

Visiteurs au Canada et Supervisa

Libellé de la police d'assurance voyage

Table des matières

AVIS IMPORTANT - Veuillez lire attentivement	2
Éligibilité	2
Accord d'assurance	3
Durée de la couverture	3
Prestations	5
Exclusions	8
Définitions	10
Limites et restrictions	12
Dispositions Générales	13
Conditions statutaires (conditions générales au Québec)	16
Services d'assistance	18
Réclamations	18

En cas d'urgence ou si vous avez besoin d'un traitement médical, vous devez contacter Intrepid 24/7 immédiatement :

- +1 (800) 203-8508 - sans frais au Canada et aux États-Unis
- +1 (416) 646-3107 - à frais virés si possible
- inrepid247@intrepid247.com

Il est de votre responsabilité de vous assurer que Intrepid 24/7a été contactée avant de recevoir le traitement. Si vous ne le faites pas, vos prestations seront limitées à 80 % des dépenses éligibles, avec un maximum de 25 000 \$, sauf dans des circonstances extrêmes où le traitement est nécessaire pour résoudre une urgence médicale mettant en jeu le pronostic vital. Vous serez responsable de toute demande d'indemnisation non couverte par l'assureur conformément aux conditions générales de la présente police.

AVIS IMPORTANT - Veuillez lire attentivement

- L'assurance voyage est conçue pour couvrir les pertes résultant de circonstances soudaines et imprévisibles. Il est important que vous lisiez et compreniez votre police, car votre couverture peut être soumise à certaines limitations ou exclusions.
- Votre police peut ne pas couvrir des conditions médicales et/ou des symptômes qui existaient avant la date d'entrée en vigueur de cette couverture. . Veuillez lire attentivement cette police pour voir comment cela s'applique à votre police et à votre éligibilité à la couverture.
- En cas d'accident, de blessure ou de maladie, vos antécédents médicaux seront examinés lors de la déclaration de sinistre.
- Les frais engagés dans votre pays d'origine ne sont pas couverts.
- Votre police prévoit une assistance voyage ; vous êtes tenu d'informer Intrepid 24/7 avant tout traitement médical. Votre police peut limiter les prestations si vous ne contactez pas Intrepid 24/7 avant de recevoir un traitement médical.
- Veuillez prendre le temps de lire cette police pour vous assurer qu'elle répond à vos besoins et contactez les services de l'agent Goose si vous avez des questions. Vous pouvez annuler cette police dans les 10 jours suivant la date d'achat pour un remboursement complet, à condition que ce soit avant la date d'entrée en vigueur. Les autres remboursements possibles sont décrits à la rubrique Remboursements de la section Dispositions générales de la présente police.

CETTE POLICE CONTIENT UNE CLAUSE QUI PEUT LIMITER LE MONTANT PAYABLE.

NOTE : Les mots en italique sont des termes définis dont la définition figure dans la section des définitions de la police.

Éligibilité

Pour être admissible à la couverture, à la date d'entrée en vigueur, vous devez à ce moment-là

1. être un visiteur au Canada ou une personne au Canada en vertu d'un visa de travail ou d'étudiant valide, un Canadien ou un immigrant non admissible aux prestations d'un régime d'assurance maladie gouvernemental ; et
2. être âgé d'au moins 15 jours et de moins de 85 ans au moment de la demande ;

3. ne pas voyager contre l'avis d'un médecin et/ou ne pas avoir été diagnostiqué avec une maladie en phase terminale ; et
4. ne pas présenter de signes ou de symptômes nouveaux ou non diagnostiqués et/ou ne pas avoir connaissance d'une raison de consulter un médecin ; et
5. ne pas avoir besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne (s'habiller, se laver, manger, utiliser les toilettes ou se lever ou s'asseoir dans un lit ou une chaise).
6. ne pas avoir été diagnostiqué ou traité pour un cancer métastasé, un cancer du pancréas, du foie, des poumons ou du cerveau ;
7. ne pas avoir été diagnostiqué ou traité pour une affection rénale nécessitant une dialyse au cours des 12 derniers mois
8. ne pas avoir été diagnostiqué ou traité pour une greffe de moelle osseuse ou d'organe au cours des 24 derniers mois
9. ne pas avoir eu besoin d'utiliser de l'oxygène à domicile au cours des 12 mois précédant la date d'entrée en vigueur.

Accord d'assurance

1. En contrepartie du paiement intégral de la prime requise pour la somme assurée choisie, l'assureur accepte de payer les frais raisonnables et habituels, jusqu'à concurrence de la somme assurée choisie, engagés par vous en cas d'urgence survenant au Canada ou lors d'un séjour temporaire dans un autre pays. Un minimum de 50 % de la période de couverture doit être passé au Canada et le temps passé à l'étranger est limité à un maximum de 31 jours par visite. Il n'y a pas de couverture lorsque vous êtes dans votre pays d'origine.
2. L'assureur paiera les frais admissibles, moins toute franchise applicable, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le barème des frais établi par le régime gouvernemental de votre province ou territoire de résidence au Canada pour les résidents non canadiens et seulement en excédent de ceux remboursables par tout régime ou contrat d'assurance collectif ou individuel, privé ou public, y compris tout régime d'assurance-automobile.
3. Sous réserve de toutes les conditions de la police, les prestations sont payables jusqu'à concurrence du montant assuré, dans la mesure où ces services sont médicalement nécessaires. Les limites des prestations s'entendent par personne assurée, par voyage, y compris toute extension.
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 demande d'adhésion ou d'extension de couverture.
6. Le type de plan souscrit et la somme assurée choisie ne peuvent être modifiés une fois que la police est en vigueur.
7. Une seule police peut vous être délivrée et toutes les primes payées pour toute police supplémentaire vous seront remboursées. Lorsque plus d'une police de ce type est émise par l'assureur et est en vigueur à votre égard au moment du sinistre, une seule de ces polices, la plus ancienne par sa date d'entrée en vigueur, s'appliquera.

Durée de la couverture

1. La période maximale de couverture au titre de ce régime est de 365 jours par police. La période de couverture maximale par police pour les personnes âgées de 45 ans et moins est de deux ans (730 jours). Pour les personnes âgées de 46 ans et plus, la période de couverture maximale par police est d'un an (365 jours).
2. Une visite temporaire dans un autre pays dans le cadre de votre voyage couvert doit :

- a) commencent et se terminent au Canada ; et
- b) ne pas dépasser 50 % de la durée du voyage couvert ; et
- c) n'excède pas 31 jours.
- d) en cas de sinistre à l'étranger, une preuve des dates de voyage sera exigée au moment de la demande de remboursement et avant toute garantie de prestations à tous les prestataires à l'étranger.

*Une visite temporaire dans votre pays d'origine n'est pas couverte (la couverture cesse puis reprend lorsque vous revenez au Canada, à condition que vous soyez toujours admissible à la couverture).

