

ASSURANCE VOYAGE – VISITEURS AU CANADA

En cas d'urgence ou si vous avez besoin de soins médicaux, vous devez communiquer immédiatement avec la compagnie d'assistance au :

1 844 879-8379

sans frais du Canada et des États-Unis

+1 416 285-1722

à frais virés si disponible

courriel : assist@epicamericas.com

Vous avez la responsabilité de veiller à ce que la compagnie d'assistance soit jointe avant l'obtention de tout traitement. Vos indemnités seront limitées à 80 % des dépenses admissibles, jusqu'à concurrence de 25 000 \$, si vous négligez de le faire, sauf dans les cas extrêmes où des soins sont nécessaires pour pallier une situation grave qui mettrait votre vie en danger.

AVIS IMPORTANT – Prière de lire attentivement

- La présente assurance est destinée à couvrir les pertes découlant de circonstances soudaines et imprévisibles. Il est important que vous lisiez et compreniez votre police, car vos garanties peuvent être assujetties à certaines limitations ou exclusions.
- Votre police peut ne pas couvrir des affections médicales et/ou symptômes qui existaient avant la date d'effet de votre police. Vérifiez comment ceci s'applique dans le cadre de votre police et l'importance que peut avoir à cet égard la date d'effet de votre police.
- En cas d'accident, de blessure ou de maladie, vos antécédents médicaux pourront être examinés si une demande de règlement est présentée.
- Les coûts engagés dans votre pays d'origine ne sont pas couverts.
- Votre police prodigue une assurance voyage. Vous devez aviser la compagnie d'assistance avant de recevoir des soins médicaux. En vertu des dispositions de votre police, vos indemnités peuvent être limitées si vous négligez de communiquer avec la compagnie d'assistance avant d'obtenir des soins médicaux.
- Veuillez prendre le temps de lire cette police pour vous assurer qu'elle répond à vos besoins et communiquez avec votre agent si vous avez des questions. Vous pouvez résilier cette police dans les 10 jours suivant la date de son achat et obtenir un remboursement complet, pourvu que l'annulation ait lieu avant la date d'effet de la police. D'autres possibilités de remboursement sont décrites sous la rubrique Remboursements de la section Dispositions générales de la présente police.

CETTE POLICE CONTIENT UNE CLAUSE POUVANT LIMITER LE MONTANT DE L'INDEMNITÉ.

REMARQUE : Les termes en italique sont définis à la section « Définitions » de cette police.

ADMISSIBILITÉ

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

1. être un visiteur séjournant au Canada ou une personne séjournant au Canada avec un visa étudiant ou un visa de travail, ou un Canadien ou un immigrant non admissible aux prestations d'un régime public d'assurance maladie; et
2. être âgé d'au moins 15 jours et d'au plus 90 ans (moins de 70 ans pour le régime prestige); et
3. ne pas voyager contre l'avis d'un médecin et/ou ne pas avoir reçu de diagnostic de maladie en phase terminale; et
4. ne pas éprouver de nouveaux symptômes ou signes, ni de symptômes ou signes non diagnostiqués et/ou n'être au fait d'aucune raison de consulter un médecin; et
5. ne pas avoir besoin d'assistance dans les activités de la vie quotidienne (s'habiller, prendre son bain, manger, aller à la toilette, se lever de son lit ou de sa chaise et s'y installer).

CONVENTION D'ASSURANCE

1. En contrepartie du paiement complet de la prime exigée pour la somme assurée choisie, l'assureur s'engage à acquitter, jusqu'à concurrence de la somme assurée choisie, les frais raisonnables et courants engagés par vous en cas d'urgence survenant durant votre séjour au Canada ou durant une visite temporaire dans un autre pays. Vous ne bénéficiez d'aucune assurance pendant que vous vous trouvez dans votre pays d'origine.
2. L'assureur acquittera les dépenses admissibles, moins toute franchise applicable, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le barème de tarifs établi par le régime gouvernemental dans votre province ou territoire de résidence au Canada pour les non-résidents du Canada, et qui excèdent les dépenses remboursables en vertu de tout contrat ou régime individuel, privé ou public d'assurance, y compris tout régime d'assurance automobile.
3. Sous réserve de toutes les conditions et dispositions de la police, les indemnités sont versables jusqu'à concurrence de la somme assurée dans la mesure où lesdits services sont nécessaires du point de vue médical. Les limites d'indemnisation sont par personne assurée, par voyage.
4. La présente police, la proposition et la confirmation d'assurance constituent votre contrat d'assurance.

5. L'assureur se réserve le droit de refuser toute proposition ou toute demande de prolongation de garantie.
6. Le type de régime souscrit et la *somme assurée* choisie ne peuvent être modifiés après la date d'entrée en vigueur indiquée sur *votre* confirmation d'assurance.
7. Une seule police peut être émise à *votre* intention et toutes les primes payées pour toute police supplémentaire *vous* seront remboursées. Lorsque plus d'une police est émise par l'assureur en vertu de cette formule et est en vigueur à *votre* intention au moment du sinistre, seulement une desdites police s'appliquera, soit celle qui porte la date d'effet la plus antérieure.

DURÉE DE LA GARANTIE

1. La période d'assurance maximale vertu du présent régime est de 1 année par police et ne saurait se prolonger au-delà de 2 années consécutives avec l'assureur.
2. La garantie sera prolongée pour une *visite temporaire* durant la période d'assurance. Une preuve de toutes les dates de voyage sera requise advenant une réclamation.
3. **Date d'effet**
Votre police d'assurance commence à la dernière des dates suivantes :
 - a) l'heure et la date de *votre* proposition et du paiement de cette assurance;
 - b) 00 h 01 (heure locale) à la date d'effet stipulée à *votre* confirmation d'assurance. Une preuve de *votre* date d'arrivée au Canada peut être requise;
 - c) 7 jours avant la date et l'heure de *votre* arrivée au Canada.

4. **Période d'attente**
 Si *vous* souscrivez cette assurance après *votre* départ de *votre pays d'origine*, aucune garantie n'existe pour quelque *maladie* ayant commencé ou pour laquelle *vous* avez éprouvé des symptômes pendant :

- a) la période de 48 heures suivant la date d'effet de la police si *vous* vous procurez cette assurance dans les 30 jours suivant *votre* départ de *votre pays d'origine*;
- b) la période de 8 jours suivant la date d'effet si la police a été souscrite plus de 30 jours après *votre* départ de *votre pays d'origine*,

et ce, même si les dépenses en question sont engagées après la période d'attente.

Si *vous* souscrivez cette assurance après *votre* départ de *votre pays d'origine*, la garantie relative à toute *blessure* se limite à 50 % des dépenses admissibles durant :

- a) la période de 48 heures suivant la date d'effet de la police si *vous* vous procurez cette assurance dans les 30 jours suivant *votre* départ de *votre pays d'origine*;
- b) la période de 8 jours suivant la date d'effet si la police a été souscrite plus de 30 jours après *votre* départ de *votre pays d'origine*,

et ce, même si les dépenses en question sont engagées après la période d'attente.

Exception : Il n'y aura pas de période d'attente si la présente police est souscrite à la date d'expiration d'une assurance voyage pour les visiteurs au Canada déjà émise par l'assureur ou avant cette date, et qu'elle doit entrer en vigueur le lendemain de ladite date d'échéance, pourvu qu'il n'y ait aucune demande de changement de la *somme assurée* choisie. La police existante doit être en vigueur à la date d'achat et il ne doit y avoir aucune interruption entre les deux assurances.

5. Date d'expiration de la garantie

Votre assurance en vertu de la présente police prend fin à la première des dates suivantes :

- a) 23 h 59 (heure locale) à la date d'expiration indiquée sur *votre* confirmation d'assurance;
- b) 1 an après la date d'effet de *votre* assurance;
- c) la date à laquelle *vous* devenez admissible à un *régime public d'assurance maladie* au Canada;
- d) 7 jours après la date et l'heure de *votre* départ du Canada alors que *vous* n'avez pas l'intention de revenir au Canada durant la période d'assurance;
- e) la date à laquelle *vous* excédez la proportion permise de 49 % de *votre* période de garantie à l'extérieur du pays;
- f) 23 h 59 (heure locale) à une date antérieure déterminée par l'assureur en raison d'un paiement de prime inexact ou insuffisant, y compris un paiement mensuel manquant.

Vous pouvez retourner dans *votre pays d'origine* pour une *visite temporaire* avant la date d'expiration de *votre* assurance et *votre* assurance redeviendra en vigueur sans prime supplémentaire après *votre* retour au Canada pourvu que *vous* demeuriez admissible. La prime correspondant au nombre de jours de *votre visite temporaire* ne *vous* sera pas remboursée ni réémise. Aucune affection pour laquelle des symptômes étaient présents ou pour laquelle *vous* avez reçu des *soins médicaux* durant une *visite temporaire* n'est assurée.

6. Prolongation de votre garantie

Si *vous* désirez rester au Canada au-delà de la date d'expiration de la présente police, *vous* devez communiquer avec votre courtier ou agent avant la date d'expiration et n'avoir aucune raison de chercher à obtenir des soins médicaux pendant la nouvelle période d'assurance.

Vous pouvez souscrire une nouvelle police conformément aux dispositions, aux conditions et au barème de tarifs en vigueur au moment de la demande d'adhésion à la nouvelle police et le calcul du coût des jours d'assurance supplémentaires reposera *votre* âge à la date d'entrée en vigueur de la nouvelle police, pourvu :

- a) que *vous* demeuriez admissible à l'assurance;
- b) que *votre* état de santé n'ait pas changé depuis la date d'effet de *votre* assurance ou depuis la date de *votre* arrivée;
- c) que la prime exigible soit acquittée.

Si *vous* avez présenté une demande d'indemnisation, l'assureur examinera votre dossier avant d'accorder une prolongation. Toute affection pour laquelle *vous* avez été traité pendant la période de couverture initiale sera automatiquement exclue de la période de couverture prolongée. L'assureur se réserve le droit de refuser toute demande de prolongation.

Remarque : la prime minimale est de 20 \$ par police.

7. Assurance familiale

Si vous avez souscrit une assurance familiale au moment de vous procurer *votre* police, celle-ci *vous* couvre, ainsi que tous les membres de la *famille* désignés dans la proposition (veuillez vous référer à la définition de la notion de *famille*) si :

- a) les dates d'assurance sont les mêmes pour tous les membres de la *famille*;
- b) tous les membres de la *famille* vivent à la même adresse pendant leur séjour au Canada;
- c) la prime pour l'assurance familiale est acquittée avant la date d'entrée en vigueur de la police indiquée dans la proposition ou la confirmation d'assurance.

8. Prolongation d'office de la garantie

Après l'envoi d'un avis à la *compagnie d'assistance*, *votre* garantie sera automatiquement prolongée, sans surprime, pour une période maximale de 72 heures si *votre* séjour se prolonge au-delà de la date d'expiration du fait de l'une des circonstances suivantes :

- a) Le véhicule, le transporteur aérien, l'autobus, le train ou le réseau de traversier géré par le

gouvernement dans lequel *vous* prenez place ou dans lequel *vous* devez prendre place à titre de passager accuse un retard indépendant de *votre* volonté. Le retard doit survenir avant la date d'expiration et l'arrivée du moyen de transport doit être prévue avant la date d'expiration;

- b) *Vous* devez reporter *votre* retour prévu dans *votre* pays d'origine parce que *vous* êtes réputé médicalement inapte à voyager par l'assureur;
- c) *Vous* êtes *hospitalisé* en raison d'une *urgence* à la date d'expiration indiquée sur *votre* confirmation d'assurance à la suite d'une *maladie* ou d'une *blessure* assurée. La garantie se prolonge pour la période de l'*hospitalisation* et les 72 heures de prolongation commenceront dès le congé de l'*hôpital*.

Remarque : Tout sinistre survenu après la date d'expiration de *votre* police d'assurance doit être accompagné de documents justificatifs faisant état des circonstances ayant retardé *votre* retour. Cette garantie n'inclut pas les coûts associés au changement de vol.

GARANTIES

L'assureur remboursera les frais raisonnables et courants pour les dépenses admissibles décrites dans la présente section qui sont engagées à la suite d'une urgence assurée jusqu'à concurrence de la somme assurée, sous réserve de toutes les limites, exclusions et dispositions de la police. Cependant, certaines dépenses, conformément aux stipulations apparaissant ci-dessous, ne sont couvertes que moyennant l'approbation préalable de la compagnie d'assistance.

1. Hospitalisation :

- a) Une somme maximale équivalant au coût de l'*hospitalisation* en salle (d'une chambre à deux lits dans le cas des régimes étendu et prestige) facturé par l'*hôpital*. S'ils sont *nécessaires du point de vue médical*, les frais liés aux soins administrés dans une unité de soins intensifs ou une unité de soins coronariens sont également couverts.
- b) Les frais de salle d'urgence.
- c) Les services d'*urgence* prodigués en consultation externe par un *hôpital* lorsqu'ils sont *nécessaires du point de vue médical*.

2. **Services médicaux :** Les *soins médicaux* dispensés par un *médecin*, chirurgien, anesthésiste ou infirmier autorisé, reconnu par la loi (autre qu'un *membre de la famille immédiate* de la *personne assurée*).

3. **Services diagnostiques :** Les tests de laboratoire et les radiographies recommandés par le *médecin* traitant et qui font partie de *soins médicaux d'urgence*. Cette police ne couvre pas le recours à l'imagerie par résonance magnétique (IRM), au cathétérisme cardiaque, à la tomographie axiale informatisée (scanographie), aux radiographies numériques, aux sonogrammes ou aux échographies et aux biopsies sauf si la *compagnie d'assistance* y a consenti au préalable.

4. **Ordonnances :** Les médicaments, y compris les médicaments injectables et sérums, ne pouvant être obtenus que sur ordonnance d'un *médecin*, fournis par un pharmacien diplômé, lorsque *nécessaire du point de vue médical* pour des *soins médicaux d'urgence*. Cette garantie est limitée à une provision de 30 jours jusqu'à concurrence de 500 \$ (1 000 \$

pour les régimes étendu ou prestige) par ordonnance, sauf si la *personne assurée* est *hospitalisée*.

5. **Infirmière privée :** Sous réserve de leur approbation préalable par la *compagnie d'assistance* et de leur prescription par un *médecin* traitant, les services professionnels d'une infirmière privée diplômée (autre qu'un *membre de la famille immédiate*) découlant d'une *urgence couverte* lorsque *nécessaire du point de vue médical* et lors de l'*hospitalisation* ou à la place de l'*hospitalisation*. Lorsque ces services sont retenus à la place de l'*hospitalisation*, cette garantie est limitée à 5 000 \$.

