BOUNCEBACK BENEFIT

For forms and instructions, contact *CAA Assistance* at the phone number(s) located on the inside front cover.

Definitions

Accident or accidental means a fortuitous, sudden, unforeseen and unintentional event exclusively attributable to an external cause resulting in *injury*.

Act(s) of terrorism means any activity occurring within a 72 hour period, save and except an *act of war*, against persons, organizations, property (whether tangible or intangible) or infrastructure of any nature by an individual or a group based in any country that involves the following or preparation for the following:

- use, or a threat to use, force or violence; or
- commission, or a threat to commit, a dangerous act; or
- commission, or a threat to commit, an act that interferes or disrupts an electronic, information or mechanical system;

and the effect or intention of the above is to:

- intimidate, coerce or overthrow a government (whether *de facto* or *de jure*) or to influence, affect or protest against its conduct or policies; or
- intimidate, coerce or put fear in the civilian population or any segment thereof; or
- disrupt any segment of the economy; or
- further political, ideological, religious, social or economic objectives to express (or express opposition to) a philosophy or ideology.

Act(s) of war means hostile or warlike action, whether declared or not, in a time of peace or war, whether initiated by a local government, foreign government or foreign group, *civil unrest*, insurrection, rebellion or civil war.

Age refers to *your age* on the date of insurance application.

Aircraft means any multi-engine transport-type *aircraft* with a maximum authorized take-off weight greater than 10,000 lbs (4,540 kg.), operated between licensed airports by a scheduled or charter airline of Canadian or of foreign registry holding a valid Canadian Transportation Agency scheduled air carrier license, or a valid

Definitions

Canadian Transportation Agency regular specific point air carrier license, or charter air carrier license or its foreign equivalent, provided such *aircraft* is being used at the time to provide transportation authorized under such airline's scheduled, charter or regular specific point license.

CAA Assistance means the claims and assistance provider, appointed by *us* from time to time to perform all assistance services and administer claims on *our* behalf under this *contract*.

Caregiver means a person *you* have entrusted with the care of *your* dependent(s) on a permanent, full-time basis and whose services cannot reasonably be replaced.

Change means *you* have experienced an increase in symptoms, developed new symptoms, required investigation, required a *change* in frequency or dosage of medication, required a *change* in *treatment*, were *hospitalized*, required medical consultation (other than a routine examination) or had a deterioration of an existing condition.

Change in medication means the medication dosage or frequency has been reduced, increased, stopped and/or new medications have been prescribed.

Exceptions:

- an adjustment to the insulin or Coumadin (Warfarin) dosage *you* are currently taking provided it is not newly prescribed or stopped and there has been no *change* to *your* medical condition; and
- a change from a brand name medication to a generic brand medication (insofar as the dosage is not modified).

Child(ren) means unmarried, persons under 26 years of *age* (under *age* 19 as specified under certain benefits), who reside with *you* OR who are full-time students in residence at a post-secondary institution OR person(s) with disability (physical and/or mental) at any *age* who reside with *you*, all of whom depend on *you* for support and who are under *your* care during *your* trip and are covered under a CAA-Quebec Travel Insurance policy underwritten by *us*.

Civil unrest means the gathering of more than one person, in reaction to an event, with the intention of causing a public disturbance inclusive of violent protests or disorder (excluding peaceful demonstrations), riots, arson, looting, occupation of institutional buildings, border infringements and armed insurrection in violation of the law.

Confirmation of Coverage means *your* most recent computer printout, printed form, electronic copy, invoice or *contract* document that sets out the insurance coverage(s) *you* have purchased certifying the existence of a *contract* and on which the applicable following elements are primarily specified: the *Insured person(s)*, the *contract* number, the product, the dates of coverage, the deductible, the selected benefits and the sums insured.

Contract means this document, any riders or amendments to this document, the application, any *medical questionnaire(s)*, and *your Individual Medical Underwriting Agreement*, all of which form the entire *contract* and must be read as a whole.

Day means 24 consecutive hours beginning at 12:01 a.m.

Declared pre-existing medical conditions means any *pre-existing medical condition(s)* that *you* disclosed to *us* at time of application and which are recorded as such on *your Individual Medical Underwriting Agreement*.

Departure date means the *departure date*, start date or *effective date* shown on *your Individual Medical Underwriting Agreement*.