3. Date d'entrée en vigueur

Votre police d'assurance entre en vigueur à la plus tardive des dates suivantes

- a) la date et l'heure auxquelles vous avez demandé et payé cette assurance ;
- b) à 0 h 01 (heure locale) à la date d'entrée en vigueur indiquée sur votre déclaration d'assurance ; ou
- c) la date et l'heure de votre arrivée au Canada. Une preuve de votre date d'arrivée peut être exigée.
- d) Si vous demandez de modifier votre date d'entrée en vigueur en raison d'un changement de date d'arrivée, les conditions suivantes s'appliquent :
 - Vous devez faire cette demande avant la date d'entrée en vigueur de la police.
 - Vous devez fournir une preuve de votre nouvelle date d'arrivée au Canada.
 - Vous devez payer toute prime supplémentaire requise si votre âge au moment de la nouvelle date d'arrivée demandée diffère de celui à la date d'arrivée initiale.

Exception: Lorsque cette police est souscrite avant que vous ne quittiez votre pays d'origine, et à condition que la prime appropriée soit payée, la couverture commencera à la date de départ de votre pays d'origine (date indiquée sur votre billet d'avion) pour votre voyage ininterrompu vers le Canada.

4. Période d'attente

Si vous souscrivez cette assurance après votre arrivée au Canada, vous n'êtes pas couvert pour toute maladie qui a débuté ou dont vous avez ressenti les symptômes pendant

- a) la période de 48 heures suivant la date d'entrée en vigueur de la police si l'assurance est souscrite dans les 30 jours suivant votre arrivée au Canada
- b) la période de 5 jours suivant la date d'entrée en vigueur de la police si l'assurance est souscrite plus de 30 jours après votre arrivée au Canada.

Exception: La période d'attente sera supprimée si cette police est souscrite au plus tard à la date d'expiration d'une police d'assurance voyage pour visiteurs au Canada déjà émise par l'assureur, pour prendre effet le jour suivant cette date d'expiration, à condition qu'aucune augmentation du capital assuré ne soit demandée. La police existante doit être en vigueur à la date d'achat et il ne doit pas y avoir de lacune dans la couverture.

5. Date d'expiration

La couverture en vertu de ce régime prend fin à la première des éventualités suivantes :

- a) 23 h 59 (heure locale) à la date d'expiration indiquée dans votre déclaration d'assurance ;
- b) 365 jours après la date d'entrée en vigueur de votre assurance ;
- c) la date à laquelle vous devenez admissible à un régime public d'assurance maladie au Canada ;
- d) la date et l'heure auxquelles vous arrivez dans votre pays d'origine sans avoir l'intention de revenir au Canada pendant la période de couverture ;

- e) la date à laquelle vous dépassez 50 % de votre période de couverture lors d'un séjour dans un autre pays ;
- f) le 32^e jour d'une visite temporaire dans un pays autre que votre pays d'origine ;
- g) 23 h 59 (heure locale) à une date antérieure calculée par l'assureur en raison d'un paiement de prime incorrect ou insuffisant ;

*Vous pouvez retourner dans votre pays d'origine pour une visite temporaire avant la date d'expiration et votre couverture reprendra sans prime supplémentaire à votre retour au Canada, à condition que vous restiez éligible. La prime correspondant au nombre de jours de votre visite temporaire ne sera ni remboursée ni réémise. Toute condition médicale pour laquelle des symptômes étaient présents ou pour laquelle vous avez reçu un traitement médical au cours d'une visite temporaire n'est pas couverte.

6. Extension de votre couverture

Si vous souhaitez rester au Canada au-delà de la date d'expiration de cette police, vous pouvez la renouveler via l'application Goose ou avec l'aide d'un agent Goose avant la date d'expiration et vous n'avez aucune raison de demander des soins médicaux pendant la nouvelle période de couverture.

Vous pouvez souscrire une nouvelle police sous réserve des conditions de la police et du barème des primes en vigueur au moment où la nouvelle police est demandée. Le coût des jours d'assurance supplémentaires sera calculé en fonction de l'âge de l'assuré à la date d'entrée en vigueur de la nouvelle police, à condition que

- a) vous restiez éligible à l'assurance ;
- b) que votre état de santé n'ait pas changé depuis la date d'entrée en vigueur ou la date d'arrivée ;
- c) la demande de nouvelle police soit reçue avant la date d'expiration de votre couverture ;
- d) la prime requise est payée.

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. Note : La prime minimale est de 50 \$ par police.

7. Couverture familiale

Si vous avez souscrit une couverture familiale au moment de la souscription, votre police vous couvre ainsi que tous les membres de la famille désignés dans la proposition (veuillez vous référer à la définition de la famille) si :

- a) les dates de couverture sont les mêmes pour tous les membres de la famille ; et
- b) la prime requise pour la couverture familiale est payée avant la date d'entrée en vigueur de la police, comme indiqué dans la proposition ou la confirmation d'assurance.

8. Prolongation automatique de la couverture

Sur notification de Intrepid 24/7, votre couverture sera automatiquement prolongée, sans prime supplémentaire, jusqu'à 72 heures si votre séjour est prolongé au-delà de la date d'expiration pour l'une des raisons suivantes :

- a) Retard indépendant de votre volonté du véhicule, de la compagnie aérienne, de l'autobus, du train ou du système de ferry exploité par le gouvernement dans lequel vous voyagez ou devez voyager en tant que passager. Le retard doit survenir avant la date d'expiration et le moyen de transport doit arriver avant la date d'expiration ;
- b) Des preuves médicales attestent que vous êtes médicalement inapte à retourner dans votre pays d'origine en raison d'une maladie ou d'une blessure couverte à la date d'expiration ou avant celle-ci.
- c) Vous êtes hospitalisé d'urgence à la date d'expiration indiquée sur votre confirmation d'assurance à la suite d'une maladie ou d'une blessure couverte. La couverture s'étend à la période d'hospitalisation et la prolongation de 72

heures commence à la sortie de l'hôpital.

Remarque : Toute demande de remboursement présentée après la date d'expiration de votre police d'assurance doit être accompagnée d'une preuve écrite de l'événement qui a retardé votre retour.

Prestations

L'assureur remboursera les frais raisonnables et habituels pour les dépenses éligibles décrites dans cette section qui sont encourues à la suite d'une urgence couverte, jusqu'à concurrence du montant assuré, sous réserve de toutes les limitations, exclusions et dispositions de la police. Toutefois, certains frais, tels que spécifiés ci-dessous, ne sont couverts qu'avec l'approbation préalable de Intrepid 24/7..

1. **Hébergement à l'hôpital :**

- a) Frais jusqu'à concurrence du tarif de salle pratiqué par l'hôpital. Si cela est médicalement nécessaire, les frais de traitement dans une unité de soins intensifs ou de soins coronariens sont également couverts.
- b) Les frais de chambre d'urgence.
- c) Les services ambulatoires d'urgence fournis par un hôpital lorsque cela est médicalement nécessaire.

2. **Services médicaux :** *Traitement médical dispensé par un médecin, un chirurgien, un anesthésiste ou un infirmier diplômé légalement autorisé (autre qu'un membre de la famille immédiate de la personne assurée).*

3. **Services de diagnostic :** Les tests de laboratoire et les radiographies ordonnés par le médecin traitant et qui font partie du traitement médical d'urgence. Cette police ne couvre pas l'imagerie par résonance magnétique (IRM), le cathétérisme cardiaque, la tomographie axiale informatisée (CAT), les radiographies numériques, les sonogrammes ou les ultrasons et les biopsies, sauf si ces services sont approuvés à l'avance par Intrepid 24/7 .