6. **Visites de suivi :** Pourvu que la *compagnie d'assistance* l'ait préalablement approuvé, jusqu'à concurrence de trois visites de suivi, dans la mesure où elles sont directement liées à *votre urgence*.

7. **Soins paramédicaux :** Sous réserve de leur approbation préalable par la *compagnie d'assistance*, les services (y compris les radiographies) d'un chiropraticien, physiothérapeute, podiatre ou ostéopathe autorisé, jusqu'à concurrence de 300 \$ (500 \$ pour les régimes étendu ou prestige) par spécialité mentionnée, par *personne assurée*.

8. **Soins dentaires :** Pourvu qu'ils soient administrés par un dentiste ou un chirurgien stomatologiste autorisé reconnu par la loi, les soins dentaires d'*urgence* :

- a) jusqu'à concurrence de 3 000 \$ pour la réparation ou le remplacement de dents naturelles saines ou de dents artificielles permanentes endommagées par suite d'un coup accidentel reçu au visage; et

- b) jusqu'à concurrence de 300 \$ (500 \$ pour les régimes étendu ou prestige) pour le soulagement d'une douleur dentaire causée par des raisons autres qu'un coup direct au visage et pour laquelle vous n'avez pas reçu de soins ou de conseils auparavant.

Les soins doivent commencer dans les 48 heures suivant l'apparition de l'urgence et doivent être complétés au plus tard 90 jours après le début des soins et avant la date d'expiration de votre police ou avant votre retour dans votre pays d'origine.

9. **Appareils médicaux :** Sous réserve de leur approbation préalable par la compagnie d'assistance et d'une recommandation par le médecin traitant à cet effet, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ pour des appareils médicaux légers tels que béquilles, plâtres, attelles, cannes, écharpes, bandages herniaires, appareils orthopédiques, déambulateurs ou la location temporaire d'un fauteuil roulant, sans que la garantie en excède le prix d'achat.

10. **Transport d'urgence :**

- a) Service d'ambulance autorisé (y compris des frais de taxi à la place du transport par ambulance) jusqu'au plus proche établissement médical ayant la capacité de prodiguer les soins médicaux d'urgence requis;
- b) transport entre des hôpitaux lorsque le médecin traitant le demande à des fins de soins médicaux d'urgence;
- c) Si, en raison d'une urgence couverte, votre médecin traitant ou l'équipe médicale de la compagnie d'assistance recommande de vous ramener au Canada ou dans votre pays d'origine, les frais engagés pour :
- le coût d'un billet d'avion aller simple en classe économique à bord d'un vol commercialisé par l'itinéraire le plus direct, y compris les sièges supplémentaires nécessaires au transport d'une civière;
 - le coût d'un billet d'avion retour en classe économique par l'itinéraire le plus direct pour qu'un accompagnateur médical qualifié vous accompagne si le transporteur aérien l'exige ou si votre médecin traitant déclare par écrit que cela est nécessaire du point de vue médical;
 - le coût d'une ambulance aérienne si c'est nécessaire du point de vue médical seulement si la compagnie d'assistance l'a préalablement approuvé et a pris des dispositions à cet égard.

11. **Rapatriement de la dépouille :** Advenant votre décès du fait d'un accident couvert ou d'une maladie imprévue :

- a) jusqu'à concurrence de 10 000 \$ pour couvrir les frais réels de préparation et de transport de la dépouille (y compris un contenant de transport standard) à destination de votre pays d'origine; ou

- b) jusqu'à concurrence de 2 500 \$ (5 000 \$ pour les régimes étendu ou prestige) pour les frais d'incinération et/ou d'inhumation à l'endroit où est survenu le décès.

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

12. **Décès accidentel et mutilation :** L'assureur s'engage à payer jusqu'à concurrence de 50 000 \$ pour la perte de vie, la perte d'un membre ou la perte de la vue d'une personne assurée découlant directement d'une blessure accidentelle survenue durant la période d'assurance.

Les indemnités sont versables conformément au barème suivant :

- 100 % de la somme assurée liée à une même blessure accidentelle pour la perte :
 - de vie, ou
 - totale de la vue des deux yeux, ou
 - des deux mains, ou
 - des deux pieds, ou
 - d'une main et de la vue totale d'un œil, ou
 - d'un pied et de la vue totale d'un œil.
- 50 % de la somme assurée à la suite d'une même blessure accidentelle pour la perte :
 - totale de la vue d'un œil, ou
 - d'une main; ou
 - d'un pied.

La perte d'une main ou des mains, de même que la perte d'un pied ou des pieds, s'entend d'une perte au niveau de l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus de ceux-ci.

La perte d'un œil ou des yeux s'entend d'une perte totale et irréversible de la vue.

Seul un montant est versable (soit le plus élevé) si vous subissez plus de l'une de ces pertes.

Exposition aux éléments et disparition

Si vous êtes exposé aux éléments ou disparaissiez à la suite d'un accident, une perte sera couverte si :

- à la suite d'une telle exposition aux éléments, vous subissez l'une des pertes indiquées dans le barème des pertes ci-dessus; ou
- votre corps n'est pas retrouvé dans les 52 semaines suivant la date de l'accident. Il sera alors présumé, sauf en cas de preuve du contraire, que vous avez perdu la vie.

13. **Accident d'avion :** Jusqu'à concurrence de 50 000 \$ (100 000 \$ pour les régimes étendu ou prestige) advenant le décès d'une personne assurée à la suite d'une blessure survenue durant la période d'assurance alors qu'elle voyageait en tant que passager payant à bord d'un transporteur aérien commercial. Si le total des demandes d'indemnisation pour le même accident dépasse 300 000 \$, la responsabilité de l'assureur à l'égard dudit accident se limite à 300 000 \$, qui seront partagés proportionnellement entre tous les demandeurs impliqués dans le même accident et couverts par toutes les polices souscrites par l'assureur.

Les garanties suivantes ne s'appliquent que si vous avez choisi et payé le régime étendu ou prestige et que votre confirmation d'assurance en témoigne.

14. **Transport au chevet** : Sous réserve de l'approbation préalable de la *compagnie d'assistance*, un billet d'avion aller-retour en classe économique et 150 \$ par jour jusqu'à concurrence de 3 000 \$ pour les frais de repas et d'hébergement dans un établissement commercial fourni à une personne de *vos* choix afin de permettre à celle-ci :
- d'être au chevet de la *personne assurée* si celle-ci voyage seule et est *hospitalisée* à la suite d'une *urgence* assurée. Pour que ces frais soient admissibles, l'*assuré* devra, au final, être *hospitalisé* à titre de *patient hospitalisé* pour au moins trois jours consécutifs et obtenir du *médecin* traitant une attestation écrite selon laquelle la gravité de la situation justifie la visite; ou
 - d'identifier, le cas échéant, le corps de la *personne assurée* avant qu'il ne soit remis à la famille.
15. **Repas et hébergement** : Sous réserve de l'approbation préalable de la *compagnie d'assistance*, 150 \$ par jour, jusqu'à un maximum de 3 000 \$ pour *vos* hébergement dans un établissement commercial, les repas, les appels téléphoniques essentiels, les frais Internet, les frais d'autobus ou de taxi ou, à la place, la location d'une automobile et les frais de garde de *vos* personnes à charge de moins de 18 ans (excluant les frais de garde par un *membre de la famille immédiate*), si, sur les conseils du *médecin*:
- vous* ou *vos* *compagnon de voyage* êtes *hospitalisé* à la date à laquelle était prévu *vos*
- retour dans *vos* *pays d'origine* ou dans *vos* lieu de résidence au Canada; ou
- vous* ou *vos* *compagnon de voyage* êtes transféré à un *hôpital* différent dans une autre ville pour des *soins médicaux d'urgence*.
- L'incapacité de voyager d'une *personne assurée* doit être certifiée par le *médecin* traitant et les demandes de règlement doivent être accompagnées des reçus originaux des établissements commerciaux.
16. **Allocation à l'hôpital** : Une somme maximale de 50 \$ par jour jusqu'à concurrence de 500 \$ pour les frais accessoires facturés par l'*hôpital* pour le téléphone, la télévision ou l'Internet pendant *vos* *hospitalisation*.
17. **Retour et accompagnement d'enfants** : Pourvu que La *compagnie d'assistance* l'ait préalablement approuvé et ait pris des dispositions à cet égard, le coût d'un aller simple en avion en classe économique pour le retour au point de départ initial des *enfants à charge* *vous* accompagnant, advenant *vos* retour dans *vos* *pays d'origine* ou au Canada sous la garantie Transport aérien d'*urgence*. L'*assureur* paiera également pour l'accompagnement des *enfants à charge*.
18. **Retour de l'excédent de bagages** : Pourvu que la *compagnie d'assistance* l'ait préalablement approuvé et ait pris des dispositions à cet égard, jusqu'à concurrence de 500 \$ pour les frais de retour de *vos* excédents de bagages au point de départ, advenant *vos* retour dans *vos* *pays d'origine* ou au Canada sous la garantie Transport aérien d'*urgence*.

Les garanties suivantes ne s'appliquent que si vous avez choisi et payé le régime prestige et que votre confirmation d'assurance en témoigne.

19. **Maternité** : Si une *personne assurée* devient enceinte durant la période d'assurance, l'*assureur* remboursera les *frais raisonnables et courants* engagés au Canada pour une période maximale de six (6) mois suivant la naissance de l'enfant et jusqu'à concurrence de 10 000 \$, sous réserve de toutes les limitations, exclusions et autres dispositions de la police, pour les soins prénataux, les complications liées à la grossesse en question, l'accouchement et les soins postnataux.
- Cette garantie n'est accordée que lorsque l'assurance est en vigueur durant la totalité de la grossesse. S'il y a plus d'une police sans interruption de la garantie, la date prévue d'accouchement doit être plus de 10 mois après la date d'effet de la première police souscrite. Les frais engagés à l'extérieur du Canada ne sont pas couverts.
20. **Soins psychiatriques/psychologiques** : Jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par *personne assurée* pour
- des visites chez un psychiatre, un psychologue ou un travailleur social autorisé pour l'apaisement de symptômes aigus lorsque le *médecin* traitant le juge essentiel.
- Les garanties suivantes ne s'appliquent que si vous avez choisi et payé une police annuelle et n'êtes assujetti à aucune franchise.**
21. **Vaccins** : Jusqu'à concurrence de 100 \$ par *personne assurée* pour les vaccins.
22. **Examen physique** : Jusqu'à 250 \$ par *personne assurée* pour une visite chez un *médecin* aux fins d'un examen de routine.
23. **Examen de la vue** : Jusqu'à concurrence de 100 \$ par *personne assurée* pour une visite chez un optométriste autorisé.

EXCLUSIONS

La présente police ne couvre pas les pertes ni les dépenses liées en tout ou en partie, directement ou indirectement, à l'une des causes suivantes :

- Toute *maladie, blessure* ou affection médicale qui existait ou en lien avec laquelle *vous* éprouviez des symptômes ou avez reçu des *soins médicaux* avant *vos* date d'effet si *vos* confirmation d'assurance indique que *vous* avez choisi et payé le régime 1.
- Si *vos* confirmation d'assurance indique que *vous* avez choisi et payé le régime 2, aucune garantie ne s'applique aux *maladies, blessures* ou affections médicales qui existaient avant la date d'effet, sauf :

- a) **si vous avez 74 ans et moins** : toute *maladie, blessure* ou affection médicale qui était *stable* dans les **90 jours** précédant la date d'effet;
- b) **si vous avez de 75 à 84 ans** : toute *maladie, blessure* ou affection médicale qui était *stable* dans les **180 jours** précédant la date d'effet, pourvu que vous ayez répondu honnêtement par la négative à toutes les questions de la déclaration médicale. Si vous avez répondu par l'affirmative à l'une des questions de la déclaration médicale, aucune couverture n'est accordée pour toute *maladie, blessure* ou affection médicale antérieure à la date d'entrée en vigueur, qu'elle soit *stable* ou non.
2. Une *maladie* ou une *blessure* qui aurait amené toute personne normalement prudente à chercher à obtenir des *soins médicaux*, conseils, diagnostics ou soins au cours de la période de 90 jours précédant la date d'effet.
 3. Tous les *soins médicaux* qui ne sont pas des *soins médicaux d'urgence* pour le soulagement immédiat d'une douleur ou souffrance aiguë, y compris toute chirurgie électorale, plastique ou esthétique ou tout traitement esthétique.
 4. Toute *maladie* ou *blessure* survenue avant la date d'effet de *votre* police.
 5. Tous les frais engagés à l'extérieur du Canada après le dépassement de la durée permise pour une *visite temporaire*.
 6. Tous les frais engagés alors que vous voyagez contre l'avis d'un *médecin*, ou toute perte découlant de votre *maladie* ou affection médicale ayant été diagnostiquée par un *médecin* comme étant une *maladie en phase terminale* avant la date d'effet de cette police.
 7. Tous les *soins médicaux* pouvant être raisonnablement retardés jusqu'à votre retour dans *votre pays d'origine* par le prochain moyen de transport disponible, que ce soit ou non *votre* intention.
 8. Tous les *soins médicaux* liés à une affection continue, soins courants liés à une affection chronique, soins de santé à domicile, tests approfondis, réadaptation ou soins continus ou de convalescence.
 9. Le non-respect de toute thérapie ou de tout *soin médical* prescrit.
 10. Les dépenses engagées durant un voyage lorsque le voyage est entrepris expressément pour obtenir des *soins médicaux* à l'extérieur de *votre pays d'origine*, que ces soins aient été recommandés ou non par *votre médecin* traitant.
 11. Tous les *soins médicaux* obtenus dans *votre pays d'origine*.
 12. Toute affection médicale pour laquelle vous aviez des symptômes ou pour laquelle vous avez reçu des *soins médicaux* durant une *visite temporaire* dans *votre pays d'origine* durant la période d'assurance.
 13. Toutes réclamations pour une *maladie*, une *blessure*, une perte ou des dommages découlant directement ou indirectement d'une *maladie*, d'une *blessure*, d'une perte ou de dommages, d'une crainte ou d'une menace (réelle ou perçue) liés à une ou plusieurs des *Maladies et infections de préoccupation mondiale* mentionnées dans la section Définitions de la présente police, qu'elles aient été contractés au Canada, à l'extérieur du Canada ou dans une juridiction internationale.
 14. Les greffes, y compris, mais sans s'y limiter, les greffes de cornée ou d'organes ou les greffes de moelle osseuse, les articulations artificielles, les prothèses ou les implants, y compris tous les frais associés. Les implants nécessaires pour stabiliser une affection médicale constituant une *urgence* peuvent être couverts s'ils sont approuvés au préalable par la *compagnie d'assistance*.
 15. Le remplacement d'une ordonnance existante, que ce soit en raison d'une perte, sauf indication contraire dans la présente police, d'un renouvellement ou d'un approvisionnement inadéquat, ou l'achat de médicaments (y compris les vitamines) qui sont généralement disponibles sans ordonnance ou qui ne sont pas légalement enregistrés et approuvés au Canada ou qui ne sont pas nécessaires en raison d'une situation d'*urgence*.
 16. La perte ou la détérioration d'appareils auditifs, de lunettes, de lunettes de soleil, de lentilles de contact ou de prothèses dentaires ou autres, ou d'appareils, et toute ordonnance qui en découle.
 17. Les soins prénatals de routine; *votre* grossesse ou *votre* accouchement, ou les complications qui en découlent, survenant dans les 9 semaines précédant ou suivant la date prévue de l'accouchement, sauf dans les cas prévus par la garantie 19 – Maternité.
 18. Pour les enfants de moins de 2 ans, toute maladie ou condition médicale résultant d'une anomalie congénitale ou liée à celle-ci.
 19. Les frais liés à toute garantie ou à des *soins médicaux* nécessitant l'approbation préalable de la compagnie d'assurance en l'absence de ladite approbation, sauf dans des circonstances extrêmes où lesdits *soins médicaux* sont prodigués d'*urgence* immédiatement après l'admission à l'hôpital.
 20. Des troubles émotifs, psychologiques ou mentaux ou une maladie, un état de santé ou un symptôme du même ordre, sauf en lien avec la garantie 20 – Soins psychiatriques/psychologiques.
 21. La perte, le décès ou la *blessure* si, à ce moment, il existait des preuves indiquant que vous aviez les facultés affaiblies par une consommation d'alcool, de drogues interdites ou de toute autre substance intoxicante ou que le problème de santé à l'origine de la perte, du décès ou de la blessure y était lié de quelque façon que ce soit.
 22. La perpétration ou la tentative de perpétration, par une *personne assurée*, d'un acte illégal ou d'un acte criminel.
 23. *Votre* suicide, une tentative de suicide de *votre* part ou une *blessure* auto-infligée.
 24. L'escalade de rochers ou l'*alpinisme*, le deltaplane, le saut en parachute, saut à l'élastique ou parachutisme; la participation dans tout sport motorisé ou course de véhicule à moteur; la participation dans tout sport en tant qu'athlète professionnel (pour lequel la *personne assurée* est rémunérée) ou la plongée sous-marine (à moins d'avoir passé avec succès un programme reconnu et accepté internationalement tel que NAUI ou PADI ou si la profondeur de la plongée n'excède pas 30 mètres).