Effective date means the latest of the following:

- a. the date *you* leave for *your* trip; or

Definitions

- b. the *departure date*, start date or *effective date* shown on your *Individual Medical Underwriting Agreement*.

Emergency means a sudden and unforeseen *medical condition* that requires immediate *treatment*. An *emergency* no longer exists when the evidence indicates that no further *treatment* is required at destination or *you* are able to return to your province/territory of residence for further *treatment*.

Family means *spouse* (legal or common-law, regardless of sex), natural, adopted, foster or step-child(ren), brother, sister, step-brother, step-sister, parent, step-parent, grandparent, grandchild(ren), aunt, uncle, nephew, niece, son-in-law, daughter-in-law, parent-in-law, brother-in-law, sister-in-law, legal guardian, legal ward or key employee of the *Insured*.

Global Excel or **Global Excel Management** means the company appointed by us to provide the assistance and claims services under the *contract*.

Government health insurance plan (GHIP) means a Canadian provincial or territorial *government health insurance plan*.

Hospital means an institution that is licensed as an accredited *hospital* that is staffed and operated for the care and *treatment* of in-patients and out-patients. *Treatment* must be supervised by *physicians* and there must be registered nurses on duty 24 hours a *day*. Diagnostic and surgical capabilities must also exist on the premises or in facilities controlled by the establishment.

A *hospital* is not an establishment used mainly as a clinic, extended or palliative care facility, rehabilitation facility, addiction treatment centre, convalescent, rest or nursing home, home for the aged or health spa.

Hospitalization or **hospitalized** means *you* are admitted to a *hospital* and are receiving *medical treatment* on an in-patient basis.

Illness means a health deterioration or an organism disorder certified by a *physician*, or even when the person is pregnant, a pathological complication that arose during the pregnancy.

Immediate family member means *you* and/or *your spouse* (legal or common-law, regardless of sex) and *your child(ren)*, step-child(ren) or grandchild(ren) (provided they are under 26 years of *age* OR person(s) with disability (physical and/or mental) at any *age*), when *your* names appear on *your Individual Medical Underwriting Agreement* respectively as the *Insured(s)*.

Individual Medical Underwriting Agreement means the document *you* received from *us* after *you* have been medically underwritten, which includes *your Confirmation of Coverage*, *your* responses to the *medical questionnaire* and specifies *your declared pre-existing medical condition(s)* covered under this *contract*.

Injury means *accidental* bodily harm which results in loss unrelated to *sickness* or any other cause and which occurs while this coverage is in effect. The *injury* must be sufficiently serious to prompt a reasonably prudent person to consult a *physician* for the purpose of *medical treatment* and for the *physician* to certify in writing the necessity of cancelling, interrupting or delaying the *trip*.

Insured(s) means the person(s) named on *your CAA - Quebec Travel Insurance Individual Medical Underwriting Agreement* upon which a *contract* number appears.

Insurer means Echelon Insurance.

Medical condition means any disease, *illness* or *injury* (including symptoms of undiagnosed conditions).

Medical emergency means the unforeseen and emergent occurrence of symptoms for a *sickness* or *injury* which, unless *treated* immediately by a *physician*, may lead to death or to serious impairment of *your* health.

Definitions

Medical questionnaire means the form relating to *your* medical history which *you* must fill out correctly at the time of application for insurance and at the time of application for extension and which forms part of the insurance *contract*. The answers *you* provide on this form are material to the determination of the terms of coverage and/or the premium that applies to *you*.

Medical treatment means any reasonable procedure which is medical, therapeutic or diagnostic in nature, which is *medically necessary* and which is prescribed by a *physician*. *Medical treatment* includes *hospitalization*, basic investigative testing, surgery, prescription medication (including prescribed as needed) or other *treatment* directly related to the *sickness, injury* or symptom.

Medically necessary in reference to a given service or supply, means such service or supply:

- a. is appropriate and consistent with the diagnosis according to accepted community standards of medical practice;
- b. is not experimental or investigative in nature;
- c. cannot be omitted without adversely affecting *your* condition or quality of medical care;
- d. cannot be delayed until *your* return to *your* Canadian province or territory of residence; and
- e. is delivered in the most cost effective manner possible, at the most appropriate level of care and not primarily by reason of convenience.