4. **Ordonnances :** Les médicaments, y compris les médicaments injectables et les sérums, qui ne peuvent être obtenus que sur prescription médicale, qui sont prescrits par un médecin et qui sont fournis par un pharmacien agréé lorsque cela est médicalement nécessaire pour un traitement médical d'urgence, sauf lorsque cela est nécessaire pour stabiliser une condition chronique ou une condition médicale que la personne assurée avait avant le voyage. Cette prestation est limitée à un approvisionnement de 30 jours et à un maximum de 500 \$ par ordonnance, à moins que la personne assurée ne soit hospitalisée.

5. **Infirmière privée :** Sur approbation préalable de Intrepid 24/7 et sur prescription d'un médecin traitant, les services professionnels d'une infirmière privée autorisée (autre qu'un membre de la famille immédiate) à la suite d'une urgence couverte, lorsque cela est médicalement nécessaire et pendant l'hospitalisation ou en remplacement de l'hospitalisation. La couverture est limitée à 5 000 \$ lorsqu'il s'agit d'une hospitalisation.

6. **Services paramédicaux :** Sur approbation préalable de Intrepid 24/7 , les services (y compris les radiographies) d'un chiropracteur, d'un physiothérapeute, d'un podologue ou d'un ostéopathe agréé, à concurrence de 300 \$ par personne assurée et par profession énumérée ci-dessus.

7. **Soins dentaires :** lorsqu'ils sont effectués par un dentiste ou un chirurgien buccal légalement qualifié, les soins dentaires d'urgence :

- a) jusqu'à 2 500 \$ pour réparer ou remplacer des dents naturelles entières ou saines ou des dents artificielles fixées de façon permanente, endommagées à la suite d'un coup accidentel au visage ; et
- b) jusqu'à 300 \$ pour le soulagement de la douleur causée autrement que par un coup accidentel au visage et pour laquelle vous n'avez pas reçu de traitement ou de conseils auparavant.

Le traitement doit être entrepris dans les 48 heures suivant le début de l'urgence et être achevé au plus tard 90 jours

après le début du traitement et avant votre date d'expiration ou votre retour dans votre pays d'origine.

8. **Appareils médicaux :** Avec l'accord préalable de Intrepid 24/7 et sur prescription du médecin traitant, jusqu'à un maximum de 5 000 \$ pour les petits appareils tels que béquilles, plâtres, attelles, cannes, écharpes, bandages herniaires, appareils orthopédiques, déambulateurs et/ou la location temporaire d'un fauteuil roulant, sans dépasser le prix d'achat.
9. **Transport d'urgence :**
 - a) a) Services d'ambulance agréés (y compris les frais de taxi en lieu et place de l'ambulance) jusqu'à l'établissement médical le plus proche capable de fournir le traitement médical d'urgence requis ;
 - b) Le transport entre hôpitaux lorsqu'il est jugé nécessaire et ordonné par le médecin traitant pour un traitement médical d'urgence ;
 - c) Si, à la suite d'une urgence couverte, votre médecin traitant ou l'équipe médicale de Intrepid 24/7 recommande votre retour au Canada ou dans votre pays d'origine, les frais engagés pour:
 - i. le prix d'un aller simple en classe économique sur un vol commercial par l'itinéraire le plus direct, y compris le coût des sièges supplémentaires pour accueillir une civière ou les frais de surclassement si votre médecin traitant déclare par écrit que c'est médicalement nécessaire ;
 - ii. le billet d'avion aller-retour en classe économique par l'itinéraire le plus direct pour qu'un accompagnateur médical qualifié vous accompagne si la compagnie aérienne l'exige ou si votre médecin traitant déclare par écrit que c'est médicalement nécessaire ;
 - iii. une ambulance aérienne si elle est médicalement nécessaire, uniquement si Intrepid 24/7 l'a approuvée et organisée à l'avance.
10. **Rapatriement du corps :** En cas de décès à la suite d'un accident couvert ou d'une maladie imprévue :
 - a) jusqu'à un maximum de 7 500 \$ pour les frais réels engagés pour la préparation de la dépouille et son transport (y compris un conteneur d'expédition standard) jusqu'à votre pays d'origine ; ou
 - b) jusqu'à 3 000 \$ pour l'incinération et/ou l'enterrement sur le lieu du décès. Le coût du cercueil, de l'urne ou des funérailles n'est pas couvert.
11. **Indemnité d'hospitalisation :** Jusqu'à 50 \$ par jour, avec un maximum de 1500 \$, pour les frais accessoires facturés par l'hôpital, tels que les frais de téléphone, de télévision ou d'Internet, pendant que vous êtes hospitalisé.
12. **Visites de suivi :** Sur approbation préalable de Intrepid 24/7, jusqu'à 3 visites de suivi, à condition qu'elles soient directement liées à l'urgence couverte.
13. **Retour et accompagnement des enfants :** Lorsque Intrepid 24/7 l'approuve et prend des dispositions à l'avance, jusqu'à un billet d'avion en classe économique pour ramener les enfants à charge qui vous accompagnent au point de départ, dans le cas où vous êtes renvoyé dans votre pays d'origine ou au Canada au titre de la garantie Transport d'urgence. L'assureur prend également en charge les frais d'une escorte pour accompagner les enfants à charge.
14. **Retour des excédents de bagages :** Lorsque Intrepid 24/7 l'approuve et prend des dispositions à l'avance, jusqu'à 250 \$ pour les frais de retour de votre excédent de bagages au point de départ si vous êtes renvoyé dans votre pays d'origine ou au Canada en vertu de la garantie de transport d'urgence.
15. **Décès et mutilation accidentels :** L'assureur s'engage à verser jusqu'à 25 000 \$ pour la perte de la vie, d'un membre ou de la vue d'une personne assurée résultant directement d'une blessure accidentelle survenant au cours de la période de couverture, sauf lors de l'embarquement, de la montée ou de la descente d'un aéronef. Les prestations sont payables selon le calendrier suivant :
 - a) 100 % de la somme assurée résultant de la même blessure accidentelle pour la perte de :

- i. la vie ; ou
- ii. de la vision totale des deux yeux ; ou
- iii. des deux mains ; ou
- iv. des deux pieds ; ou
- v. d'une main et de la vision complète d'un œil ; ou
- vi. un pied et la vision complète d'un œil.

b) 50 % de la somme assurée résultant de la même blessure accidentelle pour la perte de

- i. de la vision totale d'un œil ; ou
- ii. d'une main ; ou
- iii. d'un pied.

La perte de la main ou des mains, ou du pied ou des pieds, signifie le sectionnement à travers ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville, respectivement. La perte de l'œil ou des yeux signifie la perte totale et irrémédiable de la vue.

Un seul montant est payable (le plus élevé) si vous subissez plus d'une de ces pertes.

16. Exposition et disparition

Si vous êtes exposé aux éléments ou si vous disparaîsez à la suite d'un accident, un sinistre sera couvert si :

- a) à la suite d'une telle exposition, vous subissez l'une des pertes spécifiées dans le tableau des pertes ci-dessus ; ou
- b) votre corps n'a pas été retrouvé dans un délai de 52 semaines à compter de la date de l'accident. Il sera présumé, jusqu'à preuve du contraire, que vous avez perdu la vie.