25. Une *blessure* ou un décès subi lors du pilotage d'un avion, ou pendant l'apprentissage de pilotage d'un avion, à titre de pilote ou de membre d'équipage.
 26. Un voyage à, dans ou à travers tout pays, toute région ou toute ville où le gouvernement du Canada ou l'un de ses ministères a, avant la date de *votre* voyage, avisé les gens de ne pas voyager pour des motifs non essentiels durant la période de *votre* voyage, si la perte découle du motif de l'émission de l'avis en question.
 27. La guerre, l'invasion, les actes des ennemis étrangers, les hostilités déclarées ou non, la guerre civile, l'émeute, la rébellion, la révolution ou le pouvoir militaire ou *votre* visite illégale dans tout pays.
 28. La contamination résultant de substances radioactives, de combustible ou de déchets nucléaires ou la libération d'armes de destruction massive (nucléaires, chimiques ou biologiques).
 29. Le service ou l'entraînement dans les forces armées, la garde nationale ou une unité de réserve organisée de tout pays ou de toute autorité internationale.
- Les exclusions supplémentaires suivantes s'appliquent également aux garanties en cas de décès accidentel et de mutilation.**
30. Une incapacité mentale, que la perte ou la demande de règlement découle directement ou indirectement d'un trouble, d'une maladie, d'une affection ou d'un symptôme de nature émotive, psychologique ou mentale.
 31. Un problème survenant alors que *l'assuré* subit un traitement médical ou chirurgical relatif à toute *maladie, blessure* ou affection médicale.
 32. Un AVC ou un problème vasculaire cérébral ou une affection cardiovasculaire y compris, sans s'y limiter, un infarctus du myocarde ou une crise cardiaque, une thrombose coronaire ou un anévrisme.
 33. Un voyage dans ou à bord de tout véhicule utilisé pour la navigation aérienne (y compris l'embarquement et le débarquement) si :
 - a) *vous* prenez place à titre de passager dans tout aéronef non autorisé ou non destiné pour le transport de passagers; ou
 - b) *vous* effectuez des tâches de pilote ou de membre d'équipage à bord d'un aéronef, *vous* apprenez à effectuer de telles tâches ou *vous* formez d'autres personnes pour la réalisation de telles tâches.
 34. Une infection de tout ordre, peu importe la façon dont elle a été contractée, sauf les infections bactériennes directement causées par le botulisme, les intoxications alimentaires, une coupure accidentelle ou une blessure indépendante, en l'absence de toute *maladie, blessure* ou affection médicale, y compris le diabète, sans toutefois s'y limiter.
 35. Tout acte, toute tentative ou toute omission de *votre* part ou ayant eu lieu avec *votre* consentement et visant à interrompre l'apport normal de sang à *votre* cerveau ou à *vous* asphyxier, dans le but de causer du tort ou non.
 36. Toute cause naturelle.

DÉFINITIONS

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

Accident signifie un événement soudain, fortuit, imprévisible et non intentionnel attribuable exclusivement à une cause externe et qui entraîne des *blessures* corporelles.

Alpinisme signifie l'ascension et la descente d'une montagne exigeant l'utilisation d'équipement précis, y compris des crampons, piolets, ancrages, mousquetons et cordages.

Assuré, personne assurée signifie toute personne admissible dont le nom figure dans la proposition et à la confirmation d'assurance, pour laquelle la prime exigée a été payée.

Assureur désigne la Compagnie d'assurance Berkley, qui fournit la présente assurance.

Blessure signifie toute atteinte corporelle inattendue et imprévue résultant d'un *accident* subi par une *personne assurée* au cours de la période de garantie et nécessitant un traitement d'*urgence* couvert par la présente police.

Compagnie d'assistance signifie la compagnie désignée par *l'assureur* pour fournir des services de sinistres et d'assistance d'*urgence*.

Conjoint signifie la personne avec laquelle la *personne assurée* est mariée légalement ou avec laquelle la *personne assurée* vit en union de fait depuis au moins 12 mois.

Enfants à charge signifie des personnes non mariées qui résident avec *vous* et dont *vous* assurez la subsistance si *vous* êtes leur parent, leur grand-parent ou leur tuteur légal et qui, à la date d'effet, ont au moins 15 jours et :

- a) ont moins de 21 ans; ou
- b) ont moins de 26 ans et sont étudiants à temps plein; ou

- c) sont atteints d'une déficience physique ou intellectuelle.

Famille désigne vous et/ou votre conjoint/conjointe jusqu'à l'âge de 69 ans et vos enfants à charge dans la mesure où vos noms apparaissent sur la proposition ou la confirmation d'assurance. Les dates de couverture doivent être les mêmes pour tous les membres de la famille. Tous les membres de la famille doivent résider à la même adresse durant leur séjour au Canada.

Frais raisonnables et courants signifie les frais engagés pour des fournitures ou des services médicaux approuvés et couverts, qui n'excèdent pas les frais normaux d'autres fournisseurs de niveau similaire dans la même région géographique, pour le même traitement d'une *maladie* ou *blessure* similaire.

Hôpital signifie un établissement reconnu légalement comme étant un hôpital; lequel offre en permanence les services d'un ou plusieurs *médecins* disponibles en tout temps, ainsi que les services également en permanence d'infirmières diplômées; dont la vocation première est de fournir des services diagnostiques et traitements médicaux et chirurgicaux pour les *maladies* ou *blessures* aiguës, ou le traitement actif des maladies chroniques; lequel est équipé de manière à effectuer des diagnostics, des opérations chirurgicales majeures et à fournir des soins aux *patients hospitalisés*. Le terme « hôpital » ne comprend pas les centres de convalescence, de soins infirmiers, de repos ou de soins infirmiers spécialisés, qu'ils fassent partie ou non d'un hôpital général ordinaire, ni les établissements exploités

principalement à titre de clinique, de centres de soins palliatifs ou prolongés, de centres de réadaptation, de centres de traitement de la toxicomanie ou de stations de cure.

Hospitalisation ou **hospitalisé** signifie une *personne assurée* qui occupe un lit d'hôpital pendant plus de 24 heures en vue d'obtenir des *soins médicaux* et dont l'admission jugée *nécessaire du point de vue médical* a été recommandée par un *médecin*.

Maladie signifie une affection ou un problème de santé soudain ou imprévu donnant lieu à une perte pendant la période de garantie. La maladie doit être suffisamment grave pour obliger une personne raisonnable à obtenir des *soins médicaux* auprès d'un *médecin*.

Maladie en phase terminale signifie qu'en raison de l'état de santé de la *personne assurée*, un *médecin* estime que *celle-ci* a une espérance de vie de moins de six (6) mois.

Maladies et infections d'intérêt mondial désignent une ou plusieurs des maladies suivantes: la fièvre à tique africaine, la trypanosomiase africaine, la grippe aviaire, le virus de l'encéphalite de Murray Valley, la maladie de Chagas, le virus du chikungunya, la fièvre hémorragique de Crimée-Congo (FHCC), le choléra, la dengue, l'Ebola, la maladie à virus Ebola, l'infection à virus Hendra, l'hépatite A, l'hépatite B, l'hépatite C, l'hépatite E, l'encéphalite japonaise, la fièvre de Lassa, la leptospirose, la maladie du virus Marburg, la méningite à méningocoques, le Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), la variole du singe, le paludisme sous toutes ses formes, le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS), l'infection par le virus Nipah, la peste, la poliomyélite, le virus de la poliomyélite sous toutes ses formes, la fièvre de la vallée du Rift, la maladie virale de rivière de Ross, le SARS-CoV-1, la schistosomiase, l'encéphalite à tiques, la fièvre typhoïde, la tuberculose de toute forme, la tularémie, le virus du Nil occidental, la fièvre jaune ou l'infection à virus Zika.

Médecin signifie un praticien dument autorisé à exercer conformément aux règlements applicables dans le territoire où la personne exerce. Le médecin doit être une personne autre que la *personne assurée* ou un *membre de la famille immédiate*.

Membre de la famille immédiate signifie *conjoint, conjointe, enfant naturel ou adopté, beau-fils, belle-fille, père, mère, beau-père, belle-mère, tuteur légal, enfant en tutelle, frère, sœur, beau-frère, belle-sœur, parent par alliance, grand-parent, petit-enfant, tante, oncle, nièce, neveu* de la *personne assurée*.

Nécessaires du point de vue médical, à propos de services ou de fournitures, signifie que ceux-ci :

- a) sont opportuns et compatibles avec le diagnostic conformément aux normes reconnues de la pratique médicale dans la société;
- b) ne sont pas de nature expérimentale ou à des fins d'investigation;
- c) peuvent avoir des conséquences néfastes pour l'état de santé de la *personne assurée* ou la qualité des soins médicaux s'ils ne sont pas administrés;
- d) ne peuvent attendre le retour de la *personne assurée* dans son *pays d'origine*.

Patient hospitalisé signifie un patient qui occupe un *lit d'hôpital* pendant plus de 24 heures en vue d'obtenir des

soins médicaux et dont l'admission jugée *nécessaire du point de vue médical* a été recommandée par un *médecin*.

Pays d'origine signifie le pays pour lequel la *personne assurée* détient un passeport. Si la *personne assurée* détient plus d'un passeport, le pays d'origine sera réputé être le pays déclaré par la *personne assurée* sur la proposition.

Régime public d'assurance maladie signifie la garantie de soins de santé offerte par le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux canadiens à leurs résidents.

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

Somme assurée désigne le montant maximal payable que *vous* aurez choisi et payé au moment d'acheter la police ou qui s'applique à une protection d'assurance donnée.

Stable désigne tout état de santé (que le diagnostic ait été posé ou non), pour lequel il n'y a pas eu :

- a) *d'hospitalisation* durant la période de stabilité; et
- b) de nouveau diagnostic, traitement ou médicament d'ordonnance; et
- c) de changement* dans le traitement ou la médication; et
- d) de nouveaux symptômes, n'est apparue aucune hausse dans la fréquence ou la gravité des symptômes; et
- e) de nouveaux résultats de tests témoignant d'une détérioration; et
- f) de renvoi à un spécialiste (effectué ou recommandé) et *vous* n'êtes pas en attente d'une chirurgie ni de résultats d'une investigation plus approfondie effectuée par tout professionnel de la santé.

*Changement inclut tout nouveau traitement ou nouvelle médication, arrêt de traitement ou de médication, changement de quantité ou de fréquence de traitement ou de médication, mais n'inclut pas la transition entre les versions de médicaments d'origine et génériques avec le même ingrédient actif et dosage ou l'ajustement courant du dosage dans des paramètres prescrits en ce qui concerne l'insuline ou des médicaments oraux contre le diabète.

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

Transporteur public signifie un moyen de transport public autorisé à transporter des passagers payants, fourni et exploité pour le transport régulier des passagers sur terre, sur l'eau ou dans les airs, sur un circuit de passager régulier, avec un horaire précis de départs et d'arrivées entre des points de départ et d'arrivée établis et reconnus.

Urgence signifie une *maladie* ou une *blessure* inattendue et imprévue survenant durant la période d'assurance, qui nécessite que *vous* receviez des *soins médicaux* immédiats pour diminuer le risque pour la vie ou la santé qui se produit durant un voyage assuré, et que lesdits *soins médicaux* ne

peuvent être retardés jusqu'à votre retour dans votre pays d'origine par le prochain moyen de transport disponible, que ce soit ou non votre intention. Il n'existe plus d'urgence lorsque vous êtes considéré, du point de vue médical, en état de voyager; et il n'y a plus d'autres indemnités payables à l'égard de l'affection qui a causé l'urgence.