Orion Travel Insurance means a division of Echelon Insurance specialized in travel insurance.

Physician is a person who is not *you* or an *immediate family member* or *your traveling companion*, licensed in the jurisdiction where the services are provided, to prescribe and administer *medical treatment*.

Pre-existing medical condition means any *medical condition(s)* that exists prior to the *departure date* of *your trip* or *effective date* of *your contract* for which *you* have received a diagnosis and/or had *medical treatment*, been *hospitalized* and/or been prescribed or taken medication and/or had a *change in medication*, had a *change in medical treatment* and/or experienced new or more frequent symptoms and/or are requiring investigation (other than a routine check-up).

Private accommodation services means services that connect travellers and hosts through an *approved online platform* (mobile application or website) that acts as an intermediary and processes the payment from the traveler to the host.

Professional means a person who engages in a specific activity as their principal occupation and for which they receive remuneration.

Public transportation means a conveyance (bus, taxi, train, boat, airplane or other *vehicle*) which is licensed, intended and used to transport paying passengers.

Reasonable and customary charges means charges incurred for goods and services that are comparable to what other providers charge for similar goods and services in the same geographical area.

Return date means the earliest of:

- a. the date *you* actually return to *your* permanent residence;
- b. the *return date* on which *you* are scheduled to return to *your* permanent residence as shown on *your* most recent *Individual Medical Underwriting Agreement*;

Sickness means a disease or disorder of the body which results in loss while this coverage is in effect. The *sickness* must be sufficiently serious to prompt a reasonably prudent person to consult a *physician* for the purpose of *medical treatment*.

Definitions

Speed event or contest means an organized activity of a competitive nature in which speed is a determining factor in the outcome of the event.

Spouse means the person to whom *you* are legally married or with whom *you* have resided for at least 12 months and whom *you* present publicly as *your spouse* (regardless of sex).

Stable means when all of the following statements are true:

- a. there has not been any new *treatment* prescribed or recommended, or *change(s)* to existing *treatment* including a stoppage in *treatment*; and
- b. there has not been any *change* to any existing prescribed drug (including an increase, decrease, or stoppage to prescribed dosage), or any recommendation or starting of a new prescription drug; and
- c. the *medical condition* has not become worse; and
- d. there has not been any new, more frequent or more severe symptoms; and
- e. there has been no *hospitalization* or referral to a specialist; and
- f. there have not been any tests, investigation or *treatment* recommended, but not yet complete, nor any outstanding test results; and
- g. there is no planned or pending *treatment*.

All of the above conditions must be met for a *medical condition* to be considered *stable*.

Terminal illness means that *you* have a *medical condition* for which a *physician* has estimated that *you* have less than 6 months to live.

Travel companion means a person accompanying *you* on the *trip*, who shares accommodation or transportation with *you* and who has paid such accommodation or transportation in advance of departure. A maximum of 6 persons will be considered *travel companions* (including *you*).

Travel supplier means a licensed company in the business of providing transportation and/or accommodation to the public, and specifically excluding travel agents or professionals, agencies or brokers.

Treated/Treatment means a procedure prescribed, performed or recommended by a *physician* for a *medical condition*. This includes but is not limited to prescribed medication, investigative testing and surgery.

Trip means travel outside *your* permanent residence and ends when *you* return to *your* permanent residence in *your* Canadian province or territory.

Trips within the province of Quebec:

An individual *trip* begins when *you* leave *your* permanent residence in Quebec and ends when *you* return to *your* permanent residence in Quebec.

For *trips* within Quebec, *you* must have at least a one-night stay with a *travel supplier* or *private accommodation services*.

Trips outside of your province or territory of residence:

An individual *trip* begins when *you* leave and ends when *you* return to *your* province or territory of residence.

Vehicle means any private or rental automobile, boat, motorcycle, camper truck, mobile home, rental vehicle or trailer home (not including any commercial trailers) which *you* use during *your trip* exclusively for the transportation of passengers (other than for hire).

We, us or our means the *insurer*.

You and your means the *insured(s)*.

General Terms of Agreement

These general terms of agreement apply to all CAA - Quebec Travel Insurance coverages described herein.

This *contract* is issued in consideration of *your* application, and the premium paid in advance of travel dates, for coverage(s) shown on *your Individual Medical Underwriting Agreement* upon which a CAA - Quebec Travel Insurance *contract* number appears.