Exclusions

La présente police ne couvre pas les pertes ou les dépenses liées en tout ou en partie, directement ou indirectement, à l'un des éléments suivants :

1. Toute maladie, blessure ou état de santé antérieur à la date d'entrée en vigueur, à l'exception des cas suivants
 - a) Jusqu'à 65 ans : Toute maladie, blessure ou état de santé stable dans les 90 jours précédant la date d'entrée en vigueur et avoir souscrit l'avenant relatif aux affections préexistantes.
 - b) De 65 à 84 ans : Toute maladie, blessure ou état de santé qui était stable dans les 180 jours précédant la date d'entrée en vigueur, à condition que vous ayez répondu non à toutes les questions de la déclaration médicale et que vous ayez souscrit l'avenant relatif aux affections préexistantes.
 - c) Toute maladie ou blessure ayant donné lieu à une demande d'indemnisation au titre d'une police d'assurance antérieure émise par Goose Insurance.
2. Les dépenses liées à une maladie ou à une blessure qui aurait amené une personne normalement prudente à demander un traitement médical, des conseils, un diagnostic ou des soins au cours de la période de 90 jours précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur.
3. Tout traitement médical qui n'est pas un traitement médical d'urgence visant à soulager immédiatement une

douleur et une souffrance aiguës, y compris toute chirurgie ou tout traitement facultatif ou esthétique.

4. Toute maladie ou blessure survenue avant la date d'entrée en vigueur de votre police lorsque la couverture a été prolongée après votre arrivée au Canada.
5. Tous les frais engagés à l'extérieur du Canada après avoir passé plus de 31 jours consécutifs dans un pays autre que le Canada au cours de la période de couverture.
6. Tous les frais engagés parce que vous avez voyagé contre l'avis d'un médecin ou toute perte résultant d'une maladie ou d'un état de santé qui a été diagnostiqué par un médecin comme étant une maladie terminale avant la date d'entrée en vigueur.
7. Tout traitement médical qui peut raisonnablement être retardé jusqu'à ce que vous retourniez dans votre pays d'origine par le prochain moyen de transport disponible, que vous ayez ou non l'intention d'y retourner.
8. Tout traitement médical d'une affection permanente, les soins réguliers d'une affection chronique, les soins de santé à domicile, les tests d'investigation, la réadaptation, les soins de convalescence ou les soins permanents ou le traitement médical d'une maladie et/ou d'une blessure aiguës après la fin de la situation d'urgence initiale.
9. Non-respect d'un traitement médical, d'une thérapie ou d'un avis médical prescrit.
10. Les frais encourus lorsque cette police a été souscrite spécifiquement pour obtenir un traitement médical en dehors de votre pays d'origine, qu'il soit ou non recommandé par votre médecin traitant.
11. Tout traitement médical dans votre pays d'origine.
12. Toute condition médicale pour laquelle des symptômes étaient présents ou pour laquelle vous avez reçu un traitement médical lors d'une visite temporaire dans votre pays d'origine au cours de la période de couverture.
13. 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 les frais y afférents. Les implants nécessaires pour stabiliser un état médical d'urgence peuvent être couverts s'ils sont approuvés au préalable par Intrepid 24/7.
14. Le remplacement d'une ordonnance existante, que ce soit en raison d'une perte, sauf indication contraire ailleurs dans la présente police, d'un renouvellement ou d'un approvisionnement inadéquat, ou l'achat de médicaments (y compris les vitamines) qui sont couramment disponibles sans ordonnance ou qui ne sont pas légalement enregistrés et approuvés au Canada, ou qui ne sont pas nécessaires à la suite d'une urgence.
15. Perte ou détérioration d'appareils auditifs, de lunettes, de lunettes de soleil, de lentilles de contact ou de prothèses dentaires, de membres ou d'appareils, ainsi que les prescriptions qui en découlent.
16. Les soins prénataux de routine ; votre grossesse ou votre accouchement ou les complications qui en découlent dans les 9 semaines précédant et suivant la date prévue de l'accouchement.
17. Pour les enfants de moins de 2 ans, toute maladie ou état pathologique résultant d'une anomalie congénitale ou lié à celle-ci.
18. Les frais pour toute prestation ou traitement médical nécessitant l'accord préalable de Intrepid 24/7 si cet accord n'a pas été donné, sauf dans des circonstances extrêmes où le traitement médical est effectué en urgence dès l'admission à l'hôpital. Si Intrepid 24/7 n'est pas informée, la couverture sera limitée à 80 % du plafond de la garantie, sauf en cas de circonstances extrêmes et atténuantes.
19. Un trouble, une maladie, une condition ou un symptôme de nature émotionnelle, psychologique ou mentale, à moins que l'assuré ne soit hospitalisé. En cas d'hospitalisation, la couverture est limitée à 25 000 dollars par assuré et par vie.
20. Perte, décès ou blessure si, au moment de la perte, du décès ou de la blessure, il est prouvé que vous étiez affecté par une intoxication due à un taux d'alcool supérieur à la limite légale, à des drogues interdites ou à toute autre

substance intoxicante, ou que l'état de santé à l'origine de la perte y a contribué de quelque manière que ce soit.

21. La commission ou la tentative de commission d'un acte illégal ou d'un acte criminel par une personne assurée.
22. Votre suicide, votre tentative de suicide ou vos blessures auto-infligées, que la personne assurée soit saine d'esprit ou non.
23. L'escalade, l'alpinisme, le deltaplane, le parachutisme, le saut à l'élastique ou le parachutisme ; la participation à une course motorisée ou à un concours de vitesse ; la participation à un sport en tant qu'athlète professionnel (pour lequel la personne assurée est rémunérée) ou la plongée sous-marine (sauf si elle est certifiée par un programme internationalement reconnu et accepté tel que NAUI ou PADI, ou si la profondeur de plongée n'excède pas 30 mètres).
24. Décès ou blessures survenus lors de l'utilisation ou de l'apprentissage de l'utilisation d'un aéronef en tant que pilote ou membre d'équipage.
25. Voyage à destination, en provenance ou à travers tout pays, région ou ville pour lequel, avant la date de votre départ, le gouvernement canadien, ou l'un de ses services, a émis un avertissement recommandant d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non essentiel pendant la durée de votre voyage, si le sinistre résulte de la raison pour laquelle l'avertissement a été émis.
26. Guerre, invasion, acte d'un ennemi étranger, hostilités déclarées ou non, guerre civile, émeute, rébellion, révolution ou pouvoir militaire, ou votre visite illégale dans un pays.
27. Le terrorisme ou toute activité ou décision d'un organisme gouvernemental ou de toute autre entité visant à prévenir le terrorisme, à y répondre ou à y mettre fin, à l'exception des pertes ou dommages résultant directement d'un incendie ou d'une explosion. Cette perte ou ce dommage est exclu quelle que soit la cause ou l'événement qui contribue simultanément ou successivement à la perte ou au dommage.
28. La contamination résultant de matières radioactives, de combustibles ou de déchets nucléaires ou de la dissémination d'armes de destruction massive (nucléaires, chimiques ou biologiques).
29. Service ou entraînement dans les forces armées, la garde nationale ou le corps de réserve organisé d'un pays ou d'une autorité internationale.