Visite temporaire signifie un voyage dans un pays à l'extérieur du Canada, dans le cadre de votre voyage assuré, qui ne doit pas excéder :

- a) 49 % de la durée de votre voyage assuré;
- b) 30 jours si le point de départ et d'arrivée est le Canada; et
- c) 7 jours si le point de départ ou d'arrivée est le Canada.

Vous, votre, vos, vous-même signifient la personne assurée.

Voyage désigne la période entre la date d'effet et la date d'expiration indiquées sur votre confirmation d'assurance.

LIMITATIONS ET RESTRICTIONS

Avis à la compagnie d'assistance

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

En cas d'urgence médicale, vous devez aviser la compagnie d'assistance avant de recevoir quelque soin médical et dans les 24 heures de votre admission à un hôpital et avant que toute chirurgie ne soit effectuée.

Si vous négligez de le faire sans motif raisonnable, l'assureur ne paiera alors que 80 % de la demande de règlement admissible jusqu'à concurrence de 25 000 \$. Vous aurez la responsabilité d'assumer tous les frais qui ne sont pas payables par l'assureur.

Limitation des garanties

Lorsque la personne assurée est considérée comme stable du point de vue médical pour revenir dans son pays d'origine, ou en raison du congé d'un établissement médical, l'urgence sera réputée avoir pris fin. Toute consultation subséquente, complication ou rechute ou tout traitement lié à cette urgence ne sera plus admissible aux termes de la présente police.

Incapacité d'obtenir les dossiers médicaux

Si l'assureur est incapable d'obtenir des dossiers médicaux auprès de votre pays d'origine, vos antécédents médicaux

seront établis à partir de renseignements tirés du rapport de votre médecin traitant, des examens médicaux réalisés ou d'autres sources d'information pertinentes.

Accessibilité et qualité des soins

Ni l'assureur, ni la compagnie d'assistance ne seront responsables de l'accessibilité ou de la qualité de tout soin médical (résultats compris) ou de l'incapacité de la personne assurée à obtenir un soin médical pendant la période d'assurance.

Transfert médical ou rapatriement

L'assureur se réserve le droit, tel que raisonnablement requis et à ses frais, de vous transférer à un hôpital ou de vous rapatrier au Canada ou dans votre pays d'origine durant une urgence pour y recevoir des soins médicaux pour votre maladie ou votre blessure.

Si vous refusez d'être transféré ou rapatrié alors que vous êtes déclaré médicalement apte à voyager par l'équipe médicale de la compagnie d'assistance, les frais engagés pour soigner la maladie ou la blessure en question à la suite de votre refus ne seront pas couverts et le paiement de ces frais sera votre entière responsabilité. La garantie pour la maladie ou la blessure cesse à votre refus et aucune garantie ne vous sera fournie pour la maladie ou la blessure en question pour le reste de la période d'assurance.

Limitation liée aux services d'assistance

La compagnie d'assistance se réserve le droit de suspendre, réduire ou limiter les services dans toute région ou tout pays où une guerre, une instabilité politique ou une hostilité lui rend la zone inaccessible. La compagnie d'assistance fera de son mieux pour offrir des services en pareille circonstance.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

LIMITE GLOBALE

La limite globale pour l'ensemble des sinistres découlant d'un même événement en vertu de toutes les polices d'assurance voyage souscrites par l'assureur s'élève à 20 000 000 \$ CAD.

LOIS APPLICABLES

Les relations auxquelles s'applique le présent contrat d'assurance sont régies et interprétées conformément aux lois de la province de l'Ontario.

Les relations entre l'assureur et la personne assurée sont régies par la loi de la province ou du territoire canadien de résidence de la personne assurée. Toute procédure judiciaire engagée par la personne assurée, ses héritiers ou ses ayants droit doit être portée devant les tribunaux de la province ou du territoire canadien de résidence de la personne assurée.

L'assureur ne sera pas tenu de fournir une couverture ou d'effectuer un paiement en vertu des présentes si cela

constitue une violation d'une loi ou d'un règlement sur les sanctions qui exposerait Berkley Canada, sa société mère ou son entité de contrôle ultime à une pénalité en vertu d'une loi ou d'un règlement sur les sanctions.

ARBITRAGE

Nonobstant toute clause de la présente police, tout assuré présentant une demande de règlement en vertu de la présente police et les parties aux présentes s'engagent à soumettre à un processus d'arbitrage, à l'exclusion des tribunaux, tout litige présent ou futur relatif à une demande de règlement. La procédure d'arbitrage sera régie par la loi sur l'arbitrage en vigueur dans la province ou le territoire canadien de résidence de l'assuré. Si l'assuré n'est pas résident d'une province ou d'un territoire canadien, la loi applicable est celle de la province de l'Ontario.

Tout assuré présentant une demande de règlement en vertu de la présente police et les parties à la présente

police conviennent que toutes les actions seront soumises à l'arbitrage.

PROCÉDURE D'ARBITRAGE

- a) Tout *assuré* qui présente une demande de règlement en vertu de la présente police et les parties conviennent d'un commun accord d'un arbitre unique. S'il est impossible de convenir d'un arbitre unique, l'assuré ou la partie requérante et l'assureur ou la partie défenderesse choisiront chacun unilatéralement un arbitre qui sera chargé de convenir d'un troisième arbitre. Le troisième arbitre sera la seule personne saisie comme arbitre de l'arbitrage.
- b) La partie qui prend l'initiative de l'arbitrage assumera 50 % du coût ou des honoraires de l'arbitre ou des arbitres, 50 % du coût ou des honoraires de tout litige lié à la sélection d'un arbitre et 50 % du coût des dépenses liées au lieu de l'arbitrage.
- c) Chaque partie ayant qualité pour agir dans l'arbitrage assumera ses frais et débours de représentation juridique respectifs.
- d) Aucun élément de preuve lié à l'objet d'un arbitrage ne doit être exclu ou rayé de la liste des preuves de l'arbitrage au motif qu'il s'agit d'un témoignage d'opinion ou d'un témoignage d'expert.
- e) Le (troisième) arbitre contrôlera par ailleurs la procédure et rendra une décision écrite dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant toute requête, audience ou soumission liée au différend. Il est possible d'en appeler de la décision d'un arbitre sur la base d'une erreur de droit ou d'une erreur de fait.

MONNAIE

Toutes les sommes payables au titre de la présente police sont exprimées en monnaie canadienne. Si une *personne assurée* a payé une dépense couverte dans une devise autre que la devise canadienne, la *personne assurée* sera remboursée en devise canadienne au taux de change en vigueur à la date du paiement de la demande de remboursement. Cette assurance ne paie pas d'intérêts.

LIMITATION DES POURSUITES

Toute action ou procédure prise contre un *assureur* aux fins du recouvrement de sommes d'assurance versables en vertu du contrat est absolument interdite, sauf si elle est entamée dans les délais indiqués dans la *Loi sur les assurances* ou dans toute autre loi applicable.

LIMITATION DES GARANTIES

Lorsque la *personne assurée* est considérée comme stable du point de vue médical pour revenir au Canada, ou en raison du congé d'un établissement médical, l'*urgence* sera réputée avoir pris fin. Toute consultation subséquente, complication ou rechute ou tout traitement lié à cette *urgence* ne sera plus admissible aux termes de la présente police.

FAUSSE DÉCLARATION ET OMISSION DE DÉVOILER DES FAITS ESSENTIELS

La totalité des garanties aux termes de la présente police pourrait être annulable si l'*assureur* établit, avant ou après un sinistre, que la *personne assurée* a dissimulé, faussement déclaré ou omis de déclarer des faits essentiels relativement à la présente police ou à son intérêt dans celle-ci, ou si la *personne assurée* refuse de

communiquer des renseignements ou de permettre l'utilisation de tels renseignements concernant toute *personne assurée* en vertu de la présente police. Par conséquent, et en cas de sinistre, l'*assureur* n'assumera aucune responsabilité et la *personne assurée* sera la seule responsable de tous les frais liés à sa demande de règlement, y compris les coûts de rapatriement médical.

DÉCLARATION ERRONÉE DE L'ÂGE

Dans l'éventualité où *votre* âge a été déclaré incorrectement à l'*assureur*, la garantie et/ou la prime peuvent être ajustées en fonction de *votre* âge à la date à laquelle la garantie a pris effet. Tout ajustement de prime est payable à la réception d'un avis de prime.

NON-CESION

Les indemnités versables ou pouvant devenir versables en vertu de la présente police ne peuvent être cédées par *vous*. L'*assureur* n'est responsable d'aucune cession que *vous* pourriez avoir effectuée et ne saurait y être lié. Advenant une cession, *vous* vous engagez à défendre ou à indemniser l'*assureur* à l'égard de tout litige lié aux indemnités versables ou pouvant devenir versables à la suite d'une cession.

AUTRE ASSURANCE

Cette assurance est une assurance de second payeur. Relativement à toute perte ou à tous dommages assurés ou à tout sinistre payable en vertu de tout régime ou contrat d'assurance, qu'il s'agisse d'une assurance de responsabilité, d'une assurance collective ou individuelle de base ou d'une assurance maladie complémentaire, d'une assurance automobile privée ou publique (provinces et territoires canadiens) offrant une couverture pour soins hospitaliers, médicaux ou thérapeutiques, ou encore de toute autre assurance concurremment en vigueur, les sommes payables, au titre de la présente assurance, se limitent aux frais admissibles engagés à l'extérieur de *votre pays d'origine* excédant le ou les montants d'assurance de la *personne assurée* au titre de cette autre assurance.

Vous ne pouvez réclamer ou recevoir, en tout, plus de 100 % de la valeur de la perte causée par l'événement assuré.

PAIEMENT D'INDEMNITÉS VERSÉES EN TROP

Aucune disposition de la présente police n'empêchera l'*assureur* de recouvrer le paiement d'indemnités versées en trop à une personne ou à une organisation, sans égard à la cause d'un tel versement en trop.

PAIEMENT DE LA PRIME

La prime est exigible et payable au moment de la souscription et est établie selon le barème de taux en vigueur. Les primes et les conditions de la police sont basées sur *votre* âge à la date de souscription de la police. Si la prime payée est insuffisante pour la garantie choisie, l'*assureur* facturera et percevra tout paiement insuffisant. La garantie sera nulle si le paiement de la prime n'est pas reçu, si un chèque n'est pas accepté pour quelque raison, si la carte de crédit n'est pas valide ou si la preuve de *votre* paiement n'existe pas.

Si *vous* avez choisi l'option de paiement mensuel, les montants des paiements mensuels seront calculés comme

1/12 de la prime totale due. Un montant égal à deux mois de prime plus des frais administratifs sera facturé à la date de souscription de la police. Les 10 mensualités restantes, majorées des frais de gestion, seront facturées à la même date pour les 10 mois suivants.

Si un paiement n'est pas reçu, l'assureur en informera votre courtier. La date d'expiration sera calculée sur la base de tous les paiements de primes reçus. Si un paiement de remplacement n'est pas reçu avant la date d'expiration, la couverture cessera d'être assurée au titre de la présente police. L'assureur ne sera pas responsable des sinistres survenus après l'expiration de la police.

PROTECTION DE VOTRE VIE PRIVÉE

L'assureur accorde une grande importance à la protection de votre vie privée. Vos renseignements personnels seront recueillis, utilisés et divulgués uniquement aux fins de services d'assurance que vous avez demandés. Ces renseignements demeurent confidentiels selon les exigences des lois provinciales et fédérales applicables. Dans l'éventualité d'un sinistre, la compagnie d'assistance et l'assureur peuvent recueillir vos renseignements médicaux personnels détenus par une tierce partie. Ces renseignements peuvent être communiqués aux employés de la compagnie d'assistance et à l'assureur aux fins d'analyse de demandes de règlement et de façon à mieux vous servir.

L'assureur ne divulguera en aucun cas ces renseignements à quelque personne ou organisation ne possédant pas clairement le droit de les consulter, sans obtenir votre consentement au préalable. Pour plus de détails sur notre politique en matière de protection de la vie privée, prière de consulter : www.berkleycanada.com/privacy.

REMBOURSEMENTS

1. Si l'annulation de votre police est demandée avant la date d'entrée en vigueur, la totalité de la prime payée sera remboursée, moins les frais administratifs applicables. Si la police a été souscrite pour une demande de Super Visa, une preuve satisfaisante de Citoyenneté et Immigration Canada que votre Super Visa a été refusé sera exigée avant que le remboursement ne soit accepté et traité.
2. La prime payée (moins les frais administratifs) peut être partiellement remboursée pour la partie non utilisée de la prime si la résiliation de votre police est demandée parce que vous devez retourner dans votre pays d'origine avant la date de retour prévue, ou parce que vous devenez admissible et/ou couvert

par un régime public d'assurance maladie pendant la période de couverture.

Remarque : Les demandes de remboursement doivent parvenir par écrit à votre courtier ou agent de vente au plus tard 60 jours après la date à laquelle vous êtes devenu admissible et/ou couvert par un régime public d'assurance maladie, ou la date de votre retour anticipé, ou la date d'expiration de votre police. Une fois que votre courtier ou agent de vente aura reçu une preuve satisfaisante (par exemple, un billet d'avion/une carte d'embarquement, un cachet des douanes/de l'immigration) de votre retour anticipé, ou une preuve de la date à laquelle vous êtes devenu éligible et/ou couvert par un régime public d'assurance maladie, votre remboursement sera calculé à partir de cette date, sinon le calcul de ces remboursements sera basé sur la date de votre demande écrite, le cachet de la poste faisant foi. Aucun remboursement ne sera émis si le montant de la prime à rembourser est inférieur à 20 \$.

SUBROGATION

Dans le cas où une personne assurée subit un sinistre couvert au titre de la présente police, la personne assurée accorde le droit à l'assureur d'intenter une poursuite contre toute personne, personne morale ou entité juridique ayant causé le sinistre, et ce, afin de faire respecter tous les droits, pouvoirs, privilèges et recours relativement aux sommes payables au titre de la présente police. En outre, si la personne assurée a droit à une assurance ou à d'autres garanties pour frais médicaux sans égard à la responsabilité, l'assureur a le droit d'exiger et d'obtenir les sommes payables au titre de ces garanties. Si l'assureur décide d'intenter une poursuite, il le fera à ses frais, au nom de la personne assurée, et la personne assurée devra se présenter sur les lieux du sinistre afin de faciliter le déroulement des procédures, en plus de fournir à l'assureur toute information, coopération et assistance que l'assureur peut raisonnablement exiger. Si la personne assurée présente une requête ou si elle intente une poursuite relativement à un sinistre couvert, la personne assurée devra en aviser immédiatement l'assureur afin que celui-ci puisse protéger ses droits. Après la survenance d'un sinistre, la personne assurée ne peut pas intenter une poursuite, qui porterait atteinte aux droits de l'assureur, tels qu'énoncés dans le présent paragraphe et doit tout mettre en œuvre pour permettre l'exercice de ces droits.

CONDITIONS LÉGALES (CONDITIONS GÉNÉRALES AU QUÉBEC)

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

LE CONTRAT

La proposition, le présent contrat et tout document y étant annexé lors de son émission, ainsi que toute modification au contrat acceptée par écrit une fois le contrat établi, constituent le contrat intégral et aucun mandataire ne peut le modifier ni renoncer à l'une de ses dispositions.

RENONCIATION

Aucune condition du présent contrat ne sera réputée avoir été abandonnée en tout ou en partie par l'assureur à moins que la

renonciation ne soit clairement exprimée dans un écrit signé par l'assureur.

COPIE DE LA PROPOSITION

L'assureur doit, sur demande, fournir une copie de la proposition à la personne assurée ou à l'auteur d'une demande de règlement au titre du contrat.

FAITS ESSENTIELS

Aucune déclaration faite par l'assuré ou une personne assurée lors de la proposition du présent contrat d'assurance ne peut

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

AVIS ET PREUVE DE SINISTRE

La *personne assurée* ou une personne assurée, ou un bénéficiaire ayant le droit de présenter une demande de règlement, ou l'agent de l'un ou l'autre de ceux-ci doit :

- a) transmettre un avis de sinistre écrit à l'*assureur*,
 - i. en le lui livrant ou en le lui expédiant par courrier recommandé au siège social ou à l'agence principale de l'*assureur* dans la province, ou
 - ii. en le livrant à un agent autorisé de l'*assureur* dans la province,

au plus tard 30 jours après la date de survenance du sinistre en vertu du contrat, en lien avec un *accident*, une *maladie* ou une incapacité;

- b) fournir à l'*assureur*, dans les 90 jours suivant la date de survenance d'un sinistre en vertu du contrat, en lien avec un *accident* ou une *maladie*, toutes les preuves pouvant raisonnablement être fournies en ce qui a trait :
 - i. aux circonstances de la survenance de l'*accident* ou du début de la *maladie*,
 - ii. à la perte causée par l'*accident* ou la *maladie*,
 - iii. au droit du demandeur à une indemnité,
 - iv. à l'âge du demandeur, et
 - v. le cas échéant, à l'âge du bénéficiaire; et

si l'*assureur* l'exige, fournir un certificat satisfaisant en lien avec la cause ou la nature de l'*accident*, de la *maladie* ou de l'incapacité pour lesquels une demande de règlement peut être présentée en vertu du présent contrat, de même qu'avec la durée de ladite *maladie* ou incapacité.

DÉFAUT D'AVIS OU DE PREUVE

Le défaut de donner avis du sinistre ou d'en fournir la preuve dans le délai fixé par cette condition n'invalide pas la demande de règlement si :

1. l'avis est donné ou la preuve est fournie dès que raisonnablement possible, mais en aucun cas plus d'une année après la date de l'accident ou la date à laquelle une demande de règlement prend naissance en vertu du présent contrat à la suite d'une maladie ou d'une invalidité, et qu'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner avis ou de fournir la preuve dans le délai fixé par cette condition, ou
2. en cas de décès de la *personne assurée*, si une déclaration de décès présumé est nécessaire, l'avis sera donné ou la preuve fournie au plus tard une année suivant la date de déclaration de la Cour.

OBLIGATION POUR L'ASSUREUR DE FOURNIR LES FORMULAIRES DE PREUVE DE SINISTRE

L'*assureur* doit fournir des formulaires de preuve de sinistre dans les 15 jours de la réception de l'avis de sinistre. Toutefois, lorsque l'auteur de la demande de règlement n'a pas reçu les formulaires dans ce délai, il peut soumettre la preuve de sinistre sous forme d'une déclaration écrite énonçant la cause ou la nature de l'*accident*, de la *maladie* ou de l'invalidité donnant lieu à la demande et l'étendue du sinistre.

DROITS D'EXAMEN

Comme condition préalable au recouvrement des sommes assurées aux termes du présent contrat,

- a) l'auteur de la demande de règlement doit donner à l'*assureur* la possibilité de faire subir à la *personne assurée* un examen quand et aussi souvent qu'il est raisonnable, tant que le règlement est en suspens; et
- b) en cas de décès de la *personne assurée*, l'*assureur* peut exiger une autopsie sous réserve des lois du ressort compétent.

DÉLAI DE VERSEMENT DES SOMMES PAYABLES

Toutes les sommes payables en vertu du présent contrat doivent être versées par l'*assureur* dans les 60 jours suivant la réception de la preuve du sinistre.

SERVICES D'ASSISTANCE

Si vous avez besoin de soins médicaux pendant votre voyage, vous devez communiquer immédiatement avec la compagnie d'assistance à l'un des numéros suivants :

1 844 879-8379

sans frais du Canada et des É.-U.

+1 416 285-1722

à frais virés si disponible

courriel : assist@epicamericas.com

Vous avez la responsabilité de veiller à ce que la *compagnie d'assistance* soit jointe avant l'obtention de tout traitement. Vos indemnités seront limitées à 80 % des dépenses admissibles, jusqu'à concurrence de 25 000 \$, si vous négligez de le faire, sauf dans les cas extrêmes où des soins sont nécessaires pour pallier une situation grave qui mettrait votre vie en danger.

Centre d'appels d'urgence — Des préposés compétents sont prêts à répondre à votre appel 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Renvois à des spécialistes — La *compagnie d'assistance* peut vous diriger vers des fournisseurs de soins à proximité de l'endroit où vous séjournez (*hôpitaux*, cliniques et *médecins*).

Renseignements sur les garanties — Vous et les fournisseurs de soins qui traitent la *personne assurée* pouvez obtenir des explications concernant la présente police.

Consultants médicaux — L'équipe de professionnels de la santé de la *compagnie d'assistance*, disponible jour et nuit, contrôlera les services dispensés en cas d'*urgence* grave.

Facturation directe — Dans la mesure du possible, la *compagnie d'assistance* donnera instruction à l'*hôpital* ou à la clinique de lui facturer les frais directement.

Information sur les demandes de règlement — La *compagnie d'assistance* répondra à toutes vos questions relativement à l'admissibilité de votre demande de règlement, aux normes de vérification et à la façon d'administrer les garanties.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

PROCÉDURES DE DEMANDES DE RÈGLEMENT

La *personne assurée* peut désigner un bénéficiaire pour les garanties Rapatriement de la dépouille et Décès et mutilation accidentels aux fins du versement du montant payable pour son décès. En l'absence d'une telle désignation, la succession de la *personne assurée* sera le bénéficiaire. Toutes les autres indemnités sont versables à la personne assurée.

Il est de la responsabilité de la *personne assurée* de fournir tous les documents énumérés ci-après et d'en régler les frais afférents.

Pour présenter une demande de règlement, la *personne assurée* doit, dans les 90 jours suivant la prestation des services payables en vertu de la présente police :

- a) remplir et présenter un formulaire de demande de règlement pour chaque nouvelle *maladie* ou *blessure*;
- b) fournir toutes les factures originales détaillées présentées par le ou les fournisseurs de services de santé indiquant le nom du patient, le diagnostic, toutes les dates et le genre de traitement reçu, ainsi que le nom de l'établissement médical et/ou du *médecin*;
- c) fournir les reçus originaux pour les médicaments d'ordonnance (et non les coupons de caisse) émis par le pharmacien, le *médecin* ou *l'hôpital*, indiquant le nom du *médecin* ayant prescrit le médicament, le

numéro de l'ordonnance, le nom du médicament, la date, la quantité et le coût total;

- d) fournir une copie de son passeport confirmant son entrée au Canada et son départ du pays. Pour les *visites temporaires*, la preuve du départ et du retour au Canada doit être fournie en fonction du mode de transport. Il peut notamment s'agir de cartes d'embarquement, de billets d'avion, de reçus d'autoroute à péage et de reçus d'essence;
- e) fournir une preuve écrite de sinistre dans les 90 jours suivant la date de l'obtention des services assurés en vertu de la présente police;
- f) fournir tout renseignement supplémentaire pertinent à la demande de règlement de la *personne assurée* que pourrait demander la *compagnie d'assistance* à la suite de la réception de la demande;
- g) retourner la partie inutilisée du billet d'avion de la *personne assurée* à la compagnie d'assistance si la garantie Transport aérien d'urgence ou Rapatriement a été utilisée.

La Compagnie d'assurance Berkley se réserve le droit d'exclure des frais engagés sur toutes les factures présentées qui ne peuvent être vérifiées par l'assureur.

Tous les documents pertinents doivent être envoyés à la *compagnie d'assistance*.

Epic Health Solutions
25, av. Millard Ouest, 2^e étage
Newmarket (Ontario) L3Y 7R6
claims-tor@epicamericas.com

IDENTIFICATION DE L'ASSUREUR

Souscrit par :
Compagnie d'assurance Berkley
145, rue King Ouest
Bureau 1000
Toronto (Ontario) M5H 1J8

Administré par l'entremise de :
Groupe financier Experior Inc.
660, av. Speedvale Ouest
Bureau 205
Guelph (Ontario) N1K 1E5
519 826-0770

Sinistres administrés par :
Epic Health Solutions
25, av. Millard O., 2^e étage
Newmarket (Ontario) L3Y 7R6

Veillez communiquer avec Epic Health Solutions pour obtenir de l'assistance d'urgence, pour la prise en charge par un médecin, pour la coordination des indemnités et pour prendre des dispositions liées à la facturation directe par un professionnel de la santé.

1 844 879-8379
sans frais à partir du Canada ou des États-Unis

+ 1 416 285-1722
à frais virés si disponible



VISITOR TO CANADA TRAVEL INSURANCE

In the event of an *emergency* or if you require *medical treatment* you must contact the *Assistance Company* immediately at:

1-844-879-8379

toll-free from Canada and the USA

+1-416-285-1722

collect where available

email: assist@epicamericas.com

It is *your* responsibility to ensure that the *Assistance Company* has been contacted prior to receiving treatment. *Your* benefits will be limited to 80% of eligible expenses to a maximum of \$25,000 if *you* fail to do so, other than in extreme circumstances when treatment is required to resolve a life-threatening medical crisis.

IMPORTANT NOTICE – Please read carefully

- Travel insurance is designed to cover losses arising from sudden and unforeseeable circumstances. It is important that *you* read and understand *your* policy as *your* coverage may be subject to certain limitations or exclusions.
- *Your* policy may not cover medical conditions and/or symptoms that existed prior to *your* trip. Check to see how this applies in *your* policy and how it relates to *your* effective date.
- In the event of an *accident, injury* or *sickness*, *your* prior medical history will be reviewed when a claim is reported.
- Costs incurred in *your* country of origin are not covered.
- *Your* policy provides travel assistance; *you* are required to notify the *Assistance Company* prior to *medical treatment*. *Your* policy may limit benefits should *you* not contact the *Assistance Company* before seeking *medical treatment*.
- Please take the time to read this policy to ensure that it meets *your* needs and contact *your* agent if *you* have any questions. *You* may cancel this policy within 10 days of the purchase date for a full refund provided it is before the effective date. Other refunds available are described under Refunds in the General Provisions section of this policy.

THIS POLICY CONTAINS A CLAUSE WHICH MAY LIMIT THE AMOUNT PAYABLE.

NOTE: Italicized words are defined terms whose definition appears in the definitions section of the policy.

ELIGIBILITY

To be eligible for coverage, on the effective date, *you* must:

1. be a visitor to Canada or a person in Canada under a valid work or student visa, a Canadian or an immigrant not eligible for benefits under a *government health insurance plan*; and
2. be at least 15 days of age and less than 90 years of age (less than 70 year of age for Premium plan); and
3. not be travelling against the advice of a *physician* and/or not have been diagnosed with a *terminal illness*; and
4. not be experiencing new or undiagnosed *signs* or symptoms and/or know of any reason to seek medical attention; and
5. not require assistance with the activities of daily living (dressing, bathing, eating, using the toilet or getting in or out of a bed or chair).

INSURING AGREEMENT

1. In consideration of having paid the required premium in full for the selected *sum insured*, the *insurer* agrees to pay the *reasonable and customary costs* up to the selected *sum insured* incurred by *you* in case of an *emergency* occurring while in Canada or while on a *temporary visit* to another country. There is no coverage while in *your* country of origin.
2. The *insurer* will pay such eligible expenses, less any applicable *deductible*, up to the amount shown in the schedule of fees set by the government plan in *your* province or territory of residence in Canada for non-Canadian residents and only in excess of those reimbursable by any group or individual, private or public plan or contract of insurance, including any auto insurance plan.
3. Subject to all terms and conditions of the policy, the benefits are payable to a maximum of the *sum insured* insofar as such services are *medically necessary*. Benefit limits are per *insured person*, per *trip*.
4. This policy, the application and the confirmation of insurance constitute *your* contract of insurance.
5. The *insurer* reserves the right to decline any application.
6. The plan type purchased and the *sum insured* selected cannot be changed after the effective date indicated on *your* confirmation of insurance.
7. Only one policy can be issued to *you* and all premiums paid for any additional policy will be returned to *you*. When more than one policy of this form is issued by the *insurer* and is in force with respect to *you* at the time of claim, only one such policy, the earliest by effective date, will apply.

DURATION OF COVERAGE

1. The maximum coverage period under this plan is 1 year per policy and not to exceed 2 consecutive years with the *insurer*.
2. Coverage will extend for a *temporary visit* during the coverage period. Proof of all travel dates will be required in the event of a claim.

3. Effective Date

Your insurance policy commences on the latest of:

- a) the date and time *you* apply for and pay for this insurance;
- b) 12:01 a.m. (local time) on the effective date as shown on *your* confirmation of insurance. Proof of *your* date of arrival to Canada may be required;
- c) 7 days prior to the date and time of *your* arrival in Canada.

4. Waiting Period

If *you* purchase this coverage after *your* departure from *your* country of origin there is no coverage for any *sickness*, that began, or for which *you* experienced symptoms, during:

- a) the 48-hour period following the effective date of the policy if insurance is purchased within 30 days after *your* departure from *your* country of origin; or
- b) the 8-day period following the effective date of the policy if insurance is purchased more than 30 days after *your* departure from *your* country of origin

even if related expenses are incurred after the Waiting Period.

If *you* purchase this coverage after *your* departure from *your* country of origin coverage for any *injury* that occurred is limited to 50% of eligible expenses, during:

- a) the 48-hour period following the effective date of the policy if insurance is purchased within 30 days after *your* departure from *your* country of origin; or
- b) the 8-day period following the effective date of the policy if insurance is purchased more than 30 days after *your* departure from *your* country of origin.

even if related expenses are incurred after the Waiting Period.

Exception: The Waiting Period will be waived if this policy is purchased on or prior to the expiry date of an existing Visitors to Canada Travel Insurance policy already issued by the *insurer*, to take effect on the day following such expiry date provided no increase in the *Sum Insured* option is applied for. The existing policy must be in effect on the date of purchase and there must be no gap in coverage.

5. Expiry Date

Coverage under this plan terminates on the earliest of:

- a) 11:59 p.m. (local time) on the expiry date shown on *your* confirmation of insurance;
- b) 1 year after the effective date of *your* insurance;
- c) the date *you* become eligible for a *government health insurance plan* in Canada;
- d) 7 days after the date and time *you* depart Canada with no intention to return to Canada during the coverage period;
- e) the date when *you* exceed 49% of *your* coverage period while visiting another country;
- f) 11:59 p.m. (local time) on an earlier date calculated by the *insurer* due to an incorrect or insufficient premium payment, including a lapsed monthly payment;

You may return to *your* country of origin for a *temporary visit* prior to *your* expiry date and *your* coverage will resume with no

additional premium once *you* return to Canada providing *you* remain eligible. The premium for the number of days of *your* temporary visit will not be refunded or reissued. Any medical condition for which symptoms were present or *you* received *medical treatment* during a *temporary visit* is not covered.

6. Extending Your Coverage

If *you* wish to remain in Canada beyond the expiry date of this policy, *you* must contact *your* broker or sales agent and have no reason to seek medical attention during the new period of coverage.

You may purchase a new policy subject to the policy terms, conditions and premium schedule in effect at the time the new policy is requested. The cost of insurance will be calculated using the age of the *insured* on the effective date of the new policy provided that:

- a) *you* remain eligible for insurance;
- b) *you* have not experienced any changes in *your* health since *your* effective date or arrival date;
- c) the required premium is paid.

Each policy is considered a separate contract subject to all limitations and exclusions. The stability period will be applicable as of the effective date of the new policy.

Note: The minimum premium is \$20 per policy.

6. Family Coverage

If *you* have purchased *family* coverage at the time of application, *your* policy covers *you* and all *family* members named on the application (please refer to the definition of *family*) if:

- a) coverage dates are the same for all *family* members;
- b) all *family* members live at the same address while in Canada; and
- c) the premium for *family* coverage is paid prior to the effective date of the policy, as shown on the application or confirmation of insurance.

7. Automatic Extension of Coverage

Upon notifying the *Assistance Company* *your* coverage will extend automatically, without additional premium, for up to 72 hours if *your* stay is prolonged beyond the expiry date due to any of the following reasons:

- a) Delay beyond *your* control of the vehicle, airline, bus, train or government operated ferry system in which *you* are riding or are scheduled to ride as a passenger. The delay must occur prior to the expiry date and the conveyance must be due to arrive prior to the expiry date;
- b) Medical evidence supports that *you* are medically unfit to return to *your* country of origin due to a covered *sickness* or *injury* on or before the expiry date.
- c) *You* are *hospitalized* due to an *emergency* on the expiry date indicated on *your* confirmation of insurance as a result of a covered *sickness* or *injury*. Coverage extends for the period of *hospitalization* and the 72-hour extension will commence upon release from *hospital*.

Note: All claims incurred after the termination date of the *insured person's* insurance policy must be supported by documented proof of the event resulting in the delayed return. This benefit does not include costs associated with flight change.

BENEFITS

The *insurer* will reimburse the *reasonable and customary* costs for eligible expenses described in this section that are incurred as the result of a covered *emergency* up to the *sum insured*, subject to all policy limitations, exclusions and provisions. However, certain expenses, as specified below, are covered only with the prior approval of the *Assistance Company*.

1. **Hospital Accommodation:**
 - a) Charges up to the ward rate (semi-private room for Enhanced and Premium plans) charged by the *hospital*. If *medically necessary*, expenses for treatment in an intensive care or coronary care unit are also covered.
 - b) Emergency-room fees.
 - c) *Emergency* out-patient services provided by a *hospital* when *medically necessary*.
2. **Medical Services:** *Medical treatment* by a legally licensed *physician*, surgeon, anesthetist or registered graduate nurse (other than an *immediate family member* of the *insured person*).
3. **Diagnostic Services:** Laboratory tests and x-rays that are ordered by the attending *physician* and that are part of the *emergency medical treatment*. This policy does not cover magnetic resonance imaging (MRI), cardiac catheterization, computerized axial tomography (CAT) scans, digital x-rays, sonograms or ultrasounds and biopsies unless such services are approved in advance by the *Assistance Company*.
4. **Prescriptions:** Drugs, including injectable drugs and sera, that can only be obtained upon medical prescription, that are prescribed by a *physician* and that are supplied by a licensed pharmacist when *medically necessary* for *emergency medical treatment*, except when needed to stabilize a chronic condition or a medical condition which an *insured person* had before the *trip*. This benefit is limited to a 30-day supply and up to \$500 (\$1,000 for Enhanced or Premium plans) per prescription, unless the *insured person* is *hospitalized*.
5. **Private Duty Nurse:** When approved in advance by the *Assistance Company* and prescribed by an attending *physician*, the professional services of a registered private duty nurse (other than by an *immediate family member*) as the result of a covered *emergency* when *medically necessary* and while *hospitalized* or in lieu of *hospitalization*. Coverage is limited to \$5,000 when in lieu of *hospitalization*.
6. **Follow-up Visits:** When approved in advance by the *Assistance Company*, up to 3 follow-up visits, provided they are directly related to *your emergency*.
7. **Paramedical Services:** When approved in advance by the *Assistance Company*, the services (including x-rays) of a licensed chiropractor, physiotherapist, podiatrist, or osteopath to a maximum of \$300 (\$500 for Enhanced or Premium plans) per *insured person*, per profession listed above.
8. **Dental:** When performed by a legally qualified dentist or oral surgeon, *emergency* dental treatment:
 - a) up to \$3,000 to repair or replace whole or sound natural teeth or permanently attached artificial teeth damaged as a result of an accidental blow to the face; and
 - b) up to \$300 (\$500 for Enhanced or Premium plans) for relief of pain caused other than by a blow to the face and for which *you* have not previously received treatment or advice.

Treatment must be initiated within 48 hours from the time the *emergency* began and be completed no later than 90 days after treatment began and before *your* expiry date or *you* return to *your country of origin*.
9. **Medical Appliances:** When approved in advance by the *Assistance Company* and prescribed by the attending *physician*, up to a maximum of \$5,000 for minor appliances such as crutches, casts, splints, canes, slings, trusses, braces, walkers and/or the temporary rental of a wheelchair, not exceeding the purchase price.
10. **Emergency Transportation:**
 - a) Licensed ambulance services (includes taxi fare in lieu of ambulance) to the nearest medical facility capable of providing the required *emergency medical treatment*;
 - b) Transportation between *hospitals* when ordered by the attending *physician* for *emergency medical treatment*;
 - c) If, as the result of a covered *emergency*, *your* treating *physician* or the *Assistance Company's* Medical Team recommends that *you* be returned to Canada or *your country of origin*, the costs incurred for:
 - i. one-way economy airfare on a commercial flight via the most direct route, including the cost for additional seats to accommodate a stretcher or upgrading charges if *your* attending *physician* states in writing that it is *medically necessary*;
 - ii. return economy airfare via the most direct route for a qualified medical attendant to accompany *you* if required by the airline or if *your* attending *physician* states in writing that it is *medically necessary*;
 - iii. air ambulance if *medically necessary* only when approved and arranged by the *Assistance Company*.
11. **Repatriation of Remains:** In the event of *your* death as a result of covered *accident* or unforeseen *sickness*:
 - a) up to a maximum of \$10,000 toward the actual cost incurred for the preparation of remains and transportation (including a standard shipping container) to *your country of origin*; or
 - b) up to \$2,500 (\$5,000 for Enhanced or Premium plans) for cremation and/or burial at the place of death.

The cost of the casket, urn or funeral is not covered.

12. **Accidental Death & Dismemberment:** The *insurer* agrees to pay up to \$50,000 for loss of life, limb or sight of an *insured person* resulting directly from accidental *injury* occurring during the coverage period, except while boarding, riding in, or alighting from an aircraft.

Benefits are payable according to the following schedule:

- a) 100% of *sum insured* resulting from the same accidental *injury* for loss of:
 - i. life; or
 - ii. entire sight of both eyes; or
 - iii. both hands; or
 - iv. both feet; or
 - v. one hand and entire sight of one eye; or
 - vi. one foot and entire sight of one eye.
- b) 50% of *sum insured* resulting from the same accidental *injury* for loss of:
 - i. entire sight of one eye; or
 - ii. one hand; or
 - iii. one foot.

Loss of hand or hands, or foot or feet means severance through or above the wrist joint or ankle joint, respectively.

Loss of eye or eyes means total and irrecoverable loss of the entire sight.

The following benefits apply only if you have selected and paid for the Enhanced or Premium plan as shown on your confirmation of insurance.

14. **Transportation to Bedside:** When approved in advance by the *Assistance Company* single round-trip economy airfare plus up to \$150 per day to a maximum of \$3,000 for the cost of meals and commercial accommodation for one person of *your* choice to:

- a) be with the *insured person* if the *insured person* is travelling alone and has been *hospitalized* as the result of a covered *emergency*. To be payable, this benefit requires that the *insured person* eventually be *hospitalized* as an *in-patient* for at least 3 consecutive days and that the attending *physician* provide written certification that the situation was serious enough to warrant the visit; or
- b) identify the deceased *insured person* prior to the release of the body, where necessary.

15. **Meals and Accommodation:** When approved in advance by the *Assistance Company*, up to \$150 per day, to an overall maximum of \$3,000 for *your* commercial accommodation, meals, essential telephone calls, internet fees, bus or taxi fare or rental car in lieu and child care costs for *your* dependents up to age 18 (excluding child care provided by an *immediate family member*), if, upon a *physician's* advice:

- a) *you* or *your travel companion* are *hospitalized* on the date *you* are scheduled to return to *your country of origin* or place of residence in Canada; or

The following benefits apply only if you have selected and paid for the Premium plan as shown on your confirmation of insurance.

19. **Maternity:** In the event of pregnancy of an *insured* commencing during the coverage period the *insurer* will reimburse *reasonable and customary* expenses actually incurred in Canada for a maximum period of 6 months following the birth of the child, up to a maximum amount of \$10,000 subject to all limitations, exclusions and other provisions of this policy, for pre-natal care, complications arising from such pregnancy, childbirth and post-natal care.

Only one amount is payable (the largest) if *you* suffer more than one of these losses.

Exposure and Disappearance

If *you* are exposed to the elements or disappear as a result of an *accident*, a loss will be covered if:

- a) as a result of such exposure, *you* suffer one of the losses specified in the schedule of losses above; or
- b) *your* body has not been found within 52 weeks from the date of the *accident*. It will be presumed, subject to evidence to the contrary, that *you* suffered loss of life.

13. **Flight Accident:** Up to \$50,000 (\$100,000 for Premium plan) in case of death of an *insured person* as a result of an *injury* sustained during the coverage period while travelling as a fare-paying passenger on a commercial airline. If the total claims for the same *accident* exceed \$300,000, the *insurer's* liability for that *accident* is limited to \$300,000 which will be shared proportionately among all claimants involved in the same *accident* and who are covered under all policies underwritten by the *insurer*.

- b) *you* or *your travel companion* are transferred to a different *hospital* in another city for *emergency medical treatment*.

The fact that an *insured person* is unable to travel must be certified by the attending *physician* and claims must be supported with original receipts from commercial organizations.

16. **Hospital Allowance:** Up to \$50 per day to a maximum \$500 for incidental expenses billed by the *hospital* such as telephone, television or internet charges while *you* are *hospitalized*.
17. **Return and Escort of Children:** When approved and arranged in advance by the *Assistance Company*, up to economy airfare to return accompanying *dependent children* to the departure point in the event that *you* are returned to *your country of origin* or Canada under the Emergency Transportation benefit. The *insurer* will also pay for an escort to accompany the *dependent children*.
18. **Excess Baggage Return:** When approved and arranged in advance by the *Assistance Company*, up to \$500 for the cost of returning *your* excess baggage to the departure point in the event that *you* are returned to *your country of origin* or Canada under the Emergency Transportation benefit.

This benefit is provided only when coverage has been in force for the entire term of the pregnancy. For multiple policies with no lapse in coverage, the expected delivery date must be more than 10 months after the effective date of the initial policy purchased. Expenses incurred outside of Canada are not covered.

20. **Psychiatric/Psychological:** Up to \$1,000 per *insured* for visits to a licensed psychiatrist, psychologist or social worker for the relief of acute symptoms when deemed essential by the attending *physician*.

The following benefits apply only if you have selected and paid for an annual policy and are not subject to a deductible.

21. **Vaccines:** Up to \$100 per *insured* for vaccinations.
22. **Physical Examination:** Up to \$250 per *insured* for one visit to a *physician* for a routine examination.
23. **Eye Examination:** Up to \$100 per *insured* for one visit to a licensed optometrist.

EXCLUSIONS

This policy does not cover losses or expenses related in whole or in part, directly or indirectly, to any of the following:

- Any *sickness, injury* or medical condition that existed prior to the effective date if you have selected and paid for Plan 1 as indicated on your Confirmation of Insurance.
If you have selected and paid for Plan 2 as indicated on your Confirmation of Insurance, there is no coverage for any *sickness, injury* or medical condition that existed prior to the effective date, other than:
 - Up to Age 74:** Any *sickness, injury* or medical condition that was *stable* in the **90 days** prior to the effective date.
 - Age 75-84:** Any *sickness, injury* or medical condition that was *stable* in the **180 days** prior to the effective date provided you have accurately answered no to all questions on the medical declaration. If any question on the medical declaration is answered yes, there is no coverage for any *sickness, injury* or medical condition that existed prior to the effective date, whether or not *stable*.
- Expenses related to a *sickness* or *injury* that would have caused an ordinarily prudent person to seek *medical treatment*, advice, diagnosis or care during the 90-day period immediately prior to the effective date.
- Any *medical treatment* that is not *emergency medical treatment* for the immediate relief of acute pain and suffering, including any elective or cosmetic surgery or treatment.
- Any *sickness* or *injury* which occurred prior to the effective date of your policy.
- Any costs incurred while outside of Canada which exceeds the duration allowed under a *temporary visit*.
- Any costs incurred due to your travelling against the advice of a *physician* or any loss resulting from your *sickness* or medical condition that was diagnosed by a *physician* as a *terminal illness* prior to the effective date.
- Any *medical treatment* which can reasonably be delayed until you return to your *country of origin* by the next available means of transportation, whether you intend to or not.
- Any *medical treatment* of an ongoing condition, regular care of a chronic condition, home health care, investigative testing, rehabilitation, convalescent or ongoing care or *medical treatment* of an acute *sickness* and/or *injury* after the initial *emergency* has ended.
- Non-compliance with any prescribed *medical treatment* or therapy.
- Expenses incurred whereby this policy was purchased specifically to obtain *medical treatment* outside your *country of origin*, whether or not recommended by your attending *physician*.
- Any *medical treatment* in your *country of origin*.
- Any medical condition for which symptoms were present or for which you received *medical treatment* during a *temporary visit* to your *country of origin* during the coverage period.
- Any claims for *sickness, injury*, losses or damages arising directly or indirectly from any *sickness, injury*, loss or damage, fear or threat (whether actual or perceived) related to one or more of *Diseases and Infections of Global Concern* identified in the Definitions section of this policy whether acquired within Canada, external to Canada, or in an international jurisdiction.
- Transplants including, but not limited to, cornea or organ transplants or bone marrow transplants, artificial joints, prosthetic devices or implants including any associated charges. Implants required to stabilize an *emergency* medical condition may be covered if pre-approved by the *Assistance Company*.
- The replacement of an existing prescription whether by reason of loss, unless otherwise specified elsewhere in this policy, renewal or inadequate supply or the purchase of drugs and medications (including vitamins) which are commonly available without a prescription or which are not legally registered and approved in Canada or which are not required as a result of an *emergency*.
- Loss or damage to hearing devices, eyeglasses, sunglasses, contact lenses, or prosthetic teeth, limbs or devices and resulting prescription thereof.
- Routine pre-natal care; your pregnancy or childbirth or complications thereof occurring in the 9 weeks before or after the expected delivery date except as provided in Benefit # 19 Maternity.
- For children under 2 years of age any *sickness* or medical condition resulting from or related to a congenital defect.
- Expenses for any benefit or *medical treatment* that requires prior approval by the *Assistance Company* if such approval was not provided, except in extreme circumstances where such *medical treatment* is performed on an *emergency* basis immediately upon admission to *hospital*.
- A disorder, disease, condition or symptom that is emotional, psychological or mental in nature unless the *insured* is *hospitalized* or as provided in Benefit #20 – Psychiatric/Psychological.
- Loss, death or *injury*, if at the time of the loss, death or *injury*, evidence supports that you were affected by, or the medical condition causing the loss was in any way contributed to by, the use of alcohol, prohibited drugs or any other intoxicant.
- Committing or attempting to commit an illegal act or a criminal act by an *insured person*.

23. *Your* suicide, attempted suicide or self-inflicted *injury*.
24. Rock or *mountain climbing*, hang gliding, parachuting, bungee jumping, or skydiving; participation in any motorized race or speed contest; participation in any sport as a professional athlete (for which the *insured person* is remunerated) or scuba diving (except if certified by an internationally recognized and accepted program such as NAUI or PADI, or if diving depth does not exceed 30 metres).
25. Death or *injury* sustained while operating or learning to operate any aircraft as pilot or crew.
26. Travel to, from or through any country, region or city for which, prior to *your* departure date, the Canadian Government, or any department thereof, has issued a warning to avoid all travel or to avoid non-essential travel during the time of *your trip* if the loss is the result of the reason for which the warning was issued.
27. War, invasion, act of a foreign enemy, declared or undeclared hostilities, civil war, riot, rebellion, revolution or military power or *your* unlawful visit in any country.
28. Contamination resulting from radioactive material or nuclear fuel or waste or the release of weapon(s) of mass destruction (nuclear, chemical or biological).
29. Service in, or training for, the armed forces, national guard or organized reserve corps of any country or international authority.
30. Mental incapacity whether the loss or claim results directly or indirectly from a disorder, disease, condition or symptom that is emotional, psychological or mental in nature.
31. Sustained while the *insured* is undergoing the medical or surgical treatment of any *sickness, injury* or medical condition.
32. Stroke or cerebrovascular condition, cardiovascular condition including, but not limited to, myocardial infarction or heart attack, coronary thrombosis and aneurysm.
33. Travel or flight in or on (including getting in or out of, or on or off of) any vehicle used for aerial navigation, if *you* are:
 - a) riding as a passenger in any aircraft for intended or licensed for the transportation of passengers; or
 - b) performing, learning to perform or instructing others to perform as a pilot or crew member.
34. Infections of any kind regardless of how contracted, except bacterial infections that are directly caused by botulism, ptomaine poisoning or an accidental cut or wound independent and in the absence of any underlying *sickness, injury* or medical condition including but not limited to diabetes.
35. An act, attempted act, or omission taken or made by *you*, or an act, attempted act or omission taken or made with *your* consent, for the purposes of interrupting the blood flow to *your* brain or to cause asphyxiation to *you*, whether with intent to cause harm or not.
36. Natural causes.

The following additional exclusions are also applicable to the Accidental Death & Dismemberment Benefits

DEFINITIONS

Certain italicized terms used in this policy are defined in this section.

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

Assistance Company means the company designated by the *insurer* to provide *emergency* assistance services.

Country of Origin means the country for which the *insured person* holds a passport. If the *insured person* holds more than one passport, the country of origin will be taken to mean the country that the *insured person* has declared on the application. Where a *family* is to be covered by the policy, there will be deemed to be one country of origin for the *family*, which will be the country of origin declared on the application.

Deductible means the amount (if applicable), in Canadian dollars, which the *insured* must pay before any remaining eligible expenses are reimbursed under this policy. The deductible applies once per *insured person*, per covered *emergency*.

Dependent Children means unmarried persons residing with *you* and dependent on *you* for support if *you* are their parent, grandparent or legal guardian, and on the effective date they are at least 15 days of age and:

- a) under 21 years of age; or
- b) under 26 years of age and a full-time student; or
- c) have a mental or physical impairment.

Diseases and Infections of Global Concern means any one or more of: African Tick-Bite Fever, African Trypanosomiasis, Avian Flu, Bird Flu, Murray Valley Encephalitis Virus, Chagas Disease, Chikungunya, Crimean-Congo Haemorrhagic Fever (CCHF), Cholera, Dengue, Ebola, Ebola virus disease, Hendra virus infection, Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C, Hepatitis E,

Japanese Encephalitis, Lassa fever, Leptospirosis, Marburg virus disease, Meningococcal Meningitis, MERS-CoV, Monkey Pox, Malaria of any kind, Middle Eastern Respiratory Syndrome (MERS), Nipah virus infection, Plague, Polio, Polio virus of any kind, Rift Valley Fever, Ross River virus disease, SARS-CoV-1, Schistosomiasis, Tick-borne Encephalitis, Typhoid Fever, Tuberculosis of any kind, Tularaemia or Tullaraemia, West Nile Virus, Yellow Fever or Zika.

Emergency means an unexpected and unforeseen *sickness* or *injury* occurring during the coverage period for which *you* require immediate *medical treatment* for the relief of acute pain or suffering occurring while on a covered *trip* and that such *medical treatment* cannot be delayed until *your* return to *your country of origin*, whether *you* intend to or not. An *emergency* no longer exists when *you* are declared medically fit to travel by the *Assistance Company's* Medical Team and no further benefits are payable in respect of the medical condition which caused the *emergency*.

Family means *you* and/or *your spouse* up to age 69 and *your dependent children* when *your* names appear on the application or confirmation of insurance. Coverage dates must be the same for all family members. All family members must live at the same address while in Canada.

Government Health Insurance Plan means the health care coverage provided by Canadian federal, provincial and territorial governments to their residents.

Hospital means an institution which is designated as a hospital by law; which is continuously staffed by one or more *physicians* available at all times; which continuously provides nursing

services by graduate registered nurses; which is primarily engaged in providing diagnostic services and medical and surgical treatment of a *sickness and/or injury* in the acute phase, or active treatment of a chronic condition; which has facilities for diagnosis, major surgery and *in-patient* care. The term hospital does not include convalescent, nursing, rest or skilled nursing facilities, whether separate from or part of a regular general hospital, or a facility operated mainly as a clinic, extended or palliative care facility, rehabilitation facility, addiction treatment centre or health spa.

Hospitalization or Hospitalized means an *insured* occupies a hospital bed for more than 24 hours for *medical treatment* and for whom admission was recommended by a *physician* when *medically necessary*.

Immediate Family Member means the *spouse*, natural or adopted child, step-child, parent, step-parent, legal guardian, legal ward, brother, sister, step-brother, step-sister, in-law, grandparent, grandchild, aunt, uncle, niece, nephew of the *insured person*.

Injury means an unexpected and unforeseen harm to the body that is caused by an *accident*, sustained by an *insured person* during the coverage period and that requires *emergency* treatment that is covered by this policy.

Insured, Insured Person means any eligible person named on the application and confirmation of insurance for whom the required premium has been paid.

Insurer means Berkley Insurance Company which provides this insurance.

In-patient means a patient who occupies a *hospital* bed for more than 24 hours for *medical treatment* and for whom admission was recommended by a *physician* when *medically necessary*.

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 the condition of the *insured person* or quality of medical care;
- d) cannot be delayed until the *insured person* returns to their *country of origin*.

Mountain Climbing means the ascent or descent of a mountain requiring the use of specified equipment including crampons, pick axes, anchors, bolts, carabineers and lead-rope or top rope anchoring equipment.

Physician means a medical practitioner who is registered and licensed to practice in accordance with the regulations applying in the jurisdiction where the person practices. A physician must be a person other than the *insured person* or an *immediate family member*.

Reasonable and Customary Costs means costs that are incurred for approved, covered medical services or supplies that do not exceed the standard fee of other providers of similar standing in the same geographical area, for the same treatment of a similar *sickness and/or injury*.

Sickness means a sudden and unforeseen disease or disorder of the body which results in loss during the coverage period. The sickness must be sufficiently serious to prompt a reasonably prudent person to consult a *physician* for the purpose of *medical treatment*.

Spouse means the person to whom the *insured* is legally married or with whom the *insured* has been living with in a common-law relationship for at least the last 12 months.

Stable means any medical condition (whether or not the diagnosis has been determined) for which there has been:

- a) no *hospitalization*; and
- b) no new diagnosis, treatment or prescribed medication; and
- c) no change* in treatment or medication; and
- d) no new, more frequent or more severe symptoms; and
- e) no new test results showing deterioration; and
- f) no referral to a specialist (made or recommended),

and *you* are not awaiting surgery or the results of further investigations performed by any medical professional.

*Change includes any new treatment or medication, stopped treatment or medication, increase or decrease in treatment or medication but does not include transition between generic and brand-name versions of drugs with the same active ingredient and dosage or the routine adjustment of dosage within prescribed parameters when *you* are taking insulin or oral diabetes medication.

Sum Insured means the maximum amount payable that *you* have selected at the time of purchase and paid for, or that applies to a given insurance coverage.

Temporary Visit means travel to a country outside of Canada as part of *your* covered *trip* which does not exceed:

- a) 49% of *your* covered *trip's* duration; and
- b) 30 days if it originates and terminates in Canada; or
- c) 7 days if it originates or terminates in Canada.

Terminal Illness means the *insured person* has a condition that is cause for the *physician* to estimate that the *insured person* has less than 6 months to live.

Trip means the period between the effective and expiry date shown on *your* confirmation of insurance.

You, Your, Yourself means the *insured person*.

LIMITATIONS AND RESTRICTIONS

Notification to Assistance Company

The *Assistance Company* must approve in advance any surgery, invasive procedure, diagnostic testing or treatment (including, but not limited to, cardiac catheterization), prior to the *insured* undergoing such surgery, procedure, testing or treatment. It remains *your* responsibility to inform *your* attending *physician* to call the *Assistance Company* for approval, except in extreme circumstances where such action would delay surgery required to resolve a life threatening medical crisis.

In the event of a medical *emergency*, *you* must notify the *Assistance Company* within 24 hours of admission to a *hospital* and before any surgery is performed.

If *you* fail to do so without reasonable cause, then the *insurer* will pay 80% of the claim payable to a maximum of \$25,000. *You* will be responsible for any expenses that are not payable by the *insurer*.

Limitation of Benefits

Once the *insured person* is deemed medically stable to return to their *country of origin* or by virtue of discharge from a medical facility, the *emergency* will be deemed to have ended, whereupon any further consultation, treatment, recurrence or complication related to the *emergency* will no longer be eligible for coverage under this policy.

Inability to Obtain Medical Records

In the event that the *insurer* is unable to obtain medical records from *your country of origin* your medical history will be based on information developed from *your* attending *physician's* report, medical examination or other sources of pertinent information.

Availability and Quality of Care

Neither the *insurer* nor the *Assistance Company* shall be responsible for the availability or quality of any *medical treatment* (including the results thereof) or the failure of the *insured person* to obtain *medical treatment* during the coverage period.

Medical Transfer or Repatriation

The *insurer* reserves the right, as reasonably required and at its expense, to transfer *you* to any *hospital* or to transport *you* to Canada or *your country of origin* during an *emergency* for *medical treatment of your sickness or injury*.

If *you* refuse to be transferred or transported when declared medically fit to travel by the *Assistance Company's* Medical Team, any continuing costs incurred for such *sickness or injury* after *your* refusal will not be covered and the payment of such costs becomes *your* sole responsibility. Coverage for the *sickness or injury* ceases upon *your* refusal and no coverage will be provided for that *sickness or injury* for the remainder of the coverage period.

Limitation of Assistance Services

The *Assistance Company* 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 the *Assistance Company*. The *Assistance Company* will use its best efforts to provide services during any such occurrence.

GENERAL PROVISIONS

AGGREGATE LIMIT

The total aggregate limit for all losses resulting from any one incident under all travel insurance policies underwritten by the *insurer* is \$20,000,000 CAD.

APPLICABLE LAW

The relationships to which this contract of insurance applies shall be governed by and interpreted in accordance with the laws of the province of Ontario.

The relationship between the *insurer* and the *insured person* is governed by the law of the Canadian province or territory of residence of the *insured person*. Any legal proceeding by the *insured person*, his/her heirs or assigns shall be brought in the courts of the Canadian province or territory of residence of the *insured person*.

The *insurer* will not be liable to provide any coverage or make any payment hereunder if to do so would be in violation of any sanctions law or regulation which would expose Berkley Canada, its parent company or its ultimate controlling entity to any penalty under any sanctions law or regulation.

ARBITRATION

Notwithstanding any clause in this policy, any *insureds* making a claim under this policy and the parties hereto undertake to submit to an arbitration process, to the exclusion of the courts, any present or future dispute relating to a claim. The arbitration proceedings shall be governed by the arbitration law in force in the Canadian province or territory of residence of the *insured*. In the event the *insured* is not a resident of any Canadian province or territory, the governing law shall be the law of the Province of Ontario.

Any *insureds* making a claim under this policy and the parties to this policy agree that all actions will be referred to arbitration.

ARBITRATION PROCEDURE

- a) Any *insureds* making a claim under this policy and the parties shall agree upon a single arbitrator by mutual agreement. In the event a single arbitrator cannot be agreed upon, each of the *insured* or party as applicant and the *insurer* or party as respondent shall unilaterally choose an arbitrator who will be instructed to agree upon

a third arbitrator. The third arbitrator will be the sole individual seized as arbitrator of the arbitration.

- b) The party who initiates the arbitration shall bear 50% of the cost or fee of the Arbitrator(s), 50% of the cost or fee of any dispute involved in the selection of an arbitrator and 50% of the cost of the arbitration venue expenditures.
- c) Each party with standing in the arbitration shall bear his or her respective legal representation costs and disbursements.
- d) No evidence that is related to the subject matter of an arbitration is to be excluded or struck as evidence from the arbitration on the basis that it is opinion evidence or the evidence of an expert.
- e) The (third) arbitrator shall otherwise control procedure and shall provide a written determination within ninety (90) days of any motion, hearing or dispute related submissions. The determination of an arbitrator may be appealed on the basis of error of law and/or error of fact.

CURRENCY

All sums payable under this policy are in Canadian currency. If an *insured person* has paid a covered expense in a currency other than Canadian currency, the *insured person* will be reimbursed in Canadian currency at the prevailing rate of exchange on the date that the claim payment is made. This insurance will not pay interest.

LIMITATION OF ACTIONS

Every action or proceeding against an *insurer* 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 any other applicable legislation.

LIMITATION OF BENEFITS

Once the *insured person* is deemed medically stable to return to their *country of origin* or by virtue of discharge from a medical facility, the *emergency* will be deemed to have ended, whereupon any further consultation, treatment, recurrence or complication related to the *emergency* will no longer be eligible for coverage under this policy.

MISREPRESENTATION AND NON-DISCLOSURE

The entire coverage under this policy shall be voidable if the *insurer* determines, whether before or after loss, that the *insured person* has concealed, misrepresented or failed to disclose any material fact or circumstance concerning this policy or his interest therein, or if the *insured person* refuses to disclose information or to permit the use of such information, pertaining to any of the *insured persons* under this policy. Consequently, and following a loss, no claim shall be payable by the *insurer* and the *insured person* shall be solely responsible for all expenses relating to his claim, including medical repatriation costs.

MISSTATEMENT OF AGE

If *your* age has been misstated to the *insurer*, the coverage and/or premium may be adjusted in accordance with the correct age as of the date *you* applied for coverage to become effective. Any premium adjustment is payable upon receipt of a premium notice.

NO ASSIGNMENT

Any benefits payable or which may become payable under this policy cannot be assigned by *you*. The *insurer* is not responsible for and will not be bound by any assignment entered into by *you*. In the event of an assignment, *you* agree to defend and indemnify the *insurer* in respect of any dispute regarding benefits payable or which may become payable as a consequence of an assignment.

OTHER INSURANCE

This insurance is a second payor plan. For any loss or damage insured by, or for any claim payable under any other liability, group or individual basic or extended health insurance plan, or contracts including any private or provincial or territorial auto insurance plan providing *hospital*, medical, or therapeutic coverage, or any other insurance in force concurrently herewith, amounts payable hereunder are limited to those covered benefits incurred outside *your country of origin* that are in excess of the amounts for which an *insured person* is insured under such other coverage.

You may not claim or receive in total more than 100% of the loss caused by the insured event.

OVERPAYMENT OF BENEFITS

Nothing in this policy will prevent the *insurer* from recovering from the person or organization to which such payment has been made any overpayment of benefit, irrespective of the cause of such overpayment.

PREMIUM PAYMENT

The required premium is due and payable at the time of application and will be determined according to the rate schedule then in effect. The minimum premium is \$20 per policy. All payments must be made by credit card. Premium rates, policy terms and conditions are based on *your* age as of the effective date. If the premium paid is insufficient for the coverage selected, the *insurer* will charge and collect any underpayment. Coverage will be null and void if the premium is not received, if credit card charges are invalid or if no proof of *your* payment exists.

If *you* have selected the Monthly Payment Option, monthly payment amounts will be calculated as 1/12 of the total premium due. An amount equal to two month's premium plus an administration fee will be billed on the purchase date of the policy. The remaining 10 monthly payments plus an administration fee will be billed on the same date of the subsequent 10 months.

If a payment is not received, the *insurer* will advise *your* broker of the missed payment. The expiry date will be calculated based on all premium payments received. If a replacement payment is not received prior to the expiry date all coverage will cease under this policy. The *insurer* will not be liable for any claims that occur after the policy has expired.

PROTECTING YOUR PRIVACY

The *insurer* places great importance on the protection of *your* privacy. *Your* personal information will be collected, used and disclosed only for the purpose of providing *you* with the insurance services *you* requested. This information remains confidential, as is required under applicable federal and provincial laws. In the event of a claim, the *Assistance Company* and the *insurer* may collect *your* personal health information held by a third party. This information may be released to employees of the *Assistance Company* and the *insurer* for claims analysis and to better serve *you*.

In no case will the *insurer* release this information to any person or organization that is not clearly entitled to it without first seeking *your* consent. For details of the *insurer's* privacy policy please see: www.berkleycanada.com/privacy.

REFUNDS

1. If cancellation of *your* policy is requested prior to the effective date, the full premium paid will be refunded less any applicable administration fee. If the policy was purchased for a Super Visa application, satisfactory proof from Citizenship and Immigration Canada that *your* Super Visa was denied will be required prior to the refund being accepted and processed.
2. The premium paid (less any administration fees) may be partially refunded for the unused portion of the premium if termination of *your* policy is requested because *you* must return to *your country of origin* prior to *your* scheduled return date, or *you* become eligible and/or covered under a *government health insurance plan* during the coverage period.

Note: Requests for refunds must be received in writing by *your* broker or sales agent no later than 60 days from the date *you* became eligible and/or covered under a *government health insurance plan*, or the date of *your* early return, or the expiry date of *your* policy. Once *your* broker or sales agent receives satisfactory proof (e.g. airline ticket/boarding pass, customs/immigration stamp), of *your* early return, or proof of the date *you* became eligible and/or covered under a *government health insurance plan*, *your* refund will be calculated from that date, otherwise calculation of such refunds will be based on the postmarked date of *your* written request.

No refund will be issued if the amount of premium to be reimbursed is less than \$20 per policy.

SUBROGATION

If an *insured person* suffers a loss covered under this policy, the *insurer* is granted the right from the *insured person* to take action to enforce all the *insured person's* rights, powers, privileges, and remedies, to the extent of benefits paid under this policy, against any person, legal person or entity which caused such loss. Additionally, if "no fault" benefits or other collateral sources of payment of medical expenses are available to the *insured person*, regardless of fault, the *insurer* is granted the right to make demand for, and recover, those benefits. If the *insurer* institutes an action it may do so at its own expense, in the name of the *insured person*, and the *insured person* will attend at the place of loss to assist in the

action, in addition to providing the *insurer* all information, cooperation and assistance as the *insurer* may reasonably require. If the *insured person* institutes a demand or action for a covered loss, the *insured person* shall immediately notify the *insurer* so that the *insurer* may safeguard its rights. The *insured*

person shall take no action after a loss that will impair the rights of the *insurer* set forth in this paragraph and shall do all such things as are necessary to secure such rights.

STATUTORY CONDITIONS (GENERAL CONDITIONS IN QUEBEC)

Notwithstanding any other provision herein contained, this contract is subject to the Statutory Conditions in the Insurance Act respecting contracts of accident insurance.

THE CONTRACT

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

WAIVER

The *insurer* is deemed not to have waived any condition of this contract, either in whole or in part, unless the waiver is clearly expressed in writing signed by the *insurer*.

COPY OF APPLICATION

The *insurer* must, upon request, furnish to the *insured* or to a claimant under the contract a copy of the application.

MATERIAL FACTS

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

NOTICE AND PROOF OF CLAIM

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

- a) give written notice of claim to the *insurer*,
 - i. by delivery thereof, or by sending it by registered mail to the head office or chief agency of the *insurer* in the province, or
 - ii. by delivery thereof to an authorized agent of the *insurer* in the province,

not later than 30 days from the date a claim arises under the contract on account of an *accident*, *sickness* or disability;

- b) within 90 days after the date a claim arises under the contract on account of an *accident* or *sickness*, furnish to the *insurer* such proof as is reasonably possible in the circumstances of:
 - i. the happening of the *accident* or the start of the *sickness*,
 - ii. the loss caused by the *accident* or *sickness*,
 - iii. the right of the claimant to receive payment,
 - iv. the claimant's age, and

v. if relevant, the beneficiary's age; and if so required by the *insurer*, furnish a satisfactory certificate as to the cause or nature of the *accident*, *sickness* or disability for which claim may be made under the contract and as to the duration of such *sickness* or disability.

FAILURE TO GIVE NOTICE OR PROOF

Failure to give notice of claim or furnish proof of claim within the time required by this condition does not invalidate the claim if

1. the notice or proof is given or furnished as soon as reasonably possible, and in no event later than 1 year after the date of the *accident* or the date a claim arises under the contract on account of *sickness* or disability, and it is shown that it was not reasonably possible to give the notice or furnish the proof in the time required by this condition, or
2. in the case of death of the person insured, if a declaration of presumption of death is necessary, the notice or proof is given or furnished no later than 1 year from the date a court makes the declaration.

INSURER TO FURNISH FORMS FOR PROOF OF CLAIM

The *insurer* shall furnish forms for proof of claim within 15 days after receiving notice of claim, but if the claimant has not received the forms within that time the claimant may submit his or her proof of claim in the form of a written statement of the cause or nature of the *accident*, *sickness* or disability 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 the contract,

- a) the claimant must give the *insurer* an opportunity to examine the person of the person insured when and as often as it reasonably requires while the claim is pending, and
- b) in the case of death of the person insured the *insurer* may require an autopsy, subject to any law of the applicable jurisdiction relating to autopsies.

WHEN MONEYS PAYABLE

All money payable under this contract shall be paid by the *insurer* within 60 days after it has received proof of claim.

ASSISTANCE SERVICES

If you require *medical treatment* during *your trip*, you must contact the *Assistance Company* immediately at:

1-844-879-8379

toll-free from Canada and the USA

+1-416-285-1722

collect where available

email: assist@epicamericas.com

It is *your* responsibility to ensure that the *Assistance Company* has been contacted prior to receiving treatment. *Your* benefits will be limited to 80% of eligible expenses to a maximum of \$25,000 if *you* fail to do so, other than in extreme circumstances when treatment is required to resolve a life threatening medical crisis.

Emergency Call Centre — Professional assistance personnel are available to take *your* call 24 hours a day, 7 days a week.

Referrals — The *Assistance Company* will refer *you* to nearby medical providers (*hospitals*, clinics and *physicians*).

Benefit Information — Explanation of this policy is available to *you* and to the medical providers who are treating the *insured person*.

Medical Consultants — The *Assistance Company's* team of medical professionals, available 24 hours a day, will monitor the services given in the event of a serious *emergency*.

Direct Billing — Whenever possible, the *Assistance Company* will instruct the *hospital* or clinic to bill the *Assistance Company* directly.

Claims Information — The *Assistance Company* will answer any questions *you* have about the eligibility of *your* claim, standard verification procedures and the way that the benefits under this policy are administered.

CLAIMS

CLAIMS PROCEDURES

The *insured person* may designate a beneficiary for the Repatriation of Remains and Accidental Death & Dismemberment benefits to receive the amount payable for his/her death. In the absence of such designation, the beneficiary shall be the estate of the *insured person*. All other benefits are payable to the *insured person*.

The *insured person* is responsible for providing all documents outlined below or requested by the *Assistance Company* and for any charges levied by providers to obtain these documents.

To file a claim, the *insured person* must submit the following within 90 days of receipt of services payable under the policy:

- a) a fully completed claim form that will be provided by the *Assistance Company* upon notification of claim;
- b) all original itemized bills from the medical provider(s) stating the claimant's full name, complete diagnosis, and dates and types of treatment;
- c) all original itemized bills from the service provider(s) stating the claimants full name, complete list of services, and dates and types of services received;
- d) original prescription drug receipts (not cash receipts) from the pharmacist, *physician* or *hospital* showing the name of the prescribing *physician*, prescription number, name of preparation, date, quantity and total cost;
- e) a copy of *your* passport confirming entry into and departure from Canada. For *temporary visits* proof of departure from, and return to, Canada must be provided based on *your* method of travel. This could include boarding passes, airline tickets, train tickets, toll highway receipts and gas receipts;
- f) additional information pertinent to the *insured person's* claim, as may be required by the *Assistance Company* after receipt of the claim;
- g) the unused portion of the *insured person's* airline ticket if the Emergency Transportation or Repatriation benefit is used.

Berkley Insurance Company reserves the right to exclude costs incurred on all invoices submitted which cannot be verified by the *insurer*.

All pertinent documents should be sent to the *Assistance Company*

Epic Health Solutions
2nd Floor, 25 Millard Ave West
Newmarket, Ontario L3Y 7R6
claims-tor@epicamericas.com

IDENTIFICATION OF INSURER

Underwritten by:
Berkley Insurance Company
145 King Street West
Suite 1000
Toronto, Ontario M5H 1J8

Administered through:
Experior Financial Group Inc.
660 Speedvale Avenue West
Suite 205
Guelph, Ontario N1K 1E5
(519) 826-0770

Claims Administered by:
Epic Health Solutions
2nd Floor, 25 Millard Avenue West
Newmarket, Ontario L3Y 7R6

Please contact Epic Health Solutions for emergency assistance, medical management, coordination of benefits and to arrange direct billing with a healthcare provider.

1-844-879-8379
toll-free from Canada and the USA

+ 1-416-285-1722
collect where available