Global Excel Management has been appointed by *us* as provider of all assistance and claims services under this *contract*.

Premium:

Once *you* pay *your* premium and a *contract* number is issued, this *contract* becomes a binding *contract* that determines what benefits are payable to *you* by *us*.

Enrollment and premium collection are handled by CAA-Quebec Travel and *us*. The required premium is due and payable at the time of application and will be determined according to the schedule of premium rates then in effect.

If the premium is incorrect for the period of coverage selected, *we* will:

- a. charge and collect any underpayment; or
- b. shorten the coverage period by written amendment if an underpayment in premium cannot be collected; or
- c. refund any overpayment of premium.

Coverage will be null and void if the premium is not received, if a cheque is not honoured for any reason, if credit card charges are invalid or if no proof of *your* payment exists.

By paying the premium for this insurance, *you* agree that *we* and *CAA Assistance* have:

- a. *your* consent to verify *your* Canadian government health insurance (*GHIP*) card number (where applicable) and other information required to process *your* claim, with the relevant government and other authorities;
- b. *your* authorization to *physicians, hospitals* and other medical providers (where applicable) to provide to *us* and *CAA Assistance* any and all information they have regarding *you* while under observation or *treatment*, including *your* medical history, diagnoses and test results;
- c. *your* agreement to the collection, use, and if necessary disclosure of the information available under a. and b. above from and to other sources, as may be required for the consideration and, if applicable, processing of *your* claim for coordination of benefits obtainable from other sources; and
- d. the right to collect from *you* any amount *we* have paid on *your* behalf to medical providers or any other parties in the event that *you* are found to be ineligible for coverage or that *your* claim is invalid or benefits are reduced in accordance with any provisions of this *contract*.

All amounts stated in this policy are in Canadian Dollars, unless otherwise specified.

DEDUCTIBLE

We will pay eligible expenses for losses incurred in excess of the deductible amount, as shown on *your Individual Medical Underwriting Agreement*, per insured, per trip.

All deductible amounts are stated in U.S. currency.

Where Coverage is Applicable:

Coverage is applicable worldwide, except in countries at war or countries where political instability or hostility renders the area inaccessible by *CAA Assistance* services. *You* may contact *CAA Assistance* prior to *your* departure to confirm coverage for *your trip* destination. Phone numbers are located on the inside front cover.

General Terms of Agreement

Payment of Benefits

All payments under this *contract* are payable to *you* or on *your* behalf. Benefits for loss of life are made to *your* estate.

You do not have the right to designate persons to whom for whose benefit insurance money is to be payable.

Any benefits paid will be payable in Canadian funds. Where benefits are payable in foreign currency, the rate of exchange is based on the rate effective on the date when the benefit is paid. No sum payable shall bear interest. **All benefit limits indicated are in Canadian currency.**

Rights of Subrogation

We have the right to proceed at *our* own expense in *your* name against third parties who may be responsible for giving rise to a claim under this *contract* or who may be responsible for providing indemnity, compensation or benefits similar to this insurance. *We* have full rights of subrogation. This right of subrogation is in addition to and does not limit any other right of subrogation existing under common law, equity or statute. *You* will co-operate fully with *us* and not do anything to prejudice such rights. If *you* institute a demand or action for a covered loss, *you* shall immediately notify *us* so that *we* may safeguard its rights.

Co-ordination of Benefits

If, at the time of loss, *you* have insurance from another source, or if any other party is responsible for benefits also provided under this *contract*, *we* will pay eligible expenses only in excess of those covered by that other insurer or other responsible party, including, but not limited to, credit cards, private, provincial or territorial auto plans, any applicable benefit plans, contracts or any other insurance, whether collectable or not. *We* are a secondary payor. All other sources of recovery, indemnity payments or insurance coverage must be exhausted before any payments will be made under any of *our* policies. If, however, that other insurance is also “excess only”, *we* will co-ordinate payment of all eligible claims with that other insurer. All co-ordination follows guidelines set by the Canadian Life and Health Insurance Association. In no case will *we* seek to recover against employment related plans if the lifetime maximum for all in-country and out-of-country benefits is **\$100,000** or less. If *your* lifetime maximum is greater than **\$100,000**, *we* will co-ordinate benefits only above this amount.