Définitions

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

Accident un événement soudain, imprévu, inattendu et involontaire exclusivement imputable à une cause extérieure et entraînant des lésions corporelles.

Compagnie d'assistance la compagnie désignée par l'assureur pour fournir des services d'assistance d'urgence.

Par pays d'origine, on entend le pays pour lequel la personne assurée est en possession d'un passeport. Si la personne assurée détient plus d'un passeport, le pays d'origine est le pays que la personne assurée a déclaré dans la proposition. Lorsqu'une famille est couverte par la police, il est considéré qu'il n'y a qu'un seul pays d'origine pour la famille, qui est le pays d'origine déclaré dans la proposition.

Franchise montant (le cas échéant), en dollars canadiens, que l'assuré doit payer avant que toute dépense admissible restante ne soit remboursée au titre de la présente police. La franchise s'applique une fois par personne assurée, par urgence couverte.

Enfants à charge personnes non mariées résidant avec vous et dépendant de vous pour leur subsistance si vous êtes leur parent, grand-parent ou tuteur légal, et si, à la date d'entrée en vigueur, elles sont âgées d'au moins 15 jours et ont :

a) moins de 21 ans ; ou

- b) moins de 26 ans et étudiant à temps plein ; ou
- c) souffre d'une déficience mentale ou physique.

Urgence maladie ou blessure inattendue et imprévue survenant pendant la période de couverture, pour laquelle vous avez besoin d'un traitement médical immédiat afin de soulager une douleur ou une souffrance aiguë pendant un voyage couvert et que ce traitement médical ne peut être retardé jusqu'à votre retour dans votre pays d'origine, que vous en ayez l'intention ou non. Il n'y a plus d'urgence lorsque l'équipe médicale de Intrepid 24/7 vous déclare médicalement apte à voyager et aucune autre prestation n'est due au titre de l'état de santé qui a provoqué l'urgence.

Par famille, on entend vous et/ou votre conjoint jusqu'à l'âge de 69 ans et vos enfants à charge lorsque vos noms figurent 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 vivre à la même adresse pendant leur séjour au Canada.

Régime public d'assurance maladie couverture des soins de santé fournie par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux du Canada à leurs résidents.

On entend par hôpital un établissement désigné comme tel par la loi, doté d'un personnel permanent composé d'un ou de plusieurs médecins disponibles à tout moment, fournissant en permanence des services infirmiers assurés par des infirmières diplômées, dont l'activité principale consiste à fournir des services de diagnostic et de traitement médical et chirurgical d'une maladie et/ou d'une blessure en phase aiguë, ou de traitement actif d'une affection chronique, et qui dispose d'installations pour le diagnostic, la chirurgie majeure et les soins aux patients hospitalisés. Le terme hôpital n'inclut pas les centres de convalescence, de soins infirmiers, de repos ou de soins infirmiers spécialisés, qu'ils soient distincts d'un hôpital général ou qu'ils en fassent partie, ni un établissement exploité principalement comme clinique, centre de soins prolongés ou palliatifs, centre de réadaptation, centre de traitement de la toxicomanie ou centre de cure thermale.

Hospitalisation ou hospitalisé signifie qu'un assuré occupe un lit d'hôpital pendant plus de 48 heures pour un traitement médical et que son admission a été recommandée par un médecin lorsque cela est médicalement nécessaire.

Membre de la famille immédiate le conjoint, l'enfant naturel ou adopté, l'enfant du conjoint, le parent, le beau-parent, le tuteur légal, le pupille légal, le frère, la sœur, le demi-frère, la demi-sœur, la belle-famille, le grand-parent, le petit-enfant, la tante, l'oncle, la nièce, le neveu de la personne assurée.

Blessure une lésion corporelle inattendue et imprévue causée par un accident, subie par une personne assurée pendant la période de couverture et nécessitant un traitement d'urgence couvert par la présente police.

Assuré, personne assurée toute personne éligible nommée dans la proposition et la confirmation d'assurance et pour laquelle la prime requise a été payée.

Assureur certains souscripteurs de la Lloyd's qui fournissent cette assurance.

Patient hospitalisé un patient qui occupe un lit d'hôpital pendant plus de 24 heures en vue d'un traitement médical et dont l'admission a été recommandée par un médecin en cas de nécessité médicale.

Traitement médical toute procédure raisonnable de nature médicale, thérapeutique ou diagnostique, médicalement nécessaire et prescrite par un médecin. Le traitement médical comprend l'hospitalisation, les tests d'investigation de base, la chirurgie, les médicaments sur ordonnance (y compris ceux prescrits en cas de besoin) ou tout autre traitement directement lié à la maladie, à la blessure ou au symptôme.

Médicalement nécessaire, en référence à un service ou à une fourniture donné, signifie que ce service ou cette fourniture : a) est approprié et conforme au diagnostic selon les normes communautaires acceptées de la pratique médicale ; b) n'est pas de nature expérimentale ou de recherche ; c) ne peut être omis sans affecter négativement l'état de la personne assurée ou la qualité des soins médicaux ; d) ne peut être retardé jusqu'au retour de la personne assurée

dans son pays d'origine.

Alpinisme l'ascension ou la descente d'une montagne nécessitant l'utilisation d'un équipement spécifique, notamment des crampons, des pioches, des ancrs, des boulons, des mousquetons et du matériel d'ancrage pour la corde de plomb ou la corde de tête.

Médecin médecin agréé et autorisé à exercer conformément à la réglementation en vigueur dans la juridiction où il exerce. Le médecin doit être une personne autre que l'assuré ou un membre de sa famille immédiate.

Les coûts raisonnables et habituels sont les coûts encourus pour des services ou des fournitures médicales approuvés et couverts, qui ne dépassent pas les honoraires standard d'autres prestataires de niveau similaire dans la même zone géographique, pour le même traitement d'une maladie et/ou d'une blessure similaire.

On entend par maladie une affection ou un trouble soudain et imprévu de l'organisme qui entraîne un sinistre pendant la période de couverture. La maladie doit être suffisamment grave pour inciter une personne raisonnablement prudente à consulter un médecin en vue d'un traitement médical.

Conjoint la personne avec laquelle l'assuré est légalement marié ou avec laquelle il vit en union libre depuis au moins les 12 derniers mois.

Stable toute condition médicale (que le diagnostic ait été posé ou non) pour laquelle il y a eu :

- a) aucune hospitalisation ; et
- b) aucun nouveau diagnostic, traitement ou médicament prescrit ; et
- c) aucun changement* dans le traitement ou les médicaments ; et
- d) aucun symptôme nouveau, plus fréquent ou plus grave ; et
- e) aucun nouveau résultat d'examen montrant une détérioration ; et
- f) aucune référence à un spécialiste (faite ou recommandée), et vous n'êtes pas en attente d'une intervention chirurgicale ou des résultats d'examens complémentaires effectués par un professionnel de la santé.

*Le changement comprend tout nouveau traitement ou médicament, l'arrêt d'un traitement ou d'un médicament, l'augmentation ou la diminution d'un traitement ou d'un médicament, mais ne comprend pas le passage d'une version générique à une version de marque de médicaments ayant le même ingrédient actif et le même dosage, ni l'ajustement de routine du dosage selon les paramètres prescrits lorsque vous prenez de l'insuline ou des médicaments oraux contre le diabète.

Somme assurée le montant maximal payable que vous avez choisi au moment de la souscription et payé, ou qui s'applique à une couverture d'assurance donnée.

Maladie en phase terminale la personne assurée est atteinte d'une maladie qui amène le médecin à estimer qu'il lui reste moins de 12 mois à vivre.

Terrorisme acte(s) illégal(s) motivé(s) idéologiquement, y compris, mais sans s'y limiter, le recours à la violence ou à la force ou la menace de violence ou de force, commis par ou au nom de tout groupe, organisation ou gouvernement dans le but d'influencer tout gouvernement et/ou d'inspirer la peur au public ou à une partie du public.

Voyage désigne la période comprise entre la date de prise d'effet et la date d'expiration figurant sur votre confirmation d'assurance.

Vous, Votre, Vos désigne la personne assurée.

Limites et restrictions

Notification à la compagnie d'assistance

Intrepid 24/7 doit approuver à l'avance toute intervention chirurgicale, procédure invasive, test de diagnostic ou traitement (y compris, mais sans s'y limiter, le cathétérisme cardiaque), avant que l'assuré ne subisse une telle intervention, procédure, test ou traitement. Il vous incombe d'informer votre médecin traitant d'appeler Intrepid 24/7 pour obtenir son accord, sauf dans des circonstances extrêmes où une telle action retarderait une intervention chirurgicale nécessaire pour résoudre une crise médicale mettant en danger la vie de l'assuré.

En cas d'urgence médicale, vous devez informer Intrepid 24/7 dans les 24 heures suivant votre admission à l'hôpital et avant toute intervention chirurgicale.

Si vous ne le faites pas sans motif raisonnable, l'assureur paiera 80 % du montant de la demande d'indemnisation, jusqu'à concurrence de 25 000 \$. Les frais non pris en charge par l'assureur restent à votre charge.

Limitation des prestations

Une fois que la personne assurée est considérée comme médicalement stable pour retourner dans son pays d'origine ou en vertu de sa sortie d'un établissement médical, l'urgence sera considérée comme terminée, après quoi toute consultation, tout traitement, toute récurrence ou toute complication liés à l'urgence ne seront plus éligibles à la couverture au titre de la présente police.

Impossibilité d'obtenir le dossier médical

Si l'assureur n'est pas en mesure d'obtenir les dossiers médicaux de votre pays d'origine, vos antécédents médicaux seront fondés sur les informations tirées du rapport de votre médecin traitant, d'un examen médical ou d'autres sources d'informations pertinentes.

Disponibilité et qualité des soins

Ni l'assureur ni Intrepid 24/7 ne peuvent être tenus responsables de la disponibilité ou de la qualité d'un traitement médical (y compris de ses résultats) ou du fait que la personne assurée n'ait pas obtenu de traitement médical pendant la période de couverture.

Transfert ou rapatriement médical

L'assureur se réserve le droit, si cela est raisonnablement nécessaire et à ses frais, de vous transférer dans un hôpital ou de vous transporter au Canada ou dans votre pays d'origine en cas d'urgence pour le traitement médical de votre maladie ou de votre blessure. Si vous refusez d'être transféré ou transporté alors que l'équipe médicale de Intrepid 24/7 vous a déclaré médicalement apte à voyager, tous les frais engagés pour cette maladie ou blessure après votre refus ne seront pas couverts et le paiement de ces frais devient votre seule responsabilité. La couverture de la maladie ou de la blessure cesse dès votre refus et aucune couverture ne sera fournie pour cette maladie ou cette blessure pour le reste de la période de couverture.

Limitation des services d'assistance

Intrepid 24/7 se réserve le droit de suspendre, de réduire ou de limiter ses services dans une région ou un pays si la guerre, l'instabilité politique ou l'hostilité rendent la région inaccessible à Intrepid 24/7. Intrepid 24/7 fera tout ce qui est en son pouvoir pour fournir ses services pendant une telle période.

Dispositions Générales

Limite globale

La limite globale pour toutes les pertes résultant d'un seul incident en vertu de toutes les polices d'assurance voyage souscrites par l'assureur est de 20 000 000 \$ CAD.

Loi applicable

Le présent contrat d'assurance est régi par les lois de la province ou du territoire où cette police a été émise. Toute action en justice intentée par vous, vos héritiers ou vos ayants droit doit être portée devant les tribunaux de la province ou du territoire où cette police a été émise.

Arbitrage

Nonobstant toute clause de la présente police, les parties s'engagent à soumettre à une procédure d'arbitrage, à l'exclusion des tribunaux, tout litige présent ou futur relatif à un sinistre. La procédure d'arbitrage sera régie par la loi d'arbitrage en vigueur dans la province ou le territoire canadien de résidence de l'assuré. Les parties conviennent que toute action sera soumise à l'arbitrage.

Monnaie

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

Prescription des actions

Toute action ou procédure intentée contre un assureur en vue de recouvrer des sommes payables en vertu du contrat est absolument prescrite si elle n'est pas intentée dans les délais prévus par la Loi sur les assurances ou toute autre loi applicable.

Limitation des prestations

Une fois que la personne assurée est jugée médicalement stable pour retourner dans son pays d'origine ou en vertu de sa sortie d'un établissement médical, l'urgence est réputée avoir pris fin, après quoi toute consultation, tout traitement, toute récidive ou toute complication liés à l'urgence ne sont plus admissibles à une couverture au titre de la présente police.

Fausse déclaration et non-divulgation

L'ensemble de la couverture de la présente police est annulable si l'assureur détermine, avant ou après un sinistre, que la personne assurée a dissimulé, faussement déclaré ou omis de déclarer un fait ou une circonstance importants concernant la présente police ou son intérêt dans celle-ci, ou si la personne assurée refuse de divulguer des informations ou de permettre l'utilisation de telles informations, concernant l'une quelconque des personnes assurées au titre de la présente police. En conséquence, et à la suite d'un sinistre, aucune indemnité ne sera versée par l'assureur et l'assuré sera seul responsable de tous les frais relatifs à sa demande, y compris les frais de rapatriement médical.

Erreur d'âge

Si votre âge a été mal déclaré à l'assureur, la couverture et/ou la prime peuvent être ajustées en fonction de l'âge exact à la date de la demande d'entrée en vigueur de la couverture. Tout ajustement de la prime est payable à la réception d'un avis de prime.

Autre assurance

Cette assurance est un régime à deuxième payeur. Pour toute perte ou tout dommage assuré par, ou pour toute réclamation payable en vertu d'une autre assurance responsabilité civile, d'un régime collectif ou individuel d'assurance maladie de base ou complémentaire, ou de contrats, y compris tout régime privé ou provincial ou territorial d'assurance automobile prévoyant une couverture hospitalière, médicale ou thérapeutique, ou toute autre assurance en vigueur

simultanément, les montants payables en vertu de la présente assurance sont limités aux prestations couvertes encourues à l'extérieur de votre pays d'origine qui dépassent les montants pour lesquels une personne assurée est assurée en vertu de cette autre couverture.

Vous ne pouvez pas demander ou recevoir au total plus de 100 % de la perte causée par l'événement assuré.

Trop-perçu

Aucune disposition de la présente police n'empêche l'assureur de recouvrer auprès de la personne ou de l'organisation à laquelle le paiement a été effectué tout trop-perçu, quelle que soit la cause de ce trop-perçu.

Paiement de la prime

La prime requise est due et payable au moment de la demande d'adhésion et sera déterminée conformément au barème de taux alors en vigueur. Les taux de prime, les termes et les conditions de la police sont basés sur votre âge à la date d'entrée en vigueur. Si la prime payée est insuffisante pour la couverture choisie, l'assureur facturera et percevra tout paiement insuffisant. La couverture sera nulle et non avenue si la totalité de la prime n'est pas reçue.

Si le plan de paiement échelonné est choisi au moment de la demande d'adhésion, l'assureur se réserve le droit de percevoir tout solde de prime impayé, à sa discrétion.

Protection de la vie privée

L'assureur accorde une grande importance à la protection de votre vie privée. Vos renseignements personnels seront recueillis, utilisés et divulgués uniquement dans le but de vous fournir les services d'assurance que vous avez demandés. Ces renseignements demeurent confidentiels, comme l'exigent les lois fédérales et provinciales applicables. En cas de sinistre, Intrepid 24/7 et l'assureur peuvent recueillir vos renseignements personnels sur la santé détenus par un tiers. Ces renseignements peuvent être communiqués aux employés de Intrepid 24/7 et de l'assureur pour l'analyse des demandes de règlement et pour mieux vous servir.

En aucun cas l'assureur ne divulguera ces renseignements à une personne ou à une organisation qui n'y a pas clairement droit sans avoir obtenu votre consentement au préalable.

Pour plus de détails sur la politique de Goose en matière de protection de la vie privée, veuillez consulter :

<https://www.gooseinsurance.com/en/privacy>

Remboursements

1. **Examen gratuit pendant 10 jours** : Vous disposez d'un délai de 10 jours à compter de la date de souscription de la police pour examiner cette dernière et vous assurer qu'elle répond à vos besoins en matière d'assurance. Au cours de cette période de 10 jours, un remboursement intégral est possible à condition que la police ne soit pas entrée en vigueur et qu'elle n'ait pas expiré. Si la police est souscrite après l'arrivée au Canada, cette disposition ne s'applique pas. Pour annuler votre police, vous devez contacter Goose pendant les heures de bureau. La demande doit être reçue au plus tard 10 jours à compter de la date d'application de la police.
2. **Après la période d'essai gratuit de 10 jours** :
 - a) **Pour les polices visiteurs au Canada** :
 - Si l'annulation de votre police est demandée avant la date d'entrée en vigueur, mais après la période de 10 jours d'essai, la totalité de la prime sera remboursée, moins 50 \$ de frais administratifs.
 - L'annulation après la date d'entrée en vigueur de la police est assujettie à une prime minimale retenue de 50 \$

tant que la durée de la police, y compris toute prolongation de la couverture, est inférieure à 120 jours; sinon, une prime minimale retenue de 225 \$ s'applique.

b) Pour les polices de Supervisa :

- Si la police a été souscrite pour une demande de super visa, une preuve de Citoyenneté et Immigration Canada que votre super visa a été refusé sera exigée avant que le remboursement ne soit accepté et traité. Un formulaire d'annulation doit être rempli, y compris la preuve du refus du visa, sinon aucun remboursement ne sera effectué.
- En cas d'annulation avant la date d'entrée en vigueur pour une raison autre que le refus du visa de visiteur par Immigration Canada, une prime minimale de 225 \$ sera retenue, en plus de frais administratifs de 50 \$. Les frais de paiement échelonné ne sont pas remboursables.

3. **Remboursements au prorata :** Un remboursement au prorata de la partie non utilisée de la prime peut être accordé 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 si vous devenez éligible et/ou couvert par un régime d'assurance maladie gouvernemental pendant la période de couverture. Un remboursement partiel de la prime (moins les frais applicables et la prime minimale conservée) peut être accordé, à condition qu'aucun sinistre ne soit survenu pendant votre voyage. Un formulaire d'annulation doit être rempli, accompagné d'une preuve de retour au pays ou d'éligibilité à un régime public d'assurance maladie, faute de quoi aucun remboursement ne sera effectué.

Règles générales de remboursement :

1. Les demandes de remboursement doivent parvenir par écrit à Goose Insurance au plus tard 30 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.
2. Toutes les demandes de remboursement sont soumises à des frais administratifs de 50 \$.
3. Tous les remboursements sont soumis à une prime minimale retenue de 225 \$ pour les polices Super Visa et de 50 \$ pour les polices Visiteurs au Canada.
4. Les frais de versement ne sont pas remboursables.
5. Si vous avez une réclamation, votre police n'est pas remboursable et toutes les primes impayées sont exigibles immédiatement.

Subrogation

Si une personne assurée subit un sinistre couvert par la présente police, l'assureur se voit accorder le droit, de la part de la personne assurée, d'intenter une action pour faire valoir tous les droits, pouvoirs, privilèges et recours de la personne assurée, dans la mesure des indemnités versées au titre de la présente police, à l'encontre de toute personne, personne morale ou entité ayant causé ce sinistre. En outre, si la personne assurée a droit à des prestations "sans faute" ou à d'autres sources collatérales de paiement des frais médicaux, indépendamment de la faute, l'assureur a le droit d'exiger et de recouvrer ces prestations. Si l'assureur intente une action, il peut le faire à ses propres frais, au nom de la personne assurée, et la personne assurée se rendra sur le lieu du sinistre pour aider à l'action, en plus de fournir à l'assureur toutes les informations, la coopération et l'assistance que l'assureur peut raisonnablement exiger. Si la personne assurée introduit une demande ou une action pour un sinistre couvert, elle en informe immédiatement l'assureur afin que celui-ci puisse sauvegarder ses droits. Après un sinistre, la personne assurée ne prend aucune mesure susceptible de porter atteinte aux droits de l'assureur énoncés dans le présent paragraphe et fait tout ce qui est nécessaire pour garantir ces droits.

Conditions statutaires (conditions générales au Québec)

Nonobstant toute autre disposition contenue dans le présent document, le présent contrat est assujéti aux conditions légales de la Loi sur les assurances concernant les contrats d'assurance-accidents.

Le contrat

La proposition, la présente police, tout document joint à la présente police au moment de son émission et toute modification au contrat convenue par écrit après l'émission de la présente police constituent l'intégralité du contrat et aucun agent n'a le pouvoir de modifier le contrat ou de renoncer à l'une de ses dispositions.

Renonciation

L'assureur est réputé n'avoir renoncé à aucune condition du présent contrat, en tout ou en partie, à moins que la renonciation ne soit clairement exprimée dans un écrit signé par l'assureur. COPIE DE LA DEMANDE L'assureur doit, sur demande, fournir à l'assuré ou à un demandeur en vertu du contrat une copie de la demande.

Faits importants

Aucune déclaration faite par l'assuré ou une personne assurée au moment de la demande de contrat ne peut être utilisée en défense d'une réclamation en vertu du contrat ou pour annuler celui-ci, à moins qu'elle ne soit contenue dans la demande ou dans toute autre déclaration ou réponse écrite fournie comme preuve d'assurabilité.

Avis et preuve de réclamation

L'assuré ou une personne assurée, ou un bénéficiaire habilité à présenter une demande d'indemnisation, ou le mandataire de l'un d'entre eux, doit,

- a) notifier par écrit la demande d'indemnisation à l'assureur,
 - i. soit en le remettant ou en l'envoyant par courrier recommandé au siège social ou à l'agence principale de l'assureur dans la province
 - ii. en le remettant à un agent autorisé de l'assureur dans la province,au plus tard 30 jours à compter de la date à laquelle survient une demande d'indemnisation au titre du contrat en raison d'un accident, d'une maladie ou d'une invalidité ;
- b) dans les 90 jours suivant la date à laquelle survient une réclamation en vertu du contrat à la suite d'un accident ou d'une maladie, fournir à l'assureur la preuve raisonnablement possible, compte tenu des circonstances, de ce qui suit
 - i. la survenance de l'accident ou le début de la maladie,
 - ii. du préjudice causé par l'accident ou la maladie,
 - iii. le droit du demandeur à recevoir un paiement,
 - iv. l'âge du demandeur, et
 - v. le cas échéant, l'âge du bénéficiaire ; et

Si l'assureur l'exige, fournir un certificat satisfaisant sur la cause ou la nature de l'accident, de la maladie ou de l'invalidité pouvant faire l'objet d'une demande d'indemnisation en vertu du contrat, ainsi que sur la durée de la maladie ou de l'invalidité.

Défaut de notification ou de preuve

Le fait de ne pas notifier la demande ou de ne pas fournir la preuve de la demande dans le délai prévu par la présente condition n'invalide pas la demande si

1. l'avis ou la preuve est donné ou fourni dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, et en aucun cas plus d'un an après la date de l'accident ou la date à laquelle une réclamation prend naissance en vertu du contrat pour cause de maladie ou d'invalidité, et il est prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner l'avis ou de fournir la preuve dans le délai requis par cette condition, ou
2. en cas de décès de la personne assurée, si une déclaration de présomption de décès est nécessaire, l'avis ou la preuve est donné ou fourni au plus tard 1 an à compter de la date à laquelle un tribunal fait la déclaration.

Fourniture par l'assureur des formulaires de preuve de sinistre

L'assureur doit fournir des formulaires de preuve de sinistre dans les 15 jours suivant la réception de l'avis de sinistre, mais si le demandeur n'a pas reçu les formulaires dans ce délai, il peut soumettre sa preuve de sinistre sous la forme d'une déclaration écrite de la cause ou de la nature de l'accident, de la maladie ou de l'invalidité à l'origine du sinistre et de l'étendue de la perte.

Primes

Le montant total de la prime est dû et payable au moment de la souscription. La prime est calculée sur la base des tarifs les plus récents en fonction de votre âge à chaque fois que vous demandez ou prolongez votre assurance. Un tarif familial est disponible. La famille comprend le demandeur, âgé de 69 ans ou moins, son conjoint, âgé de 69 ans ou moins, et les enfants à charge. La prime pour la couverture familiale est calculée sur la base de deux fois la prime de l'adulte le plus âgé, âgé de 69 ans ou moins.

Droits d'examen

Comme condition préalable au recouvrement de l'argent de l'assurance en vertu du contrat,

- a) le demandeur doit donner à l'assureur l'occasion d'examiner la personne assurée quand et aussi souvent qu'il l'exige raisonnablement pendant que la demande d'indemnisation est en cours, et
- b) en cas de décès de la personne assurée, l'assureur peut exiger une autopsie, sous réserve de toute loi de la juridiction applicable relative aux autopsies.

Délai de paiement

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

Services d'assistance

Si vous avez besoin d'un traitement médical au cours de votre voyage, vous devez contacter Intrepid 24/7 immédiatement au :

- +1 (800) 203-8508 - sans frais depuis le Canada et les États-Unis
- +1 (416) 646-3107 - à frais virés si possible
- intrepid247@intrepid247.com

Centre d'appel d'urgence - Où que vous soyez, des professionnels de l'assistance sont prêts à répondre à votre appel 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Orientation - Intrepid 24/7 peut vous orienter vers des prestataires médicaux proches (hôpitaux, cliniques et médecins).

Informations sur les prestations - Des explications sur cette police sont mises à votre disposition et à celle des prestataires médicaux qui traitent la personne assurée.

Consultants médicaux - L'équipe de professionnels médicaux de Intrepid 24/7, disponible 24 heures sur 24, contrôlera les services fournis en cas d'urgence grave.

Facturation directe - Dans la mesure du possible et pour les services éligibles selon les termes de la police, Intrepid 24/7 demandera à l'hôpital ou à la clinique de facturer Intrepid 24/7 directement.

Informations sur les demandes de remboursement - Intrepid 24/7 répondra à toutes les questions que vous vous posez sur l'éligibilité de votre demande de remboursement, sur les procédures de vérification standard et sur la manière dont les prestations de cette police sont gérées. Intrepid 24/7 doit être contactée avant que vous ne receviez un traitement médical. Si vous n'êtes pas en mesure de le faire en raison de votre état de santé, une autre personne doit immédiatement contacter Intrepid 24/7 en votre nom. Il est de votre responsabilité de vous assurer que Intrepid 24/7a été contactée avant de recevoir un traitement médical ou dès que cela est raisonnablement possible.

Réclamations

Procédures de demande d'indemnisation

Il incombe à la personne assurée de fournir tous les documents décrits ci-dessous et de s'acquitter des frais éventuels liés à ces documents. Pour déposer une demande d'indemnisation, la personne assurée doit présenter :

- a) un formulaire de demande de remboursement entièrement complété (fourni par Intrepid 24/7 dès la notification de la demande de remboursement) ;
- b) toutes les factures originales détaillées du/des prestataire(s) médical(aux) indiquant le nom du patient, le diagnostic, toutes les dates et le type de traitement, ainsi que le nom de l'établissement médical et/ou du médecin ;
- c) les reçus originaux des médicaments prescrits (pas les reçus en espèces) du pharmacien, du médecin ou de l'hôpital indiquant le nom du médecin prescripteur, le numéro de l'ordonnance, le nom de la préparation, la date, la quantité et le coût total ;
- d) une copie du billet d'avion et du passeport confirmant les dates de voyage et d'entrée au Canada. Pour les voyages secondaires, la preuve du départ et du retour au Canada. Le type de preuve varie selon que vous avez voyagé en avion ou en voiture (par exemple, copies des billets d'avion, de l'itinéraire, des cartes d'embarquement, des reçus d'essence, des reçus d'hôtel, des reçus de repas, des reçus d'autoroute à péage, des reçus originaux de boutiques hors taxes).
- e) une preuve écrite de la demande d'indemnisation dans les 90 jours suivant la date de réception des services couverts par la présente police ;
- f) les renseignements supplémentaires relatifs à la demande de règlement de la personne assurée qui peuvent être exigés par Intrepid 24/7 après réception de la demande de règlement ;
- g) la partie non utilisée du billet d'avion de la personne assurée à destination de Intrepid 24/7, si la garantie de transport d'urgence est utilisée.

Tous les documents pertinents doivent être envoyés à Intrepid 24/7.