General Misrepresentation

You must be accurate and complete in *your* dealings with *us* at all times.

Misrepresentation of *Your* Health/Medical Information

This *contract* is issued on the basis of information in *your* application or provided in connection with *your* application (including answers to the *medical questionnaire*). When completing the application and answering the medical questions, *your* answers must be complete and accurate. In the event of a claim, *we* will review *your* medical history. If any of *your* answers are found to be incomplete or inaccurate:

- *your* coverage will be void;
- which means *your* claim will not be paid.

Misrepresentation of Material Facts Other Than *Your* Health/Medical Information

We will not pay a claim if *you*, any person *insured* under this *contract* or anyone acting on *your* behalf attempt to deceive *us* or makes a fraudulent, false or exaggerated statement or claim.

Arbitration

Both parties to this *contract* hereto agree that any dispute, controversy or claim arising out of or relating to this *contract*, including any question regarding its

General Terms of Agreement

existence, interpretation, validity, breach, termination or claim made pursuant to it, shall be submitted to an arbitrator in the Canadian province or territory in which this *contract* was issued. The laws of the Canadian province or territory in which the *contract* was issued shall apply in the determination of any such dispute, controversy or claim. The decision of the arbitrator shall be final and no party may appeal the decision to any court.

Applicable Law

This *contract* of insurance is governed by the law of the Canadian province or territory of residence of the *Insured*.

Dispute Resolution

At Orion Travel Insurance, *we* have a very defined escalation process to ensure that *our* customers have every possible recourse should underwriting, pricing, sales, claims or service issues arise. *Our* Customer Complaints office is in place to ensure the decision is fair, equitable and developed within company standards.

The *Insurer* is also a member of the General Insurance Ombudservice, an independent dispute resolution service. Customers are encouraged to first attempt to resolve their complaint directly with the *Insurer* before accessing the General Insurance Ombudservice.

You may contact *our* Customer Complaints Office by phone, fax, email or by regular post:

Attention: Customer Complaints Office
Orion Travel Insurance
60 Commerce Valley Drive East
Thornhill, Ontario L3T 7P9

Phone: 905-747-4900
Toll Free: 1-855-674-6684
Fax: 905-771-3357
Email: orioninfo@OrionTi.ca

Statutory Conditions

The Contract

The application, this policy, any document attached to this policy when issued, and any amendment to the *contract* agreed upon in writing after this *contract* is issued, constitute the entire *contract*, and no agent has authority to change the *contract* or waive any of its provisions.

Waiver

We shall be deemed not to have waived any condition of this *contract*, either in whole or in part, unless the waiver is clearly expressed in writing and signed by *us*.

Copy of Application

We shall, upon request, furnish to the *Insured* or to a claimant under the *contract* a copy of the application/*Individual Medical Underwriting Agreement*.

Material Facts

No statement made by the *Insured* at the time of application for this *contract* shall be used in defence of a claim under or to avoid this *contract* unless it is contained in the application or any other written statements or answers furnished as evidence of insurability.

Statutory Conditions

Notice and Proof of Claim

The *Insured*, or a beneficiary entitled to make a claim, or the agent of any of them shall:

- a. Give written notice of claim to *us*:
 - i. by delivery thereof, or by sending it by registered mail to *CAA Assistance*; or
 - ii. by delivery thereof to an authorized agent of *CAA Assistance*, not later than 30 *days* from the date a claim arises under the *contract* on account of an *accident, sickness, injury* or insured risk.
- b. Within 90 *days* from the date a claim arises under the *contract* on account of an insured risk, furnish to *CAA Assistance* such proof as is reasonably possible in the circumstances of the happening of the *accident* or the commencement of the *sickness* or *injury*, and the loss occasioned thereby, the right of the claimant to receive payment, their *age*, and the *age* of the beneficiary; and
- c. If so required by *CAA Assistance*, furnish a satisfactory certificate as to the cause or nature of the insured risk for *accident, sickness, injury* or insured risk for which the claim may be made under the *contract* and as to the duration and/or extent of loss.

Failure to Give Notice or Proof

Failure to give notice of claim or furnish proof of claim, within the time prescribed by this statutory condition, does not invalidate the claim if the notice or proof is given or furnished as soon as reasonably possible and in no event later than one year from the date of the *accident* or the date the claim arises under the *contract*, on account of *sickness* or *injury* if it is shown that it was not reasonably possible to give notice or furnish proof within the time so prescribed.

We are to Furnish Forms for Proof of Claim

CAA Assistance, shall furnish forms for proof of claim within 15 *days* after receiving notice of claim, but where the claimant has not received the forms within that time, the claimant may submit their proof of claim in the form of a written statement of the cause or nature of the *accident, sickness, injury* or insured risk giving rise to the claim and of the extent of the loss.

Rights of Examination

As a condition precedent to recovery of insurance money under this *contract*:

- a. the claimant shall afford to *us* or *CAA Assistance*, as the case may be, an opportunity to examine the *Insured* when and so often as it reasonably requires while the claim hereunder is pending; and
- b. in the case of death of the person *Insured*, *we* or *CAA Assistance*, as the case may be, may require an autopsy subject to any law of the applicable jurisdiction relating to autopsies.

When Money is Payable

All money payable under this *contract* shall be paid by *us* within 60 *days* after *we* have received proof of claim and all required documentation.

Limitation of Arbitration Proceedings

Every action or proceeding against *us* for the recovery of insurance money payable under the *contract* is absolutely barred unless commenced within the time set out in the Insurance Act, or other applicable legislation.

Insurance Act Statutory Conditions

Despite any other provisions contained in the *contract*, this *contract* is subject to the applicable statutory conditions in the Insurance Act, as applicable in *your* province or territory of residence, respecting contracts of accident and sickness insurance.

Privacy and Confidentiality Notice

The specific and detailed information requested on the application form is required to process the application. To protect the confidentiality of this information, *we* will establish a “financial services file” from which this information will be used to process the application, offer and administer services and process claims relative to the insurance applied for.

Access to this file will be restricted to *our* employees, mandataries, administrators or agents who are responsible for the assessment of risk (underwriting), marketing and administration of services and the investigation of claims, and to any other person *you* authorize or as authorized by law. These people, organizations, and service providers may be in jurisdictions outside Canada, and subject to the laws of those foreign jurisdictions.

Your file is secured in *our* offices or those of the administrator or agent. *You* may request to review the personal information it contains and make corrections by writing or calling:

Privacy Officer

Write to: Orion Travel Insurance
60 Commerce Valley Drive East
Thornhill, Ontario, L3T 7P9

Phone: 1-800-268-3750 ext. 25043

Email: privacy@orionti.ca

Similar Products

There are other insurance products offering coverage similar to the insurance targeted in this policy available on the market. *We* encourage *you* to make inquiries to make sure that this insurance best meets *your* needs.

Referral to the Autorité des marchés financiers (AMF)

If *you* have any questions regarding *our* obligations to *you*, *you* may contact the Autorité des marchés financiers at the following address:

Autorité des marchés financiers
Place de la Cité, Tour Cominar
2640 boul. Laurier, 4th floor, Sainte-Foy,
Québec, Canada G1V 5C1

Phone

Toll-free: 1-877-525-0337
Quebec City: 418-525-0337
Montreal: 514-395-0337
Website: www.lautorite.qc.ca

Notice of Rescission of an Insurance Contract

NOTICE GIVEN BY DISTRIBUTOR

Article 440 of the Act respecting the distribution of financial products and services.

THE ACT RESPECTING THE DISTRIBUTION OF FINANCIAL PRODUCTS AND SERVICES GIVES YOU IMPORTANT RIGHTS

- The Act enables you to cancel the insurance contract you just signed at the same time as another contract, **without penalties, within 10 days of its signature**. To do so, you must send the insurer a notice by registered mail within this delay. You may use the enclosed model to that effect.
- Despite the cancellation of the insurance contract, the first contract entered into retains all its effects. Be careful, it is possible that you may incur the loss of favourable conditions extended upon signing this contract; please enquire from your distributor or consult your contract.
- After the expiry of the **10-day** delay, you have the option of cancelling your insurance at any time, but penalties may apply.

For further information, please contact the Autorité des marchés financiers at: (418) 525-0337 or 1-877-525-0337.

- Section 441 does not apply where the principal contract is for a period of 10 days or less.

NOTICE OF RECISSION OF AN INSURANCE CONTRACT

To: Echelon Insurance
Attn.: Orion Travel Insurance
60 Commerce Valley Dr. East
Thornhill, ON, L3T 7P9

Date: _____
(Date of sending of this Notice)

Under Article 441 of the Act respecting the distribution of financial products and services, I hereby cancel insurance contract no. _____
(Number of contract, if indicated)

entered into on: _____
(Date of signature of contract)

at: _____
(Place of signature of contract)

(Name of client)

(Signature of client)

The distributor must fill in this section beforehand.

This notice must be sent by registered mail.

Notice of Rescission of an Insurance Contract

439. A distributor may not subordinate the making of a contract to the making of an insurance contract with the Insurer specified by the distributor.

The distributor may not exercise undue pressure on the client or use fraudulent tactics to induce the client to purchase a financial product or service.

440. A distributor that, at the time a contract is made, causes the client to make an insurance contract must give the client a notice, drafted in the manner prescribed by regulation, stating that the client may cancel the insurance contract within **10 days** of signing it.

441. A client may cancel an insurance contract made at the same time as another contract, within **10 days** of signing it, by sending notice by registered or certified mail.

Where such an insurance contract is cancelled, the first contract retains all its effects.

442. No contract may contain provisions allowing its amendment in the event of cancellation or termination by the client of an insurance contract made at the same time.

However, a contract may provide that the cancellation or termination of the insurance contract will entail, for the remainder of the term, the loss of the favourable conditions extended because more than one contract was made at the same time.

443. A distributor that offers financing for the purchase of goods or services and that requires the debtor to subscribe for insurance to guarantee the reimbursement of the loan must give the debtor a notice, drawn up in the manner prescribed by regulation, stating that the debtor may subscribe for insurance with the Insurer and representative of the debtor's choice provided that the insurance is considered satisfactory by the creditor, who may not refuse it without reasonable grounds. The distributor may not subordinate the making of the contract of credit to the making of an insurance contract with the Insurer specified by the distributor.

No contract of credit may stipulate that it is made subject to the condition that the insurance contract subscribed with such an Insurer remain in force until the expiry of the term, or subject to the condition that the expiry of such an insurance contract will entail forfeiture of term or the reduction of the debtor's rights.

The rights of the debtor under the contract of credit shall not be forfeited when the debtor cancels, terminates or withdraws from the insurance contract, provided that the debtor has subscribed for insurance with another Insurer that is considered satisfactory by the creditor, who may not refuse it without reasonable grounds.

Notes

Toll-free 24/7 CAA Assistance

Canada & mainland U.S. 1-866-580-2999

Australia 0011 800-8877-9000	Jamaica 1-800-204-0004	South Africa 00 800-8877-9000
Costa Rica 00 800-8877-9000	Mexico 001-800-514-2999	Thailand 001 800-8877-9000
Dominican Republic 1-800-203-9652	New Zealand 00 800-8877-9000	United Kingdom 00 800-8877-9000

Call collect from anywhere else +1-519-251-5179

Email if calling is not possible orionassistance@globalexcel.com

Please contact CAA Assistance in case of an emergency. The assistance will manage the medical case, co-ordinate benefits and arrange direct billing (where possible) with a health care provider.

In the event of a claim, please contact CAA Assistance immediately or the benefits under your contract may be limited.

Extensions must be requested before contract expires, provided there are no claims. Please call 1-833-247-2940.

CAA-Quebec Travel Insurance, an Orion Travel Insurance product, is underwritten by Echelon Insurance. Terms and conditions apply.

©Orion Travel Insurance logo and trade name are trademarks of Echelon Insurance ©CAA-Quebec 2024. All rights reserved.



Insurance

Questions about *your contract*?

1-833-247-2940

caaquebec.com

Detach this card and carry it with you at all times for the duration of your contract.

In case of *emergency* or should you require medical attention, please call the emergency phone number(s) listed on the card as soon as possible.



100% post-consumer recycled fibre

CAA Assistance

Toll-Free (24/7): **1-866-580-2999**
(from Canada & Mainland US)

Call collect from anywhere else: **+1-519-251-5179**

Service Providers: **1-866-580-2999**

Address: 535 Griswold Street, Ste 111-609 Detroit, MI 48226



INSURED:

CONTRACT #

INSURANCE COVERAGE:

START DATE:

END DATE:

