

Nous vous souhaitons un bon voyage en toute sécurité



Contrat d'assurance voyage Prestige

Entrée en vigueur : 1^{er} mai 2024

RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE VOTRE CONTRAT

L'assurance voyage est conçue pour couvrir les pertes attribuables à un événement soudain et imprévisible.

Avant de partir en voyage, il est important de lire *votre* contrat et de bien le comprendre, car certaines restrictions et exclusions peuvent s'appliquer à votre protection.

Votre contrat pourrait ne pas couvrir les *affections médicales* et/ou les symptômes qui existaient avant *votre* voyage. Vérifiez si *votre* contrat prévoit une telle exclusion et comment elle s'applique relativement au *jour de votre départ*, à la date de souscription ou à la *date d'entrée en vigueur*.

Dans l'éventualité d'un *accident*, d'une *blessure* ou d'une *maladie* donnant lieu à une demande de règlement, vos antécédents médicaux pourraient être examinés.

En cas d'urgence médicale, vous devez immédiatement en aviser le Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson avant de solliciter des soins médicaux. Si votre état de santé vous empêche d'appeler, une autre personne doit le faire en votre nom aussitôt que possible. Si vous (ou une autre personne agissant en votre nom) n'appellez pas dès que l'urgence survient ou dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, les *frais admissibles* seront remboursés à hauteur de 70 % des *frais habituels et raisonnables*. Le reste des frais sera à votre charge.

IMPORTANT : Vous devez communiquer avec le **CENTRE D'ASSISTANCE POUR DEMANDES DE RÈGLEMENT JOHNSON** avant d'obtenir tout traitement. Si vous omettez de le faire dans les délais prescrits, les prestations versées au titre de votre contrat pourraient être limitées. **La prise en charge de certains frais et services ouvrant droit à indemnité au titre du présent contrat doit être approuvée et coordonnée au préalable par le Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson.**

EN CAS D'URGENCE MÉDICALE

**Vous devez communiquer immédiatement avec le
Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson:**

Du Canada/des É.-U : **1 800 709-3420**

Du Mexique : **800 514-7983**

De tout autre pays : **819 566-1002** (à frais virés)

VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT LE PRÉSENT CONTRAT.

Ce contrat contient une disposition qui enlève ou limite le droit de l'*assuré* de désigner des personnes à qui ou au bénéfice de qui les sommes assurées doivent être versées.

Le présent contrat comporte des clauses qui pourraient restreindre la protection.

DROIT D'EXAMEN DU CONTRAT: S'il s'agit du contrat initial, le *proposant* a le droit de résilier ce contrat dans les 10 jours suivant sa réception et de recevoir un remboursement intégral. Sur demande, le présent contrat sera considéré comme n'ayant jamais été en vigueur et l'*assureur* n'aura aucune responsabilité au titre de la présente assurance. Si le *proposant* souhaite annuler sa couverture, il doit informer immédiatement l'*administrateur* et ce dernier doit recevoir une confirmation écrite dans les 10 jours suivant la réception du contrat. Dans le cas d'un nouveau contrat émis après le contrat initial, voir l'article I « Renseignements généraux », au paragraphe H « Résiliation et remboursement de primes ».

PRESTIGE – TABLE DES MATIÈRES

Les termes en italiques ont une signification précise, qui est expliquée à l'article « Définitions » à la page 31.

I	Renseignements généraux	4
A	Admissibilité.....	4
B	Souscription.....	4
C	Païement de vos primes.....	5
D	Choix de protection.....	5
E	Début et fin de votre protection.....	5
F	Prolongation de votre voyage.....	7
G	Prolongation d'office de la protection.....	7
H	Résiliation et remboursement de primes.....	8
II	Caractéristiques du Régime PRESTIGE	10
A	Régime de base 62 jours.....	10
B	Régime de base 93 jours.....	10
C	Régime complémentaire.....	11
D	Option d'une franchise.....	12
III	Garanties du Régime PRESTIGE pour frais médicaux d'urgence et frais non-médicaux	13
A	Garanties d'assurance Frais médicaux d'urgence.....	13
B	Garanties d'assurance Frais non médicaux.....	18
IV	Exclusions et restrictions	24
V	Définitions	31
VI	Services d'assistance voyage	37
A	Quand devriez-vous appeler le Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson?.....	37
B	Quels sont les services d'assistance offerts?.....	37
VII	Demandes de règlement	39
VIII	Dispositions générales	43
IX	Conditions légales	44
X	Votre vie privée	46
XI	Coordonnées de Johnson Inc.	47

I RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

A Admissibilité

Pour être admissible à l'assurance voyage Prestige, vous devez :

- a) être un *membre*, ou un *conjoint* ou une *personne à charge* d'un *membre*;
- b) être résident canadien;
- c) être assuré au titre de votre *régime d'assurance maladie provincial ou territorial*; et
- d) être inscrit au régime d'assurance-maladie complémentaire du groupe ou de la société proposant le régime.

Une *personne à charge* peut être couverte par la protection de couple ou familiale (voir l'article I « RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX », au paragraphe D « Choix de protection »), mais ne peut pas souscrire cette assurance à titre individuel.

B Souscription

Pour souscrire l'assurance, vous devez remplir la proposition d'assurance et la faire parvenir à l'*administrateur*, accompagné d'un spécimen de chèque personnel portant la mention « ANNULÉ ». Les primes seront acquittées par prélèvements automatiques sur le compte. La *date d'entrée en vigueur* de l'assurance est la date à laquelle l'*administrateur* reçoit votre proposition d'assurance dûment remplie, signée et datée. Pour que l'assurance entre en vigueur, l'*administrateur* doit recevoir votre proposition d'assurance dûment remplie avant votre *jour de départ*.

Votre contrat offre une caractéristique additionnelle qui vise à vous fournir un nouveau Régime de base 62 jours ou 93 jours, à partir du jour suivant immédiatement la *date d'échéance* de votre contrat d'assurance actuel, en fonction des options choisies pour le régime de base de l'*année d'assurance* précédente. Le nouveau régime de base est établi pour une période maximale de 365 jours, à partir de la *date d'entrée en vigueur* du nouveau contrat. À la *date d'entrée en vigueur* du nouveau régime de base, le choix du Régime de base 93 jours et/ou le *montant de la franchise* peut être modifié uniquement dans les 60 jours suivant la date de prélèvement de la première prime pour l'*année d'assurance* en question, pourvu qu'aucune demande de règlement n'ait été présentée ou ne soit en cours.

Vous recevrez un préavis écrit confirmant l'établissement de votre Régime de base 62 jours ou 93 jours en vertu des modalités du nouveau contrat et les nouveaux taux de primes en vigueur pour la nouvelle *année d'assurance*.

La protection prendra effet à la *date d'entrée en vigueur* du nouveau Régime de base 62 jours ou 93 jours, sous réserve de paiement de la prime exigible, à moins que vous ne fournissiez un avis de résiliation écrit à l'*administrateur* dans les 60 jours suivant la date de prélèvement de la première prime pour la nouvelle *année d'assurance*, ou à moins que l'*administrateur* ne vous fournisse un avis de résiliation écrit dans les

60 jours suivant la date de prélèvement de la première prime pour la nouvelle *année d'assurance*. Si vous ne répondez plus aux critères d'admissibilité stipulés dans le contrat, vous devez immédiatement en aviser l'administrateur.

C Paiement de vos primes

Les primes sont payées au moyen de prélèvements bancaires préautorisés. Les primes du Régime complémentaire sont fondées sur les paliers de durée totale du voyage, soit de 94 à 98, de 99 à 107, de 108 à 122, de 123 à 137, de 138 à 152, de 153 à 167, de 168 à 182, de 183 à 197, et de 198 à 212 jours. Par exemple, la prime pour un voyage de 99 jours serait la même que pour un voyage de 104 jours, puisque les Régimes complémentaires prévoient une prime fixe pour une durée totale du voyage allant de 99 à 107 jours. **En cas d'adhésion à au moins deux Régimes complémentaires au cours d'une année d'assurance, la prime totale liée à la durée totale du voyage pour chaque Régime complémentaire doit être payée.**

En cas d'adhésion à un nouveau Régime de base 62 jours ou Régime de base 93 jours après le début de l'*année d'assurance*, la prime pour votre Régime de base 62 jours ou 93 jours sera calculée au prorata de la *date d'entrée en vigueur* à la *date d'échéance*. Si vous avez initialement adhéré au Régime de base 62 jours et souhaitez passer au Régime de base 93 jours pendant l'*année d'assurance*, vous devez payer la prime exigible pour toute l'*année d'assurance* aux termes du Régime de base 93 jours, moins tout montant que vous avez déjà payé pour votre Régime de base 62 jours pendant l'*année d'assurance*.

Si une prime mensuelle n'est pas acquittée à son échéance pour quelque raison que ce soit, un avis de paiement en souffrance vous sera envoyé, sauf pour la prime initiale. Le montant dû plus des frais administratifs seront ajoutés au prélèvement de prime suivant. Un délai de grâce de 30 jours est accordé pour chaque prime exigible après le paiement initial. La protection prendra fin le dernier jour du délai de grâce, si le montant exigible n'est pas acquitté au complet à cette date et un avis de résiliation vous sera envoyé.

D Choix de protection

Au moment de l'adhésion, les choix de protection suivants sont offerts si vous payez la prime nécessaire :

- Protection individuelle : offerte à un *membre* ou à son *conjoint*;
- Protection de couple : offerte à un *membre* et à son *conjoint*, ou à un *membre* et à une *personne à charge*;
- Protection familiale : offerte à un *membre*, à son *conjoint* et à ses *personnes à charge*.

E Début et fin de votre protection

Pour chaque voyage, vos garanties d'assurance Frais médicaux d'urgence entrent en vigueur le jour de votre départ de votre province ou territoire de résidence.

Concernant les voyages effectués à l'extérieur du Canada, vos garanties d'assurance Frais médicaux d'urgence de votre Régime de base 62 jours ou 93 jours prennent fin à la première des éventualités suivantes :

- a) le jour de votre retour dans votre province ou territoire de résidence;
- b) si vous avez choisi le Régime de base 62 jours, le jour à partir duquel vous avez passé plus de 62 jours consécutifs à l'extérieur du Canada, y compris le jour où vous avez quitté le Canada;
- c) si vous avez choisi le Régime de base 93 jours, le jour à partir duquel vous avez passé plus de 93 jours consécutifs à l'extérieur du Canada, y compris le jour où vous avez quitté le Canada.

Pour les voyages hors de votre province ou territoire de résidence, mais au Canada, vos garanties d'assurance Frais médicaux d'urgence prennent fin à la date réelle de votre retour dans votre province ou territoire de résidence.

Si vous avez adhéré au Régime complémentaire, votre couverture comprend la garantie supplémentaire sélectionnée pour un voyage unique à l'extérieur du Canada d'une durée de plus de 93 jours consécutifs, comme indiqué sur votre confirmation des protections. Pour souscrire un Régime complémentaire, un Régime de base 93 jours est requis.

La protection de votre Régime complémentaire d'assurance pour un voyage unique commence le jour de votre départ du Canada, comme l'indique votre confirmation des protections.

La protection de votre Régime complémentaire pour un voyage unique prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- a) le jour de votre retour dans votre province ou territoire de résidence; ou
- b) le jour où vous excédez le nombre maximal de jours achetés pour votre voyage unique au titre du Régime complémentaire, à compter du jour où vous quittez le Canada, comme indiqué sur votre confirmation des protections.

Cependant, si vous revenez dans votre province ou territoire de résidence pour une visite temporaire imprévue avant le jour de votre retour indiqué sur votre confirmation des protections, et à condition que vous n'ayez pas présenté de demande de règlement au titre de votre Régime complémentaire et n'ayez pas reçu de traitement médical pour une affection médicale (autre qu'une affection mineure) pendant votre séjour dans votre province ou territoire de résidence, la protection de votre Régime complémentaire peut être maintenue en vigueur sans prime additionnelle une fois que vous aurez quitté votre province ou territoire de résidence pour poursuivre votre voyage. La prime pour le nombre de jours compris dans votre période de retour temporaire ne sera ni remboursée ni émise de nouveau. Si, pendant votre séjour, vous recevez des soins ou un traitement médical pour une affection médicale (autre qu'une affection mineure), votre Régime complémentaire prendra fin et vous pourriez avoir droit à un remboursement partiel (veuillez consulter l'article I « RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX », au paragraphe H « Résiliation et remboursement de primes »).

Au titre de la garantie Annulation de voyage pour le Régime de base 62 jours ou 93 jours ou le Régime complémentaire, *vo*tre protection entre en vigueur le *jour de la réservation* de *vo*tre voyage lorsque *vo*tre contrat d'assurance est en vigueur le *jour de la réservation* de *vo*tre voyage. Si *vous* avez réservé *vo*tre voyage avant l'entrée en vigueur de la présente assurance, *vo*tre garantie d'assurance Annulation de voyage entrera en vigueur à la date à laquelle la prime est acquittée et le contrat d'assurance est établi.

*Vo*tre protection au titre de la garantie d'assurance Annulation de voyage prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- a) le *jour de vo*tre *départ*;
- b) le jour de la survenance de l'événement couvert entraînant l'annulation de *vo*tre voyage;
- c) la date où *vous* annulez *vo*tre voyage.

Remarque : Pour les demandes de règlement se rapportant à une *blessure* ou une *maladie*, le jour de la survenance de l'événement couvert sera réputé être la date de diagnostic de la nouvelle *affection médicale* ou la date à laquelle un *médecin* *vous* avise que *vo*tre *affection médicale* nécessite le report ou l'annulation de *vo*tre voyage.

Après la date de la survenance de l'événement couvert, aucune prestation ne sera payable pour les frais d'annulation engagés, ni pour les paiements supplémentaires effectués pour *vo*tre voyage.

F Prolongation de *vo*tre voyage

Si *vous* souhaitez prolonger *vo*tre voyage et que *vous* n'avez présenté aucune demande de règlement ou que *vous* n'avez aucune raison de croire que *vous* le ferez, *vous* devez communiquer avec l'*administrateur* pour demander la prolongation de la protection avant la *date marquant la fin du voyage* en cours. Si *vous* êtes admissible à la prolongation de *vo*tre protection, une confirmation écrite *vous* sera envoyée et *vo*tre prime sera rajustée en conséquence à la date de prélèvement de la prime mensuelle suivante. Si *vous* avez présenté une demande de règlement ou que *vous* avez une raison de croire que *vous* le ferez, *vo*tre demande de prolongation devra être approuvée par l'*assureur*. En l'absence de l'approbation écrite de l'*assureur*, les *affections médicales* préexistantes pourraient ne pas être couvertes. Reportez-*vous* à l'alinéa 24 de l'article IV « Exclusions et restrictions ».

G Prolongation d'office de la protection

La protection est automatiquement prolongée au-delà de la *date marquant la fin du voyage*, à condition que *vous* répondiez toujours aux critères d'admissibilité précisés à l'alinéa A « Admissibilité » de l'article I « RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX », dans les cas suivants :

1. **Hospitalisation** – Cette assurance prévoit la prolongation d'office de la protection si, à la *date marquant la fin du voyage*, *vous*, *vo*tre *compagnon de voyage* ou un *membre de vo*tre *famille* qui voyage avec *vous* êtes confiné à l'*hôpital* en raison d'une *urgence*. La protection restera alors en vigueur tant que *vous*, *vo*tre

compagnon de voyage ou un *membre de votre famille* demeurez confiné à l'hôpital et cette protection sera prolongée jusqu'à 5 jours après la sortie de l'hôpital.

2. **Urgence médicale empêchant le voyage** – La protection est prolongée d'office pour une durée maximum de 5 jours si, à la *date marquant la fin du voyage*, vous, votre *compagnon de voyage* ou un *membre de votre famille* qui voyage avec vous n'êtes pas en mesure de voyager en raison d'une *urgence médicale* qui ne nécessite pas d'hospitalisation.
3. **Médicalement inapte à voyager** – Si vous, votre *compagnon de voyage* ou un *membre de votre famille* qui voyage avec vous êtes médicalement inapte à voyager en raison d'une *urgence*, votre protection restera en vigueur pendant la période d'inaptitude de cette personne et jusqu'à 5 jours après la date où le *médecin* traitant ou le *transporteur public* juge que la personne est assez stable pour regagner la résidence principale ou la *province ou le territoire de résidence*.
4. **Retard de transport** – Une prolongation automatique de la protection jusqu'à 72 heures s'applique lorsque :
 - a) le retard du *transporteur public* avec lequel vous deviez voyager empêche votre retour prévu à votre résidence principale ou à votre *province ou territoire de résidence*; ou
 - b) le *véhicule* particulier dans lequel vous voyagez est impliqué dans un accident ou subit une panne mécanique qui vous empêche de retourner à votre résidence principale ou votre *province ou territoire de résidence* le jour de votre retour ou avant; ou
 - c) vous devez repousser votre jour de retour à votre résidence principale ou à votre *province ou territoire de résidence* par le moyen de transport personnel que vous utilisez pour voyager en raison de conditions météorologiques extrêmes le jour de votre retour.

Vous devez aviser le Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson dans les cas précités avant la date marquant la fin du voyage. Si vous n'avez pas le Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson avant cette date, votre couverture pourrait ne pas être prolongée.

En aucun cas, la protection ne sera prolongée plus de 365 jours à compter du jour de votre départ.

H Résiliation et remboursement de primes

Sous réserve des dispositions suivantes, vous pouvez faire une demande de résiliation ou de remboursement de primes. Toutes les demandes doivent être faites par écrit auprès de l'administrateur :

- a) Votre Régime de base 62 jours ou 93 jours ne peut être résilié après la *date d'entrée en vigueur*, et toutes les primes en souffrance sont exigibles, sauf dans les circonstances suivantes :
 - Advenant votre décès, un remboursement partiel peut être offert, pourvu qu'aucune demande de règlement n'ait été soumise. Dans de tels cas,

l'*administrateur* doit recevoir une preuve de décès et le montant du remboursement sera versé à *votre* succession.

- Dans le cas d'un nouveau contrat émis après le contrat initial, *vous* avez le droit d'annuler la protection et de recevoir un remboursement de primes en fournissant à l'*administrateur* une demande écrite de résiliation de la protection, dans les 60 jours suivant la date de prélèvement de la première prime pour l'*année d'assurance* en question, à condition que *vous* n'ayez présenté aucune demande de règlement.

b) Un remboursement intégral, un remboursement partiel ou un rajustement des primes peut être proposé en vertu du Régime complémentaire dans les circonstances suivantes :

- Avant le *jour de votre départ*, *vous* pouvez annuler votre Régime complémentaire ou réduire le nombre de jours de couverture achetés.
- Si une situation couverte par la présente assurance se produit avant le *jour de votre départ* et *vous* oblige à annuler le *voyage*, *vous* pouvez demander un remboursement de primes pour les jours de protection inutilisés au titre du Régime complémentaire ou un changement de vos dates de *voyage* au titre du Régime complémentaire.
- En cas de retour anticipé d'un *voyage*, *vous* pouvez demander un remboursement partiel ou un rajustement des primes, pourvu qu'aucune demande de règlement liée à la garantie Frais médicaux d'*urgence*, Bagages ou Interruption et retard de voyage n'ait été soumise ou ne soit en cours de soumission au titre du Régime complémentaire. La preuve de retour anticipé doit être fournie sous la forme d'un passeport estampillé, d'un billet d'avion ou d'une carte d'embarquement, d'un relevé de carte de crédit, d'un bordereau de passage frontalier ou de tout document signé et daté prouvant *votre retour dans votre province ou territoire de résidence*.

Un remboursement partiel ou un ajustement de la prime n'est possible que si le changement de *votre* durée totale de *voyage* entraîne une prime différente. Veuillez consulter l'alinéa C « Paiement de vos primes » de l'article I « RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX » pour plus de renseignements sur les paliers de durée totale du *voyage* au titre du Régime complémentaire.

II CARACTÉRISTIQUES DU RÉGIME PRESTIGE

L'assurance voyage Prestige fournit les garanties d'assurance Frais médicaux d'urgence et Frais non-médicaux présentées ci-après. Les garanties d'assurance Frais médicaux d'urgence s'appliquent aux voyages hors de *votre province ou territoire de résidence*. Sauf indication contraire, toutes les sommes indiquées pour la présente assurance sont exprimées en monnaie canadienne. Toutes les garanties sont assujetties aux exclusions et restrictions stipulées à l'article IV.

A RÉGIME DE BASE 62 JOURS

Le Régime de base 62 jours comprend ce qui suit :

Des garanties d'assurance Frais médicaux d'urgence, jusqu'à concurrence d'un montant global de 10 000 000 \$ par *personne assurée*, par *voyage*, pour un nombre illimité de *voyages* à l'extérieur du Canada, sous réserve d'une durée maximale de 62 jours consécutifs. Aucune durée maximale ne s'applique aux *voyages* que vous effectuez hors de *votre province ou territoire de résidence*, mais au Canada, pendant *l'année d'assurance*. En cas de demande de règlement, une preuve attestant que vous avez quitté *votre province ou territoire de résidence* est exigée.

Pour les *voyages* comprenant à la fois des excursions au Canada et à l'extérieur du Canada, vous pouvez vous rendre à l'extérieur du Canada plusieurs fois, jusqu'à concurrence de 62 jours consécutifs chaque fois que vous quittez le Canada, incluant le jour où vous quittez le Canada. Au titre du Régime de base 62 jours, vous ne pouvez pas passer plus de 62 jours consécutifs à l'étranger sans retourner au Canada. Pour obtenir plus de renseignements sur la fin de *votre* protection au titre de *votre* Régime de base 62 jours, veuillez vous reporter à l'alinéa E « Début et fin de *votre* protection » de l'article I « RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX ».

Si vous passerez plus de 62 jours consécutifs à l'étranger sans retourner au Canada, vous devez passer à un Régime de base 93 jours. Si *votre* séjour à l'étranger dure plus de 93 jours, vous devez adhérer au Régime complémentaire jusqu'à la date de *votre* retour dans *votre province ou territoire de résidence*.

Les garanties d'assurance Frais non médicaux comprennent une protection Annulation, Interruption et Retard de voyage jusqu'à concurrence de 8 000 \$ par *personne assurée*, par *voyage*. Cette protection s'applique uniquement aux *voyages* réservés avant *votre jour de départ*.

B RÉGIME DE BASE 93 JOURS

Le Régime de base 93 jours comprend ce qui suit :

Des garanties d'assurance Frais médicaux d'urgence, jusqu'à concurrence d'un montant global de 10 000 000 \$ par *personne assurée*, par *voyage*, pour un nombre

illimité de voyages à l'extérieur du Canada, sous réserve d'une durée maximale de 93 jours consécutifs. Aucune durée maximale ne s'applique aux voyages que vous effectuez hors de *votre province ou territoire de résidence* , mais au Canada, pendant l'année d'assurance. En cas de demande de règlement, une preuve attestant que vous avez quitté *votre province ou territoire de résidence* est exigée.

Pour les voyages comprenant à la fois des excursions au Canada et à l'extérieur du Canada, vous pouvez vous rendre à l'extérieur du Canada plusieurs fois, jusqu'à concurrence de 93 jours consécutifs chaque fois que vous quittez le Canada, incluant le jour où vous quittez le Canada. Au titre du Régime de base 93 jours, vous ne pouvez pas passer plus de 93 jours consécutifs à l'étranger sans retourner au Canada. Pour obtenir plus de renseignements sur la fin de votre protection au titre de votre Régime de base 93 jours, veuillez vous reporter à l'alinéa E « Début et fin de votre protection » de l'article I « RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX ».

Si vous prévoyez passer plus de 93 jours consécutifs à l'étranger sans retourner au Canada, vous devez adhérer au Régime complémentaire jusqu'à la date de votre retour dans *votre province ou territoire de résidence* .

Les garanties d'assurance Frais non médicaux comprennent une protection Annulation, Interruption et Retard de voyage jusqu'à concurrence de 8 000 \$ par personne assurée, par voyage. Cette protection s'applique uniquement aux voyages réservés avant *votre jour de départ* .

C RÉGIME COMPLÉMENTAIRE

Si vous avez adhéré au Régime complémentaire, votre garantie comprend la garantie supplémentaire pour un voyage unique à l'extérieur du Canada d'une durée de plus de 93 jours consécutifs, comme indiqué sur *votre confirmation des protections* . Vous devez souscrire une garantie pour le nombre de jours nécessaire afin de couvrir la totalité de *votre voyage* d'une durée de plus de 93 jours consécutifs. La garantie doit couvrir la période allant de la date de *votre départ* du Canada à la date de votre retour dans *votre province ou territoire de résidence* . La protection offerte couvre jusqu'à concurrence du nombre maximal de jours permis en vertu du *régime d'assurance maladie provincial ou territorial* de *votre province ou territoire de résidence* .

La période complète de *votre voyage* unique couvert par votre Régime complémentaire, comme indiqué sur *votre confirmation des protections* , doit s'étendre du *jour de votre départ* du Canada au jour de *votre retour* dans *votre province ou territoire de résidence* . Si vos dates de voyage changent avant *votre départ* du Canada, vous devez communiquer avec l'administrateur pour faire en sorte que votre garantie soit en vigueur pour *votre voyage* .

Un Régime de base 93 jours est requis pour souscrire un Régime complémentaire.

Si vous souscrivez deux Régimes complémentaires ou plus, la prime intégrale pour tous les voyages doit être acquittée.

Les garanties d'assurance Frais non médicaux comprennent une protection Annulation, Interruption et Retard de voyage jusqu'à concurrence de 8 000 \$ par personne assurée, par voyage. Cette protection s'applique uniquement aux voyages réservés avant votre jour de départ.

Modification de votre jour de départ ou jour de retour

En cas de modification de votre jour de départ ou de votre jour de retour, telles qu'elles sont précisées sur votre confirmation des protections, vous devez communiquer avec l'administrateur avant votre jour de départ ou, si vous êtes déjà parti en voyage, avant la date d'échéance de votre protection actuelle. Une preuve de votre jour de départ sera requise lors d'une demande de règlement. Sauf indication contraire, votre protection débutera et prendra fin conformément aux dispositions de l'alinéa E « Début et fin de votre protection » de l'article I « Renseignements généraux ».

D OPTION D'UNE FRANCHISE

Le montant de la franchise (s'il y a lieu) est indiqué sur votre confirmation des protections. Le montant de la franchise s'applique à chaque demande de règlement indépendante, à l'égard des prestations versées au titre des garanties d'assurance Frais médicaux d'urgence seulement. La franchise ne s'applique pas aux garanties Annulation, Interruption et Retard de voyage.

Si le montant de la franchise s'applique (tel qu'il est indiqué sur votre confirmation des protections), les prestations payables se limitent aux frais admissibles décrits dans votre contrat d'assurance, après l'application de la franchise.

Vous devez choisir le montant de la franchise optionnelle (s'il y a lieu) au moment de votre souscription de l'assurance ou à la date d'entrée en vigueur. À la date d'entrée en vigueur d'un nouveau régime de base, vous ne disposez que de 60 jours à compter de la date de prélèvement de la première prime pour l'année d'assurance en question pour modifier le montant de la franchise optionnelle ou sélectionner une franchise, pourvu qu'aucune demande de règlement n'ait été présentée ou ne soit en cours.

III GARANTIES DU RÉGIME PRESTIGE POUR FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE ET FRAIS NON-MÉDICAUX

A GARANTIES D'ASSURANCE FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE

L'assurance voyage Prestige prend en charge les *frais habituels et raisonnables* engagés en raison d'une *urgence* médicale, jusqu'à concurrence des montants stipulés et sous réserve d'un maximum global de 10 000 000 \$ par personne assurée, par voyage, pour un nombre illimité de voyages assurés hors de votre province ou territoire de résidence, et qui sont en excédent du montant de la franchise indiquée sur votre confirmation des protections. La protection couvre la portion en excédent des frais médicaux pris en charge par votre régime d'assurance maladie provincial ou territorial ou tout autre régime d'assurance, pour un traitement d'urgence nécessaire d'un point de vue médical pendant un voyage.

Vous devez communiquer avec le Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson avant de solliciter des soins médicaux. Si votre état de santé vous empêche de le faire, quelqu'un d'autre (par exemple un membre de votre famille, un ami, un(e) infirmier(ère), un médecin ou un fournisseur de soins médicaux) doit communiquer avec le Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson en votre nom, dès qu'il est raisonnablement possible de le faire. Si vous ou une autre personne agissant en votre nom ne communiquez pas le Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson joignable 24 heures sur 24, ou si vous choisissez de recevoir des soins auprès d'un fournisseur de soins médicaux non recommandé, votre protection ne prendra en charge que 70 % des *frais admissibles* payables au titre des garanties d'assurance Frais médicaux d'urgence. Le reste des frais sera à votre charge.

IMPORTANT : Le Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson doit approuver et coordonner au préalable la prise en charge des *frais admissibles* liés aux éléments 1 à 8. Pour vous faire rembourser les *frais* liés aux éléments 9 à 13, vous devez soumettre les originaux de reçus au moment de la demande de règlement.

Tous les frais et garanties au titre de cette assurance sont assujettis aux exclusions et restrictions décrites à l'article IV.

Voici les *frais admissibles* :

1. Frais médicaux d'urgence – Les frais suivants engagés pour un traitement d'urgence sont couverts :

- a) chambre d'hôpital avec repas, notamment dans une unité de soins intensifs ou de soins coronariens, séjour en salle commune, chambre à deux lits ou chambre à un lit si le médecin traitant juge qu'une chambre à un lit est nécessaire d'un point de vue médical;
- b) autres services et fournitures hospitaliers;

- c) soins médicaux, chirurgicaux ou anesthésiques dispensés par un *médecin* autorisé;
- d) radiographies et tests diagnostiques;
- e) utilisation d'une salle d'opération, anesthésie et pansements chirurgicaux;
- f) service ambulancier terrestre autorisé;
- g) salle d'urgence en consultation externe;
- h) provision maximale de 30 jours de médicaments sur ordonnance ou de médicaments prescrits par un *médecin*;
- i) location d'un fauteuil roulant, ou location ou achat de petits appareils médicaux (béquilles, appareils orthopédiques et autres appareils médicaux indispensables).

2. Transport ou évacuation d'urgence par voie aérienne – Cette garantie couvre les éléments ci-après, lorsqu'ils sont nécessaires d'un point de vue médical et approuvés et coordonnés au préalable par le *Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson*:

- a) le transport par ambulance aérienne vers l'établissement médical approprié le plus proche ou un *hôpital* au Canada;
- b) le coût d'un billet aller simple en classe économique par l'itinéraire le plus économique pour retourner à *votre province ou territoire de résidence*;
- c) le prix du billet aller-retour d'un accompagnateur médical qualifié, en classe économique à bord d'un avion de ligne, ainsi que les honoraires et frais habituellement exigés par un tel accompagnateur, pour *vous accompagner jusqu'à votre province ou territoire de résidence*;
- d) les frais engagés pour (i) une place en classe économique, ou (ii) le nombre de places en classe économique nécessaires pour *vous transporter en civière jusqu'à votre province ou territoire de résidence* à la suite d'une hospitalisation attribuable à une *urgence*.

3. Soins infirmiers privés – Cette garantie couvre, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par *personne assurée*, les soins infirmiers privés (à l'*hôpital* uniquement) d'un(e) *infirmier(ère)* autorisé(e) diplômé(e), lorsque ceux-ci sont *nécessaires d'un point de vue médical*.

4. Transport au chevet du malade – Cette garantie couvre le prix d'un billet aller-retour en classe économique, par l'itinéraire le plus économique (avion, autobus ou train) pour le transport d'un *membre de votre famille* ou d'un ami proche, du Canada jusqu'à *votre chevet* :

- a) si *vous* êtes hospitalisé pendant au moins 3 jours consécutifs et que *vous* voyagez seul;
- b) si *vous* et *votre compagnon de voyage* êtes tous les deux hospitalisés pendant au moins 3 jours consécutifs;
- c) si *vous* êtes hospitalisé alors que *vous* voyagez avec des enfants de moins de 21 ans qui sont *vos personnes à charge*;
- d) pour identifier, s'il y a lieu, la dépouille d'une *personne assurée* avant son rapatriement.

Pour que les frais liés aux alinéas a) à c) ci-dessus soient pris en charge, *votre médecin traitant doit confirmer par écrit que la gravité de votre problème de santé justifie la visite.*

Le *Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson* doit approuver et coordonner au préalable la prise en charge de ces frais.

REMARQUE : Le *membre de votre famille* ou l'ami proche qui se rend à *votre chevet* n'est pas couvert par cette assurance.

- 5. Retour accompagné d'un enfant à charge, d'un petit-enfant, d'une nièce ou d'un neveu mineur** – Si une *personne à charge* ou un petit-enfant, une nièce ou un neveu mineur voyageant avec *vous* lors du même voyage doit rester seul en raison de *votre* hospitalisation, et que celle-ci dure 48 heures ou plus, ou si *vous* devez retourner au Canada à cause d'une *urgence* médicale, cette garantie couvre :
- a) le prix supplémentaire d'un billet aller simple en classe économique par l'itinéraire le plus direct afin que la *personne à charge*, le petit-enfant, la nièce ou le neveu regagne *votre province ou territoire de résidence*; et
 - b) le prix d'un billet aller-retour en classe économique pour un accompagnateur; si le *Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson* juge la présence de l'accompagnateur nécessaire.

Pour que cette protection s'applique, *votre personne à charge*, petit-enfant, nièce ou neveu doit avoir moins de seize (16) ans.

- 6. Retour de la dépouille ou enterrement** – Si *votre* décès survient pendant un voyage, cette garantie couvre les frais suivants, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par *personne assurée* :
- a) préparation de *votre* dépouille (y compris la crémation); et/ou
 - b) retour de *votre* dépouille ou de vos cendres dans *votre province ou territoire de résidence*; et/ou
 - c) inhumation sur place.
- Cette garantie ne couvre pas le coût d'un cercueil ou d'une urne.

- 7. Retour du véhicule** – Cette garantie couvre les *frais admissibles* que *vous* engagez pour le retour du *véhicule*, jusqu'à concurrence de 5 000 \$, si les conseillers médicaux du *Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson*, en consultation avec *votre médecin traitant* (s'il y a lieu), déterminent qu'en raison de *votre maladie, blessure* ou décès survenant au cours du voyage à l'extérieur de *votre province ou territoire de résidence*, ni *vous* ni *votre compagnon de voyage* n'êtes en état de conduire *votre propre véhicule* ou celui que *vous* avez loué.

Les *frais admissibles* suivants sont remboursables :

- a) le coût du retour, par une agence de location commerciale, du *véhicule* jusqu'à *votre province ou territoire de résidence*, dans les 30 jours suivant *votre* retour au Canada; ou
- b) les frais nécessaires et raisonnables qu'une personne engage pour retourner le *véhicule* en *votre* nom (essence, repas, hébergement pour une nuitée et billet d'avion aller simple en classe économique).

Cette garantie ne couvre pas les frais engagés par quiconque voyageant avec la personne qui retourne le *véhicule*. Les reçus commerciaux originaux doivent être fournis à l'appui de la demande de remboursement. Les autres frais, y compris le remboursement de kilométrage ou la perte de revenu de la personne qui conduit le *véhicule*, ne sont pas couverts. Les prestations ne sont payables que si le *Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson* a approuvé et coordonné la prise en charge au préalable.

- 8. Retour des animaux de compagnie** – Si vous devez interrompre votre voyage et que vous êtes admissible à la protection Interruption et Retard de voyage (après le jour de départ), cette garantie couvre les frais d'un billet aller simple que vous engagez, jusqu'à concurrence de 500 \$, pour le retour de votre animal ou vos animaux de compagnie jusqu'à votre province ou territoire de résidence. Tous les autres frais associés au retour de l'animal ou des animaux sont à votre charge.

La garantie Retour des animaux de compagnie s'applique également si vous avez regagné le Canada comme indiqué à la garantie 2 (Transport ou évacuation d'urgence par voie aérienne).

- 9. Physiothérapie et autres services professionnels** – Lorsque les services sont prescrits par un médecin et approuvés au préalable par le *Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson*, cette garantie couvre les services professionnels d'un ostéopathe, d'un podiatre, d'un physiothérapeute, d'un chiropraticien ou d'un podologue, durant votre voyage, jusqu'à concurrence de 500 \$ par profession et par personne assurée.

- 10. Soins dentaires d'urgence** – Cette garantie couvre, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par personne assurée, le coût de réparation ou de remplacement des dents naturelles (y compris les coiffes dentaires ou les couronnes) ou des prothèses dentaires permanentes nécessaires à la suite d'une blessure accidentelle à la bouche (causée par un coup accidentel d'origine externe à la bouche). Les accidents résultant de la mastication ne sont pas couverts. Les soins doivent être administrés par un dentiste ou un chirurgien-dentiste autorisé.

Pour qu'ils soient pris en charge, les soins dentaires d'urgence doivent commencer dans les 30 jours suivant la date de la blessure. Si les soins ne peuvent être administrés dans les 30 jours en raison de la nature de l'urgence, ils doivent l'être au plus tard 365 jours suivant la date de la blessure.

En plus du formulaire de demande de règlement nécessaire, vous devez soumettre au moins un des documents suivants :

- a) rapport officiel de police ou d'accident;
- b) rapport d'un dentiste, d'un chirurgien-dentiste ou d'un médecin autorisé; et/ou
- c) rapport d'un hôpital ou d'un établissement médical.

- 11. Soins dentaires d'urgence pour soulager la douleur** – Cette garantie couvre les frais de traitement d'urgence palliatif pour soulager la douleur dentaire, jusqu'à concurrence de 600 \$ par personne assurée. Cette garantie ne prend pas en charge les soins et traitements dentaires courants, les traitements de canal et les autres procédures, sauf s'ils ont été approuvés par le *Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson* et s'ils sont administrés par un dentiste ou un chirurgien-dentiste autorisé.

- 12. Frais hospitaliers accessoires** – Cette garantie *vous* couvre, sous réserve d'un maximum de 250 \$, pour les frais accessoires engagés, notamment pour la location d'une télévision et d'un téléphone, pourvu que *vous* soyez hospitalisé pendant 48 heures ou plus.
- 13. Frais d'hôtel et de repas supplémentaires** – Cette garantie couvre les frais indispensables de repas et d'hébergement à l'hôtel, d'appels téléphoniques et de transport terrestre, jusqu'à concurrence de 350 \$ par jour, sous réserve d'un maximum de 3 500 \$, lorsque *vous* présentez une demande de règlement au titre de la garantie Transport au chevet du malade ou Retour accompagné d'un enfant à charge mineur; ou lorsque *votre urgence* médicale couverte *vous* amène à repousser le jour de *votre retour* (prévu).
- 14. Évacuation d'urgence pour des raisons non médicales** – Services professionnels d'évacuation d'urgence hors route (montagne, mer ou autre endroit éloigné), pour *vous* transporter au point de récupération le plus proche, jusqu'à concurrence de 5 000 \$.

15. Accident aérien et décès et mutilation accidentels

Accident aérien

Si *vous* décédez ou perdez un membre dans les 90 jours suivant une *blessure* survenue en raison d'un *accident*, d'une perte ou de dommages causés à un aéronef commercial pendant que *vous* voyagez en tant que passager muni d'un billet (et non en tant que pilote, agent ou autre membre de l'équipage), la *Compagnie* versera :

- 100 000 \$ à vos ayants droit si *vous* décédez; ou
- 100 000 \$ pour une *blessure* causant la perte des deux mains, des deux pieds ou de la vue des deux yeux; ou
- 50 000 \$ pour une *blessure* causant la perte d'une main, d'un pied ou de la vue d'un œil.

Décès et mutilation accidentels

En cas de décès ou de *blessure* accidentels dans les 90 jours suivant un *accident* survenu pendant *votre voyage*, autre qu'un accident aérien, la *Compagnie* versera :

- 25 000 \$ à vos ayants droit si *vous* décédez; ou
- 25 000 \$ pour une *blessure* causant la perte des deux mains, des deux pieds ou de la vue des deux yeux; ou
- 12 500 \$ pour une *blessure* causant la perte d'une main, d'un pied ou de la vue d'un œil.

Dans le cas des garanties Accident aérien et Décès et mutilation accidentels :

- La « perte de la vue » signifie la perte complète et irréversible de la vue.
- La « perte d'une main ou d'un pied » signifie l'amputation complète et permanente au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville, ou la paralysie complète et irréversible.
- Un décès ou une perte en raison d'une *blessure* doit être attribuable directement à l'*accident* survenu lors de *votre voyage*.
- Les prestations seront versées pour une seule perte, soit celle qui ouvre droit au montant le plus élevé.

B GARANTIES D'ASSURANCE FRAIS NON MÉDICAUX

- 1. Garantie Bagages et effets personnels** – Si, au cours de *votre voyage* , vos bagages sont perdus, volés ou endommagés, *vous* obtiendrez un remboursement jusqu'à concurrence de 1 500 \$ par *personne assurée* , sous réserve d'un maximum de 3 000 \$ par famille.

La perte doit être corroborée par écrit par les autorités locales compétentes à l'endroit de la perte ou par un rapport de police. La protection se limite à 200 \$ par article ou par ensemble d'articles.

Vous obtiendrez un remboursement jusqu'à concurrence de 400 \$ par *personne assurée* , sous réserve d'un maximum de 1 000 \$ par famille, pour l'achat d'affaires de toilette et de vêtements personnels indispensables du fait que vos bagages enregistrés ont été retardés de plus de 12 heures après *votre* arrivée par le transporteur. L'achat des articles doit être effectué au cours des 36 heures suivant *votre* arrivée à *votre* destination et avant la récupération de vos bagages.

Remplacement de documents

En cas de perte ou de vol, *vous* recevrez un remboursement pour les frais engagés en vue de remplacer un ou plusieurs des documents suivants : *votre* permis de conduire, *votre* certificat de naissance ou *votre document de voyage* , jusqu'à concurrence d'un total combiné de 500 \$ par *personne assurée* , par *voyage* .

Exclusions relatives à la garantie Bagages et effets personnels

Aucune prestation n'est versée dans les situations suivantes :

- a) le bris d'articles fragiles ou cassants, ou les dommages occasionnés à ces articles, à moins que ce fait résulte d'un incendie ou d'un accident subi par le moyen de transport de ces articles;
- b) les pertes ou les dommages non déclarés aux autorités policières ou aux autorités locales compétentes dans les 24 heures suivant la connaissance de ladite perte ou lesdits dommages;
- c) les pertes découlant de la dépréciation normale de la valeur de vos articles;
- d) la perte d'argent, de lunettes de vue ou de lunettes de soleil, de lentilles cornéennes, de médicaments, d'appareils auditifs, de dents artificielles, de billets, de documents (sauf les documents indiqués au paragraphe ci-dessus intitulé « Remplacement de documents »), de bijoux, de téléphones cellulaires, d'appareils photo ou d'équipement informatique, ou les dommages occasionnés à ceux-ci;
- e) les pertes ou les dommages occasionnés par un vol, dans un *véhicule* laissé sans surveillance, à moins que ce *véhicule* n'ait été verrouillé et qu'il existe une preuve visible d'entrée forcée;
- f) les pertes ou les dommages découlant d'une négligence de *votre* part;
- g) les pertes d'articles fragiles ou périssables, ou les dommages occasionnés à ces articles, s'ils étaient dans vos bagages enregistrés;
- h) toute perte ou tout dommage découlant directement ou indirectement d'une inspection, d'une procédure de sécurité, d'un acte de guerre ou de *terrorisme* ou encore, d'un accident nucléaire; et

- i) toute perte ou tout dommage survenant lors d'un voyage d'affaires ou de tout voyage lié à votre emploi.

Si vous faites une demande de règlement se rapportant à des bagages, vous devez fournir :

- a) une copie des rapports des autorités compétentes faisant état de la perte, des dommages ou du retard;
- b) une preuve que vous possédiez les articles en question ainsi que les reçus pour leur remplacement; et
- c) toute correspondance échangée et la confirmation de tout paiement provenant d'une autre source (par ex., la compagnie aérienne, le voyageur, votre fournisseur d'assurance habitation).

2. Garanties Annulation, Interruption et Retard de voyage

Pour que les garanties Annulation, Interruption et Retard de voyage soient en vigueur, **TOUS les voyages DOIVENT** être réservés avant *votre jour de départ*.

Les garanties Annulation, Interruption et Retard de voyage sont assujetties aux exclusions et restrictions stipulées à l'article IV.

Si vous faites un dépôt ou un paiement intégral pour les réservations d'un voyage prévu au cours de l'année d'assurance suivante, votre assurance voyage Prestige doit être établie pour 365 jours à compter de la *date d'entrée en vigueur* du nouveau contrat pour que votre assurance voyage Prestige couvre ce voyage.

Les frais se rapportant à une multipropriété (propriété en temps partagé) qui vous appartient ou que vous utilisez ne constituent pas des *frais admissibles* au titre de cette assurance.

L'échange de points dans le cadre d'un programme de fidélisation quelconque et les points utilisés pour réserver un voyage ne sont pas des *frais admissibles* au titre de cette assurance. Veuillez communiquer avec le fournisseur de votre programme de fidélisation.

Exception : Si des frais supplémentaires sont exigés pour la remise en vigueur des points que vous avez utilisés pour votre voyage, seuls les frais supplémentaires associés aux événements couverts au titre des garanties Annulation, Interruption et Retard de voyage sont remboursés. Ce remboursement n'inclut pas les coûts d'achat ou de rachat de points dans le cadre d'un programme de fidélisation, peu importe le fournisseur.

Garantie Annulation de voyage – (avant le jour de départ)

Si vous ne pouvez voyager en raison d'un des événements couverts décrits ci-dessous et devez annuler votre voyage avant le *jour de départ*, l'assurance vous remboursera la partie des frais de voyage prépayés qui n'est ni remboursable ni transférable à une autre date de voyage, comme il en est question sur les documents relatifs à votre voyage, jusqu'à concurrence de 8 000 \$ par personne assurée et par voyage. Seuls les montants non remboursables et non transférables

à une autre date de voyage le jour où l'événement couvert survient seront pris en considération pour la demande de règlement. Les crédits accordés par la compagnie aérienne ou le *fournisseur de services touristiques* vous permettant de voyager à une date ultérieure sont considérés comme des montants transférables et donc inadmissibles au titre du présent contrat.

Remarque : Pour les demandes de règlement se rapportant à une *blessure* ou une *maladie*, le jour de la survenance de l'événement couvert sera réputé être la date de diagnostic de la nouvelle *affection médicale* ou la date à laquelle un *médecin* vous avise que votre *affection médicale* nécessite le report ou l'annulation de votre voyage.

Après la date de la survenance de l'événement couvert, aucune prestation ne sera payable pour les frais d'annulation engagés, ni pour les frais supplémentaires que vous pourriez engager pour votre voyage.

Advenant la survenance d'un événement couvert qui entraîne l'annulation de votre voyage avant le *jour de votre départ*, les conditions suivantes s'appliquent :

- a) vous devez annuler votre voyage auprès de l'agent de voyages ou du *fournisseur de services touristiques* immédiatement, mais au plus tard dans les 24 heures suivant la survenance de l'événement couvert ou le jour ouvrable suivant, et en avertir le *Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson* dans ces mêmes délais. Si vous n'êtes pas sûr qu'un événement ou une situation peut vous obliger à annuler votre voyage, vous devez communiquer avec le *Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson* à ce sujet immédiatement, mais au plus tard dans les 24 heures suivant l'événement couvert ou le jour ouvrable suivant;
- b) tous les billets qui ont été émis doivent être remis au *Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson*, accompagnés d'une preuve de l'agence de voyages ou du *transporteur public* attestant de la partie non remboursable et non transférable des frais de voyage prépayés; et
- c) dans le cas d'un voyage à forfait, une copie des conditions imposées par le forfaitiste ou le croisiériste sera requise au moment de la présentation de la demande de règlement.

Avis important : À défaut d'aviser le *Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson* ou d'annuler votre voyage auprès de votre agent de voyages ou *fournisseur de services touristiques* dans les délais prescrits, la prestation se limite au montant non remboursable et non transférable qui aurait été payable à la date initiale de l'événement couvert.

Garanties Interruption et Retard de voyage – (après le jour de départ)

Si vous devez interrompre votre voyage après votre *jour de départ* ou retarder votre *jour de retour* en raison d'un des événements couverts décrits ci-dessous, cette assurance vous remboursera les frais supplémentaires engagés pour l'achat d'un billet d'avion aller simple en classe économique pour vous rendre à votre *province* ou *territoire de résidence* ou au point de destination suivant et la partie inutilisée des frais d'hébergement ou de transport terrestre non remboursables et non transférables, jusqu'à concurrence de 8 000 \$ par personne assurée et par voyage.

Advenant une *modification d'horaire* involontaire qui vous oblige à manquer votre vol de correspondance à la suite de l'événement couvert n° 7, la présente assurance vous remboursera les frais effectivement engagés, sous réserve du moins élevé des montants suivants :

- les frais de changement exigés par les compagnies aériennes concernées, lorsqu'une telle option est disponible; ou
- le coût supplémentaire exigé pour votre billet d'avion aller simple en classe économique vers votre prochaine destination (arrivée ou départ), par l'itinéraire le plus économique et sous réserve d'un maximum de 1 000 \$.

Lorsque vous soumettez une demande de règlement en vertu des garanties Interruption et Retard de voyage, cette assurance couvre aussi les frais de repas et d'hôtel, d'appels téléphoniques et de transport terrestre indispensables, à raison de 350 \$ par jour et sous réserve d'un maximum de 3 500 \$.

Les retards de *voyage* empêchant votre retour le *jour de retour* prévu, ne peuvent excéder 10 jours au-delà dudit *jour de retour* prévu. Cette garantie ne rembourse pas la partie inutilisée d'un billet de *voyage*.

Dans le cadre de la demande de règlement au titre des garanties Interruption et Retard de voyage après votre *jour de départ*, et en vue du remboursement des *frais admissibles*, les conditions suivantes s'appliquent :

- a) vous devez communiquer avec le *Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson* dans les 24 heures suivant l'événement; et
- b) pour les événements couverts de nature médicale, l'interruption ou le retard de *voyage* doit être sur recommandation du *médecin* traitant, ou suite au fait que vous, un *membre de votre famille*, un *compagnon de voyage* ou un *proche collaborateur* êtes hospitalisé pendant au moins 72 heures consécutives; ou
- c) pour les événements couverts de nature non médicale, toute documentation requise doit être soumise conformément à l'article VII « Demandes de règlement ».

Événements couverts au titre des garanties Annulation, Interruption et Retard de voyage

Les garanties Annulation, Interruption et Retard de *voyage* prévoient le versement d'une prestation en cas de survenue d'un des événements couverts ci-après pendant que votre assurance est en vigueur; si cet événement vous empêche de partir en *voyage* ou de revenir d'un *voyage* comme prévu :

1. Décès, blessure ou *maladie* dont vous, un *membre de votre famille*, un *proche collaborateur*, un *soignant*, un *compagnon de voyage* ou un *membre de la famille de votre compagnon de voyage* êtes victime.
2. Votre décès, votre *maladie* ou le résultat de votre test positif, ou le décès, la *maladie* ou le test positif de votre *compagnon de voyage* après avoir contracté le nouveau coronavirus 2019 (COVID-19) qui vous empêche de voyager le *jour de votre départ* ou le *jour de votre retour*, ou qui vous fait interrompre votre *voyage*.
3. Votre mise en quarantaine pour des raisons médicales par suite d'une *maladie* contagieuse diagnostiquée par un *médecin*.

4. Décès ou mise en quarantaine de *votre hôte à votre destination*, ou encore son admission à l'*hôpital* pendant au moins 48 heures en raison d'une *urgence*.
5. Annulation d'une réunion d'affaires prévue en raison du décès ou de l'admission à l'*hôpital* de la personne que *vous* devez rencontrer, ou annulation d'une conférence (pour laquelle *vous* avez versé des droits d'inscription) en raison de circonstances indépendantes de *votre volonté*. Les prestations ne *vous* sont versées que si *vous* aviez prévu assister à la réunion. La confirmation de l'inscription sera exigée en cas de demande de règlement.
6. Retard d'une voiture particulière ou de *votre transporteur public* en raison d'une panne mécanique, d'un *accident* de la route, d'un barrage routier d'urgence ordonné par la police, d'intempéries ou de retard d'un vol *vous* obligeant à manquer *votre correspondance* ou à interrompre vos dispositions de voyage.
7. Correspondance manquée en raison d'une *modification d'horaire* touchant la compagnie aérienne responsable du transport pour une partie de *votre voyage*.
8. *Votre* mutation ou celle de *votre conjoint*, à condition que le préavis de l'employeur ait été reçu après le *jour de la réservation* et avant le *jour de départ*, si la date de mutation tombe le *jour du départ* ou avant et nécessite que *vous* changiez de résidence principale.
9. Dommages à *votre* résidence principale causés par une catastrophe qui la rendent inhabitable.
10. Avertissement aux voyageurs publié par le gouvernement du Canada et conseillant d'« éviter tout voyage non essentiel » ou d'« éviter tout voyage » dans un pays, une région ou une zone en particulier pour lesquels *vous* avez reçu un billet pour *votre voyage*, si l'avertissement est publié après le *jour de votre réservation*.
11. Catastrophe naturelle au lieu de *votre destination*.
12. Grossesse diagnostiquée après le paiement des frais de *votre voyage* assuré, si *vous* ou *votre conjointe* voyageant avec *vous* pour ce voyage assuré êtes enceinte et que la date prévue de l'accouchement se situe dans les 9 semaines précédant ou suivant le *jour de départ* prévu de *votre voyage* assuré.
13. Adoption légale d'un enfant par *vous*, lorsqu'après avoir payé les frais de *votre voyage* assuré, *vous* recevez un avis indiquant que la date de l'adoption est prévue pendant *votre voyage* assuré.
14. Perte involontaire de *votre* emploi permanent ou de celui de *votre conjoint* (mais non d'un emploi contractuel) en raison d'une mise à pied ou d'un renvoi sans motif valable.
15. La non-émission de *votre document de voyage* (autre qu'un visa à des fins d'immigration, d'emploi ou d'études) pour des raisons indépendantes de *votre* volonté.
16. La perte ou le vol de *votre* permis de conduire, de *votre* certificat de naissance ou de *votre document de voyage* durant *votre voyage*, en raison de circonstances indépendantes de *votre* volonté. *Vous* devez signaler la perte ou le vol à la police ou aux autorités locales compétentes dans les 24 heures suivant la découverte, et un rapport de police ou un document écrit par les autorités locales compétentes doit en faire état.

17. *Votre* convocation officielle à titre de réserviste, dans l'armée, la police ou les services d'incendie.
18. *Votre* assignation a) comme juré, b) comme témoin ou c) comme défendeur dans une poursuite civile pendant le voyage.
19. Maladie ou blessure subie par *votre* chien guide, ou son décès, si *vous* êtes atteint d'une cécité légale ou d'une incapacité physique permanente, et que les dispositions de voyage ont été prises pour que le chien guide puisse *vous* accompagner lors de *votre* voyage assuré. En cas de maladie ou de blessure, la maladie ou la blessure doit être inattendue et d'une gravité qui justifie un traitement par un vétérinaire agréé.
20. Mise en quarantaine ou détournement d'une *personne assurée*.
21. Si *votre* croisière est annulée en raison d'une défaillance mécanique, d'une collision avec le fond marin ou le rivage ou du retrait du navire de l'exploitation en raison d'une ordonnance d'*immobilisation*, les frais seront couverts jusqu'à concurrence de 1 200 \$ par assuré pour les dispositions de voyage prépayées non remboursables qui ne font pas partie de *votre* forfait de croisière.

Une prestation pour Frais supplémentaires ou Frais majorés pour occupant seul est payable advenant l'annulation des dispositions de voyage assurées de *votre* *compagnon de voyage* en raison d'un des événements couverts décrits ci-dessus, si *vous* choisissez de poursuivre le voyage comme prévu. Cette garantie couvrira les frais engagés pour modifier vos dispositions d'hébergement prépayées au montant exigé pour un seul occupant et peut être utilisée à titre d'option de rechange à la garantie Annulation de voyage.

Les frais couverts et engagés sont remboursés au titre des garanties Annulation, Interruption et Retard de voyage, si *vous* fournissez, à la demande du *Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson*, les documents et les reçus originaux applicables suivants :

- a) une déclaration dûment remplie par le *médecin* traitant dans la localité où la *maladie* ou la *blessure* est survenue, indiquant le diagnostic et la raison de l'annulation, de l'interruption ou du retard de *votre* voyage;
- b) une preuve écrite de l'événement couvert étant à l'origine de l'annulation, l'interruption ou le retard;
- c) une preuve attestant qu'une partie des frais de voyage n'est ni remboursable ni transférable;
- d) l'original de tout titre de transport inutilisé;
- e) l'original de toute facture ou tout reçu pour les frais de transport terrestre et autres *frais admissibles*; et/ou
- f) l'original de tout billet ou reçu lié aux frais de transport supplémentaires engagés.

IV EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS

Toutes les exclusions et restrictions s'appliquent à chaque *personne assurée* au titre de cette assurance.

Les astérisques (*) indiquent les garanties exclues ou restreintes.

Dans les exclusions et restrictions ci-après :

Le *jour de votre départ* s'applique aux :

- garanties Frais médicaux d'urgence; et
- garanties Interruption et Retard de voyage.

Le *jour de votre réservation* s'applique à :

- la garantie Annulation de voyage.

La présente assurance ne couvre pas les frais attribuables, directement ou indirectement, à ce qui suit :

	Frais médicaux	Interruption et Retard de voyage	Annulation de voyage
1. Toute <i>affection médicale</i> survenant durant <i>votre voyage</i> qui n'est ni soudaine ni inattendue, ou pour laquelle une preuve médicale avant <i>votre voyage</i> indiquait qu'un traitement ou une hospitalisation pourrait être nécessaire durant <i>votre voyage</i> . En ce qui a trait aux garanties Annulation, Interruption et Retard de voyage, l'exclusion ci-dessus s'applique également à un <i>membre de votre famille</i> , un <i>proche collaborateur</i> , un <i>soignant</i> , un <i>compagnon de voyage</i> ou un <i>membre de la famille de votre compagnon de voyage</i> .	*	*	*
2. Tout traitement qui n'est pas un <i>traitement d'urgence</i> . Pour les garanties d'assurance Frais médicaux d'urgence, cette exclusion ne s'applique pas en cas d'urgence médicale découlant d'une vaccination contre la COVID-19 que <i>vous</i> avez reçue durant <i>votre voyage</i> .	*	*	*
3. Une <i>urgence</i> ou une situation <i>vous</i> amenant à présenter une demande de règlement pendant que l'assurance n'est pas en vigueur.	*	*	*
4. Toute partie des frais nécessitant l'autorisation et la coordination préalables par le <i>Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson</i> , si celui-ci n'en a pas autorisé ou coordonné la prise en charge.	*	*	*

Exclusions et restrictions (suite) Toutes les exclusions et restrictions s'appliquent à chaque <i>personne assurée</i> au titre de cette assurance. Les astérisques (*) indiquent les garanties exclues ou restreintes.	Frais médicaux	Interruption et Retard de voyage	Annulation de voyage
5. Toute <i>affection médicale</i> pour laquelle, avant la <i>date d'entrée en vigueur</i> de la présente assurance, ou avant de réserver votre voyage, ou avant de verser un paiement supplémentaire pour le coût de votre voyage ou avant le <i>jour de votre départ</i> : - vous attendiez de connaître les résultats d'examens médicaux et ces résultats ont par la suite révélé des irrégularités ou anomalies; - des examens, une consultation avec un <i>médecin</i>, un traitement ou une intervention chirurgicale futurs (à l'exception d'un suivi périodique) sont recommandés par un <i>médecin</i> ou prévus avant votre voyage. Cela exclut les examens médicaux et suivis périodiques dont les résultats démontrent qu'il n'existe aucun symptôme ou signe d' <i>affection médicale</i> existante ou à diagnostiquer.	*	*	*
6. - Soins prénatals de routine. - Tout traitement médical lié à votre grossesse ou accouchement et obtenu dans les 9 semaines précédant ou suivant la date prévue de l'accouchement. - Accouchement survenant dans les 9 semaines précédant ou suivant la date prévue. - Enfant né au cours du voyage.	*	*	*
7. Votre participation à des sports ou à des activités sous-marines à titre professionnel, pratique de la plongée sous-marine en scaphandre autonome à titre amateur, sauf si vous détenez un certificat de compétence de base d'une école reconnue ou d'un autre organisme autorisé, participation à des courses ou épreuves de vitesse d'engins motorisés, ou pratique du saut à l'élastique (bungee), du parachutisme, de l'escalade, de l'alpinisme à l'aide de cordes ou d'équipement spécialisé, du deltaplane ou de la chute libre.	*	*	*

Exclusions et restrictions (suite) Toutes les exclusions et restrictions s'appliquent à chaque <i>personne assurée</i> au titre de cette assurance. Les astérisques (*) indiquent les garanties exclues ou restreintes.	Frais médicaux	Interruption et Retard de voyage	Annulation de voyage
8. <i>Votre</i> perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel.	*	*	*
9. Automutilation volontaire, tentative de suicide ou suicide.	*	*	*
10. Crise d'angoisse ou de panique, ou état de détresse affective ou psychologique, sauf si la gravité de l'état nécessitait une consultation médicale ayant donné lieu à un diagnostic.	*	*	*
11. Abus ou surdose de médicaments, de drogues ou d'autres substances toxiques, ou <i>votre</i> refus délibéré de suivre une thérapie ou un traitement médical prescrit; abus d'alcool, alcoolisme ou <i>accident</i> qui survient pendant que vos facultés sont affaiblies en raison de drogues ou d'alcool, ou alors que l'alcoolémie est supérieure à 80 mg/100 ml de sang.	*	*	*
12. <i>Votre</i> participation active à ce qui suit ou <i>votre</i> exposition volontaire aux risques qui y sont associés : guerre ou acte de guerre, déclarés ou non, invasion ou acte d'ennemis étrangers, hostilités déclarées ou non, guerre civile, émeute ou rébellion, révolution ou insurrection, acte des pouvoirs militaires, ou tout service dans les forces armées.	*	*	*

Exclusions et restrictions (suite) Toutes les exclusions et restrictions s'appliquent à chaque <i>personne assurée</i> au titre de cette assurance. Les astérisques (*) indiquent les garanties exclues ou restreintes.	Frais médicaux	Interruption et Retard de voyage	Annulation de voyage
13. Toute <i>affection médicale</i> dont vous souffrez ou que vous contractez, ou toute perte que vous subissez dans un pays, une région ou un emplacement particulier pendant qu'un avertissement aux voyageurs d' « éviter tout voyage non essentiel » ou d' « éviter tout voyage » est en vigueur pour ce pays, région, ou emplacement et lorsque l'avertissement aux voyageurs est publié par le gouvernement du Canada avant le <i>jour de votre départ</i>, même si le voyage est entrepris pour des raisons essentielles. Cette exclusion s'applique uniquement aux <i>affections médicales</i> ou aux pertes qui sont liées, directement ou indirectement, à la raison pour laquelle l'avertissement aux voyageurs a été émis. Si l'avertissement aux voyageurs est émis après le <i>jour de votre départ</i>, votre protection au titre de la présente assurance, alors que vous êtes dans ce pays, cette région ou cet emplacement particulier; se limitera à une période de 10 jours à compter de la date d'émission de l'avertissement aux voyageurs, ou à la période nécessaire afin que vous puissiez évacuer le pays, la région ou l'emplacement en question en toute sécurité, après quoi votre protection ne couvrira que les <i>affections médicales</i> et les pertes qui ne sont pas liées à la raison pour laquelle l'avertissement aux voyageurs a été émis, tant que l'avertissement aux voyageurs est en vigueur. Pour les garanties Frais médicaux d'urgence, cette exclusion ne s'applique pas aux <i>affections médicales</i> ou pertes qui sont liées au nouveau coronavirus 2019 (COVID-19), même lorsqu'un avertissement aux voyageurs lié à la COVID-19 est en vigueur. Pour les garanties Interruption et Retards de voyage, cette exclusion ne s'applique pas à vous ni à votre <i>compagnon de voyage</i> en cas de décès, de <i>maladie</i> ou de résultat de test positif après avoir contracté le nouveau coronavirus 2019 (COVID-19) qui vous empêche de voyager le <i>jour de votre retour</i>, ou vous fait interrompre votre voyage, même lorsqu'un avertissement aux voyageurs lié à la COVID-19 est en vigueur.	*	*	

Exclusions et restrictions (suite) Toutes les exclusions et restrictions s'appliquent à chaque <i>personne assurée</i> au titre de cette assurance. Les astérisques (*) indiquent les garanties exclues ou restreintes.	Frais médicaux	Interruption et Retard de voyage	Annulation de voyage
14. Annulation, interruption ou retard de <i>voyage</i> liés, directement ou indirectement, au nouveau coronavirus 2019 (COVID-19). Cette exclusion ne s'applique pas à <i>vous</i> ni à <i>votre compagnon de voyage</i> en cas de décès, de <i>maladie</i> ou de résultat de test positif après avoir contracté le nouveau coronavirus 2019 (COVID-19) qui <i>vous</i> empêche de voyager le <i>jour de votre départ</i> ou le <i>jour de votre retour</i> , ou qui <i>vous</i> fait interrompre <i>votre voyage</i> .		*	*
15. Frais qui ne seraient normalement pas facturés en l'absence d'une assurance.	*	*	*
16. Poursuite du traitement, récurrence, examens ou complications d'une <i>affection médicale</i> suivant un <i>traitement d'urgence</i> pour cette <i>affection médicale</i> au cours de <i>votre voyage</i> , si les conseillers médicaux du <i>Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson</i> déterminent que <i>vous</i> étiez, d'un point de vue médical, en mesure de regagner <i>votre province ou territoire de résidence</i> mais que <i>vous</i> avez décidé de ne pas le faire. Si <i>vous</i> refusez le transfert ou le retour après que <i>l'assureur</i> a déclaré que <i>vous</i> étiez, d'un point de vue médical, apte à voyager, <i>l'assureur</i> sera dégagé de toute responsabilité à l'égard des frais engagés pour la <i>maladie</i> ou la <i>blesseure</i> après la date proposée pour le transfert ou le retour.	*	*	
17. Traitement de toute affection cardiaque ou pulmonaire suivant un <i>traitement d'urgence</i> pour une affection cardiaque ou pulmonaire qui y est liée ou non au cours de <i>votre voyage</i> , si les conseillers médicaux du <i>Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson</i> déterminent que <i>vous</i> étiez, d'un point de vue médical, en mesure de regagner <i>votre province ou territoire de résidence</i> , mais que <i>vous</i> avez décidé de ne pas le faire. Si <i>vous</i> refusez le transfert ou le retour après que <i>l'assureur</i> a déclaré que <i>vous</i> étiez, d'un point de vue médical apte à voyager, <i>l'assureur</i> sera dégagé de toute responsabilité à l'égard des frais engagés pour la <i>maladie</i> ou la <i>blesseure</i> après la date proposée pour le transfert ou le retour.	*	*	

Exclusions et restrictions (suite) Toutes les exclusions et restrictions s'appliquent à chaque <i>personne assurée</i> au titre de cette assurance. Les astérisques (*) indiquent les garanties exclues ou restreintes.	Frais médicaux	Interruption et Retard de voyage	Annulation de voyage
18. Intervention chirurgicale ou examen effractifs (y compris le cathétérisme cardiaque, l'angioplastie et l'IRM) sauf si la prise en charge est approuvée et coordonnée au préalable par le <i>Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson</i> .	*	*	
19. Toute greffe d' <i>urgence</i> , entre autres une greffe d'organe et de moelle osseuse.	*	*	
20. <i>Votre affection médicale</i> lorsque vous entreprenez <i>votre voyage</i> dans le but de solliciter ou de recevoir un traitement pour cette <i>affection médicale</i> , ou toute <i>affection médicale</i> découlant d'un tel traitement. Pour les garanties d'assurance Frais médicaux d' <i>urgence</i> , cette exclusion ne s'applique pas en cas d' <i>urgence</i> médicale découlant d'une vaccination contre la COVID-19 que vous avez reçue durant <i>votre voyage</i> .	*	*	
21. Traitement ou intervention chirurgicale pour une <i>affection médicale</i> particulière ou une affection connexe, qui a amené un <i>médecin</i> à vous déconseiller tout <i>voyage</i> .	*	*	
22. Voyage aérien, autre qu'à titre de passager, à bord d'un avion commercial autorisé à transporter des passagers payants.	*	*	
23. Voyage en qualité de passager d'un transporteur commercial qui n'a pas de permis pour transporter des passagers payants.	*	*	
24. Frais engagés pendant une période d'assurance au titre d'un Régime complémentaire souscrit après <i>votre jour de départ</i> , qui sont liés à une <i>maladie</i> , une <i>blessure</i> ou une <i>affection médicale</i> ayant donné lieu à une demande de règlement après <i>votre jour de départ</i> et avant la confirmation de la <i>date d'entrée en vigueur</i> du Régime complémentaire, si ce dernier a été souscrit après <i>votre jour de départ</i> .	*	*	

Exclusions et restrictions (suite) Toutes les exclusions et restrictions s'appliquent à chaque <i>personne assurée</i> au titre de cette assurance. Les astérisques (*) indiquent les garanties exclues ou restreintes.	Frais médicaux	Interruption et Retard de voyage	Annulation de voyage
25. Raison, circonstance, événement, activité ou <i>affection médicale</i> vous concernant ou concernant un <i>membre de votre famille</i> immédiate, un <i>compagnon de voyage</i> , un <i>membre de la famille</i> immédiate d'un <i>compagnon de voyage</i> , un <i>soignant</i> , un <i>proche collaborateur</i> , un ami proche ou votre hôte à destination, si, à la date où vous avez : a) réservé votre voyage; b) effectué des paiements supplémentaires pour vos dispositions de voyage; ou c) souscrit l'assurance, vous en aviez connaissance et vous saviez que cela pourrait vous empêcher d'entreprendre votre voyage couvert ou de le terminer selon les réservations que vous aviez faites.		*	*
26. Perte découlant de la faillite ou de l'insolvabilité d'un agent ou d'une agence de voyages, un courtier en voyages ou tout autre <i>fournisseur de services touristiques</i> , ou de l'arrêt de travail d'un <i>transporteur public</i> .		*	*
27. Échanges de points dans le cadre d'un programme de fidélisation quelconque, points utilisés pour réserver un voyage ou frais d'achat ou de rachat des points d'un fournisseur de programme de fidélisation.		*	*
28. Tout événement qui entraîne l'annulation, l'interruption ou le retard de votre voyage couvert, à moins que cet événement ne soit répertorié comme un événement couvert en vertu des garanties Annulation, Interruption et Retard de voyage.		*	*
29. Les lunettes de vue, les lentilles cornéennes et les appareils auditifs, ainsi que les ordonnances qui s'y rapportent.	*		

Sanctions

L'assureur ne fournira aucune couverture ou ne pourra être tenu responsable d'effectuer des paiements ou de verser des indemnités ou autres prestations, au titre du présent contrat d'assurance, qui pourraient contrevenir à des sanctions économiques, financières ou commerciales applicables imposées en vertu des lois canadiennes, de l'Union européenne, du Royaume-Uni, ou de toute autre juridiction applicable.

V DÉFINITIONS

Les termes en italique ont un sens précis, qui est expliqué ci-après :

Accident : événement d'origine externe, soudain, inattendu, fortuit et imprévisible, survenant au cours d'un voyage assuré, résultant entièrement d'une cause accidentelle et occasionnant une *blessure*, indépendamment de toute autre cause.

Administrateur : Johnson inc.

Affection médicale : *maladie* ou *blessure* (ou affection associée à cette *maladie* ou *blessure*), y compris un trouble, une psychose aiguë et des complications au cours des 31 premières semaines de grossesse.

Affection mineure : toute *maladie* ou *blessure* qui n'exige pas la consommation de médicaments pendant une période de plus de 15 jours, plus d'une visite de suivi chez le *médecin*, une hospitalisation, une intervention chirurgicale ou le renvoi à un spécialiste, et qui prend fin au moins 30 jours consécutifs avant le *jour de départ* de chaque voyage. Toutefois, une affection chronique ou toute complication liée à une affection chronique n'est pas considérée comme une *affection mineure*.

Animal de compagnie : votre chien ou chat domestique.

Année d'assurance : période allant de la *date d'entrée en vigueur* au 30 avril suivant.

Assureur : veuillez vous reporter à la définition de « *compagnie* ».

Blessure : toute lésion corporelle causée par une source externe, violente et accidentelle et indépendante de toute *maladie* ou autres causes donnant lieu à un sinistre couvert pendant que la présente assurance est en vigueur, et dont la gravité amènerait une personne raisonnable à solliciter des *soins* ou *traitements d'urgence* auprès d'un *médecin*, d'un *dentiste* ou d'un *chirurgien-dentiste*.

Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson : le fournisseur d'assistance voyage, Gestion Global Excel inc., désigné comme le fournisseur de tous les services d'assistance et de demandes de règlement au titre de la présente assurance.

Compagnie : Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances.

Compagnon de voyage : personne qui vous accompagne lors d'un voyage et qui a payé d'avance son hébergement ou son transport avec vous pour ce voyage, mais qui n'est pas une *personne assurée* au titre de la présente assurance.

Confirmation des protections : lettre ou documents que vous fait parvenir l'*administrateur* et décrivant ou confirmant votre protection d'assurance, les options du régime et, s'il y a lieu, les dates du voyage.

Conjoint : personne à laquelle vous êtes légalement marié ou avec laquelle vous vivez maritalement (comprend les personnes de même sexe) depuis au moins 12 mois sans interruption et avec laquelle vous habitez.

Date d'échéance : date à laquelle votre protection prend fin au titre de la présente assurance, soit à minuit à la *date d'échéance*.

Date d'entrée en vigueur : date à laquelle votre protection prend effet, soit la plus éloignée des dates suivantes : la date à laquelle l'administrateur reçoit votre proposition d'assurance dûment remplie et signée, ainsi que l'autorisation pour les prélèvements automatiques sur le compte bancaire, ou la date désignée comme *date d'entrée en vigueur*.

Date marquant la fin du voyage : la plus rapprochée des dates suivantes :

- a) le jour de votre retour dans votre province ou territoire de résidence; ou
- b) le jour où vous êtes à l'extérieur du Canada depuis plus de 62 jours consécutifs, y compris le jour de votre départ du Canada, si vous avez opté pour le Régime de base 62 jours, tel qu'il est indiqué sur votre *confirmation des protections*; ou
- c) le jour où vous êtes à l'extérieur du Canada depuis plus de 93 jours consécutifs, y compris le jour de votre départ du Canada, si vous avez opté pour le Régime de base 93 jours, tel qu'il est indiqué sur votre *confirmation des protections*; ou
- d) le jour où vous excédez le nombre maximal de jours achetés pour votre voyage unique au titre du Régime complémentaire, à compter du jour où vous quittez le Canada, comme indiqué sur votre *confirmation des protections*.

Dentiste, chirurgien-dentiste : personne, autre que vous ou un membre de votre famille, qui est légalement autorisée à pratiquer la dentisterie ou la chirurgie dentaire dans le lieu où les services sont dispensés.

Document de voyage : document d'identification demandé à un gouvernement ou à une organisation internationale qui permet de franchir les frontières internationales, comme un passeport ou un *visa de voyage*.

Fournisseur de services touristiques : compagnie autorisée à fournir des services de transport ou d'hébergement au public, entre autres un voyageur, un grossiste en voyages, une compagnie aérienne, un croisiériste, un fournisseur de transport terrestre et un fournisseur d'hébergement commercial à la *personne assurée*.

Frais admissibles : *frais habituels et raisonnables* attribuables à une *urgence* médicale, que vous engagez pendant un voyage couvert à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence et qui sont en excédent des frais médicaux pris en charge par votre régime d'assurance maladie provincial ou territorial ou tout autre régime d'assurance, relativement à un *traitement d'urgence* nécessaire d'un point de vue médical au cours d'un voyage.

Frais habituels et raisonnables : *frais admissibles* approuvés par le Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson, qui ne dépassent pas les frais facturés par d'autres fournisseurs pour des services équivalents de même qualité à l'endroit où les traitements sont prodigués.

Hôpital, hospitalisation, hospitalier : établissement légalement autorisé en tant qu'hôpital, possédant les installations requises pour établir un diagnostic, procéder à des interventions chirurgicales importantes et prodiguer des soins et des traitements aux personnes souffrant d'une *maladie* ou d'une *blessure*, procurant des soins en établissement ou en clinique externe, et ayant en poste en tout temps des *infirmiers(ères)* diplômé(e)s et des *médecins*. Sont inclus les *hôpitaux* légalement autorisés offrant des traitements spécialisés aux personnes souffrant de *maladies* mentales, de cancer ou d'arthrite, ainsi qu'aux convalescents et aux malades chroniques, sous réserve de l'autorisation du *Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson*. Sont exclus les maisons de repos, les maisons de soins infirmiers, les foyers pour personnes âgées, les établissements de cure ou les établissements offrant des soins similaires.

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

Infirmier(ère) : personne, autre que *vous* ou un *membre de votre famille*, qui est légalement autorisée à exercer la profession d'*infirmier* dans les limites de ses compétences professionnelles, y compris les *infirmiers* ou *infirmières* diplômés, les *infirmiers* ou *infirmières* autorisés, les *infirmiers* ou *infirmières* auxiliaires autorisés, ainsi que les *infirmiers* ou *infirmières* auxiliaires diplômés.

Infirmier(ère) praticien(ne) : personne, autre que *vous* ou un *membre de votre famille*, qui est une *infirmière* ou un *infirmier* autorisé (IA) muni d'une formation de niveau avancé (IP) lui permettant d'effectuer des examens de santé, d'ordonner et interpréter des tests diagnostiques, et de diagnostiquer et traiter les *maladies* et *blessures*, y compris prescrire des médicaments.

Jour de départ ou **jour de votre départ** : jour civil où *vous* quittez votre *province* ou *territoire de résidence*. Si, au cours d'un voyage assuré, *vous* regagnez votre *province* ou *territoire de résidence*, le *jour de votre départ* désigne le dernier jour civil où *vous* avez quitté votre *province* ou *territoire de résidence*.

En ce qui a trait aux garanties Annulation, Interruption et Retard de voyage, le *jour de départ* désigne le jour où *vous* avez prévu quitter votre résidence principale pour entreprendre votre voyage.

Jour de la réservation ou **jour de votre réservation** : jour où *vous* faites des réservations et versez un acompte initial pour les dispositions de voyage prépayées.

Jour de retour ou **jour de votre retour** : jour civil où *vous* avez prévu retourner dans votre *province* ou *territoire de résidence*.

En ce qui a trait aux garanties Annulation, Interruption et Retard de voyage, le *jour de retour* désigne le jour où *vous* avez prévu regagner votre résidence principale.

Maladie : affection ou trouble qui donne lieu à un sinistre couvert pendant que la présente assurance est en vigueur, et dont la gravité amènerait une personne raisonnable à solliciter des *soins* ou *traitements d'urgence* auprès d'un *médecin*, d'un *dentiste* ou d'un *chirurgien-dentiste*.

Médecin : praticien dont le statut juridique et professionnel relevant de ses compétences équivaut à celui d'un docteur en médecine (M.D.) autorisé à exercer au Canada, qui est dûment autorisé dans la juridiction où il exerce, qui prescrit des médicaments et (ou) effectue des interventions chirurgicales, et qui prodigue des soins médicaux dans le cadre de l'autorité de son permis. Un *médecin* doit être une personne autre que *vous* ou un *membre de votre famille*. Dans la mesure autorisée par la loi, le *Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson* peut approuver la substitution des services appropriés et correspondants d'une *infirmière praticienne* ou d'un *infirmier praticien* à ceux d'un *médecin*.

Membre : personne en règle conformément aux exigences du groupe ou de la société proposant le régime.

Membre de la famille ou **membre de votre famille** : *votre conjoint*, *votre père* ou *mère*, *votre enfant*, *votre tuteur*, *votre beau-père* ou *belle-mère*, *vos grands-parents*, *votre petit-fils* ou *petite-fille*, *votre arrière-petit-fils* ou *arrière-petite-fille*, le *père* ou la *mère* de *votre conjoint*, *votre gendre* ou *belle-fille*, le *fil* ou la *fil*le de *votre conjoint*, *votre frère* ou *sœur*, *votre demi-frère* ou *demi-sœur*, *votre tante* ou *oncle*, *votre neveu* ou *nièce*, *votre beau-frère* ou *belle-sœur*.

Modification d'horaire : départ d'un vol retardé par une compagnie aérienne qui *vous* oblige à manquer *votre* prochain vol de correspondance à bord d'une autre compagnie aérienne (ou l'embarquement d'un navire de croisière, d'un traversier, d'un autobus ou d'un train), ou départ d'un vol précipité par une compagnie aérienne rendant le billet que *vous* avez acheté pour *votre* vol de correspondance antérieur à bord d'une autre compagnie aérienne (ou l'embarquement d'un navire de croisière, d'un traversier, d'un autobus ou d'un train) inutilisable. Une *modification d'horaire* n'inclut pas les changements découlant de la défaillance d'un fournisseur ou d'une grève ou d'une interruption de travail touchant un fournisseur.

Montant de la franchise : montant des *frais admissibles* qui est à *votre* charge, avant qu'une demande de règlement ouvre droit à une indemnisation, tel qu'il est précisé sur *votre confirmation des protections*. Le *montant de la franchise* est exprimé en dollars canadiens et s'applique à chaque *personne assurée* et à chaque demande de règlement non liée.

Nécessaires d'un point de vue médical : qualifie les *soins d'urgence* (*traitements d'urgence*) ou les services *d'urgence*, considérés comme adéquats et efficaces par le corps médical pour traiter une *blessure*, une *maladie* ou un trouble.

Personne à charge : votre enfant non marié ou l'enfant non marié de votre conjoint (y compris tout enfant naturel, enfant adopté ou enfant vivant avec les parents adoptifs pendant la période de probation, enfant par remariage, enfant en famille d'accueil et enfant dont vous ou votre conjoint êtes le tuteur légal), qui dépend de votre soutien à vous ou de celui de votre conjoint. L'enfant à charge doit être âgé de 20 ans ou moins, ou de 24 ans ou moins s'il est étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu. Toutefois, la protection se poursuivra au-delà de toute limite d'âge pour un enfant à charge couvert ayant un handicap physique ou mental et qui dépend de votre soutien à vous ou de celui de votre conjoint.

Personne assurée ou **assuré** : vous, votre conjoint et votre (vos) personne(s) à charge bénéficiant d'une protection au titre de la présente assurance et dont la prime a été acquittée.

Proche collaborateur : personne dont l'absence nécessite votre retour à votre lieu de travail pour éviter toute dégradation des activités, du service à la clientèle, ou des produits ou services offerts.

Proposant : quiconque :

- a) a fait une demande de couverture au titre de la présente assurance;
- b) est résident canadien; et
- c) est assuré par son régime d'assurance maladie provincial ou territorial.

Province ou territoire de résidence : province ou territoire où vous résidez au Canada.

Régime d'assurance maladie provincial ou territorial : assurance maladie offerte par le gouvernement d'une province ou d'un territoire du Canada aux personnes domiciliées dans cette province ou dans ce territoire.

Réseau : hôpitaux, médecins et autres fournisseurs de soins médicaux reconnus par le Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson au moment de l'urgence.

Soignant : personne qui s'occupe, de façon permanente et à temps plein, du bien-être de votre (vos) personne(s) à charge et dont l'absence ne peut être raisonnablement comblée.

Soins d'urgence ou **traitement d'urgence** : médicaments, soins médicaux ou interventions chirurgicales nécessités en cas d'urgence pour le soulagement immédiat de symptômes aigus ou recommandés par un médecin, et qui ne peuvent attendre votre retour au Canada. Ils doivent être administrés pendant votre voyage parce que votre affection médicale vous empêche de retourner à votre province ou territoire de résidence.

Les soins d'urgence, le traitement d'urgence ou l'intervention chirurgicale pendant votre voyage doivent être :

- a) prescrits par un médecin autorisé;
- b) administrés dans un hôpital; ou
- c) prodigués par un physiothérapeute, un chiropraticien, un podiatre, un podologue ou un ostéopathe autorisés, à la suite d'une urgence.

Terrorisme : actes illégaux motivés par l'idéologie, entre autres le recours à la violence ou à la force ou la menace du recours à la violence ou à la force, par un (des) groupe(s), organisme(s) ou gouvernement(s) ou en son (leur) nom en vue d'influencer un gouvernement ou d'instiller la peur au public ou à une partie du public.

Transporteur public : tout transporteur terrestre, aérien ou maritime autorisé à transporter des passagers moyennant rémunération.

Urgence : *maladie* ou *blessure* soudaine et imprévisible survenant en *voyage* et nécessitant des soins médicaux immédiats de la part d'un *médecin*, *dentiste* ou *chirurgien-dentiste* autorisé ou une hospitalisation.

Véhicule : voiture particulière, motocyclette, camionnette, remorque ou caravane motorisée qui *vous* appartient ou que *vous* avez loué.

Visa de voyage : visa requis pour être admis dans un pays étranger (n'inclut pas les visas d'immigration, de travail ou d'étudiant).

Vous, votre, vos : *personne assurée* au titre de la présente assurance pour laquelle la prime exigible a été acquittée.

Voyage : période de *voyage* déterminée à l'extérieur de *votre province ou territoire de résidence* pendant que la présente assurance est en vigueur.

En ce qui a trait aux garanties Annulation, Interruption et Retard de voyage, le terme « *voyage* » désigne une période déterminée de déplacement à l'intérieur ou à l'extérieur de *votre province ou territoire de résidence* pendant laquelle la présente assurance est en vigueur.

VI SERVICES D'ASSISTANCE VOYAGE

A Quand devriez-vous appeler le Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson?

Dès l'apparition des symptômes d'une urgence médicale et avant de vous faire soigner, vous devez appeler le Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson. Si votre état de santé vous empêche d'appeler, quelqu'un doit communiquer avec le Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson en votre nom dès qu'il est raisonnablement possible de le faire.

Vous pouvez communiquer avec le Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson tous les jours, 24 heures sur 24, pour obtenir les réponses à vos questions sur les demandes de règlement, recevoir de l'aide en cas d'urgence médicale ou encore présenter une demande de règlement au titre des garanties Annulation, Interruption ou Retard de voyage.

Si vous (ou quelqu'un d'autre agissant en votre nom) ne communiquez pas avec le Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson au moment de l'urgence ou pour obtenir une recommandation, ou encore si vous choisissez de ne pas recevoir de traitement des réseaux recommandés par le Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson, les frais admissibles seront remboursés à hauteur de 70 %. Le reste des frais sera à votre charge.

B Quels sont les services d'assistance offerts?

Au titre de la présente assurance, vous bénéficiez des services suivants :

1. Assistance et consultations médicales

Si vous appelez le Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson en cas d'urgence médicale, vous serez dirigé vers le ou les fournisseurs de soins médicaux les plus proches. En outre, le Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson veillera à :

- a) confirmer votre protection;
- b) payer les frais admissibles, dans la mesure du possible, directement au fournisseur de soins médicaux recommandé;
- c) consulter votre médecin pour faire le suivi des soins qui vous sont prodigués;
- d) s'assurer que ces soins sont appropriés, nécessaires et raisonnables, et que les frais qui y sont associés sont effectivement couverts par l'assurance.

2. Assistance liée aux paiements

Dans la mesure du possible, le Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson prendra en charge la coordination du paiement des soins médicaux qui vous sont administrés en communiquant avec votre fournisseur de soins médicaux. Dans certains pays, les conditions locales ou les avertissements aux voyageurs du

gouvernement canadien ne permettent pas d'offrir les services d'assistance. Vous pourriez alors avoir à acquitter vous-même vos frais médicaux. Le cas échéant, ne manquez pas de vous procurer l'original des reçus donnant tous les détails des frais et des honoraires facturés et d'appeler le *Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson* à votre retour dans votre province ou territoire de résidence.

3. Centre de messages d'urgence

En cas d'urgence, le *Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson* peut transmettre des messages importants à votre famille, vos relations d'affaires ou votre médecin, et vous transmettre leurs messages.

4. Remplacement de documents et de billets perdus

Le *Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson* vous aidera à remplacer les documents de voyage ou les billets de transporteur public perdus ou volés.

5. Assistance juridique

Le *Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson* peut vous recommander un avocat local ou vous aider à prendre des dispositions pour le paiement d'une caution ou de frais juridiques. Le coût de ces services est à votre charge.

6. Aide à la planification du voyage avant le départ

Vous pouvez appeler le *Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson* au 1 800 709-3420 pour obtenir des renseignements sur les vaccins et visas requis.

VII DEMANDES DE RÈGLEMENT

1. Présentation d'une demande de règlement

Vous devez soumettre un avis de sinistre au Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson dans les trente (30) jours suivant la perte ou l'urgence médicale couverte, ou le plus tôt possible passé ce délai. Les appels téléphoniques visant à signaler un sinistre au Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson sont considérés comme un « avis de sinistre » au titre de l'assurance.

2. Preuve de sinistre écrite

Dans les 90 jours suivant la date de la perte ou l'urgence médicale couverte, mais pas plus de 12 mois après, vous devez transmettre une preuve de sinistre écrite, qui comprend ce qui suit :

- a) tout formulaire de demande de règlement fourni par le Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson, dûment rempli;*
- b) l'original des reçus détaillés, incluant le nom et les titres du médecin, le rapport ou la déclaration du médecin traitant, les documents ou les reçus indiquant la partie non remboursable inutilisée des dispositions de voyage, les billets, une preuve de la perte subie, les rapports de police, s'il y a lieu, et toute autre preuve justificative exigée par le Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson.*

Si le sinistre est signalé par téléphone au Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson et que le fournisseur de soins médicaux accepte de facturer les frais admissibles directement au Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson, ce dernier fera le nécessaire, dans la mesure du possible, pour obtenir les documents requis dans le cadre du traitement de la demande de règlement. Les formulaires de demande de règlement incomplets ou incorrectement remplis seront retournés, ce qui peut retarder le traitement du dossier. Si, pour quelque raison que ce soit, vous prenez des dispositions pour vous faire soigner et payez les frais admissibles, vous devez fournir les documents justificatifs indiqués ci-dessus. Les frais relatifs à l'obtention des documents nécessaires à l'évaluation d'une demande de règlement sont à votre charge.

3. Preuve du jour de départ

En cas de demande de règlement, vous devez fournir une preuve de votre jour de départ. Il peut s'agir d'un reçu attestant le passage frontalier, d'un reçu de caisse d'une boutique hors taxes, d'un billet d'avion ou d'une carte d'embarquement, d'un passeport estampillé, d'un reçu de carte de crédit, de documents bancaires ou d'une institution financière dûment datés et signés, ou de tout autre document daté et signé qui prouve que vous vous trouviez dans votre province ou territoire de résidence avant le jour de départ prévu.

4. Retour d'une *personne assurée* malade ou blessée dans sa province ou son territoire de résidence

La *Compagnie*, par l'entremise du Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson et après avoir consulté le médecin traitant, se réserve le droit de rapatrier la *personne assurée* malade ou blessée dans sa province ou son territoire de résidence. Si la *personne assurée* malade ou blessée est en mesure de retourner dans sa province ou son territoire de résidence après le diagnostic ou le traitement médical d'urgence ou le diagnostic d'une affection médicale nécessitant des soins médicaux prolongés, un traitement ou une intervention chirurgicale, et qu'elle choisit de recevoir le traitement ou de subir l'intervention chirurgicale à l'extérieur de sa province ou son territoire de résidence, aucune indemnité ne sera payable à l'égard de ce traitement ou de cette intervention. La *Compagnie*, le Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson et l'administrateur ne sauraient être tenus responsables des délais éventuels d'accès au traitement ou à l'intervention chirurgicale après le retour de la *personne assurée* dans sa province ou son territoire de résidence.

5. Limites des garanties

Lorsque, selon l'avis de l'assureur ou du Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson ou en raison de votre congé de l'hôpital, vous êtes considéré apte d'un point de vue médical et vous pouvez regagner votre province ou territoire de résidence (avec ou sans accompagnateur médical), votre urgence est réputée avoir pris fin. Les frais de toute consultation subséquente, tout traitement ultérieur, toute récurrence ou toute complication liés à cette urgence ne seront plus admissibles durant votre voyage ou pour tout autre voyage effectué dans les 90 jours suivant votre traitement d'urgence.

6. Coordination des prestations avec d'autres régimes

La présente assurance est de type « second payeur ». En cas de perte ou de dommage ouvrant droit à indemnisation en vertu d'une assurance responsabilité, d'une assurance collective ou individuelle de base ou d'assurance maladie complémentaire, y compris une assurance automobile privée ou publique (provinciale ou territoriale) offrant une protection pour l'hospitalisation, les soins médicaux ou les soins thérapeutiques, et toute autre assurance concurremment en vigueur, la présente assurance prend en charge uniquement les *frais admissibles* engagés en excédent des montants de couverture de la *personne assurée* dans le cadre de cette protection.

Toute coordination avec les régimes d'avantages sociaux est faite conformément aux lignes directrices de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personne inc.

Sauf indication contraire sur *votre confirmation des protections*, si *votre* employeur actuel ou un ancien employeur *vous* offre un régime d'assurance maladie complémentaire comportant une couverture maximale la vie durant de :

- 50 000 \$ ou moins, la présente assurance ne prévoit pas la coordination des prestations avec le régime en question; ou
- plus de 50 000 \$, la présente assurance prévoit la coordination des prestations avec le régime en question, mais uniquement pour la partie en excédent de 50 000 \$.

7. Droit de recouvrement

Si les prestations qui *vous* sont versées ou qui sont versées en *votre* nom dépassent le montant stipulé dans les dispositions de la présente assurance ou, si le paiement est effectué par suite d'une erreur d'écriture ou d'une erreur administrative, la *Compagnie* et le *Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson* se réservent le droit de recouvrer le trop-perçu auprès de la *personne assurée*, de l'institution, de l'assureur ou de l'organisme bénéficiaire du paiement en question.

8. Subrogation auprès d'un tiers

Si *vous* subissez une perte couverte au titre du présent contrat, il est entendu que *vous* accordez à l' *assureur* et au *Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson*, lorsqu'ils effectuent un paiement ou acceptent une demande de règlement dans la mesure des pertes subies, le droit de prendre les mesures nécessaires pour faire valoir tous vos droits, pouvoirs et privilèges contre toute personne, personne morale ou entité responsable de ladite perte, autres que les membres de *votre* foyer, si le présent contrat est régi par la Loi du Québec.

En outre, si *vous* avez droit à des indemnités d'assurance sans égard à la responsabilité à d'autres sources collatérales d'indemnisation, *vous* accordez à l' *assureur*, et ce, sans égard à la responsabilité, le droit d'exiger et de poursuivre le recouvrement des indemnités versées. Si l' *assureur* intente une action en justice, il peut le faire à ses propres frais et en *votre* nom, et *vous* devez *vous* présenter au lieu du sinistre pour l'assister. Si *vous* faites une demande ou intentez une action pour une perte couverte, *vous* devez en aviser l' *assureur* immédiatement pour qu'il puisse protéger ses droits.

Vous n'entreprendrez aucune démarche après le sinistre pouvant porter atteinte aux droits de l' *assureur* énoncés au paragraphe précédent, et *vous* devrez faire ce qui est nécessaire pour garantir les droits de l' *assureur*.

9. Autorisation d'obtenir tous les dossiers ou renseignements pertinents

Comme condition préalable au paiement de prestations, la *Compagnie* et le *Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson* sont autorisés à obtenir tous les dossiers ou renseignements pertinents des *médecins, dentistes, chirurgiens-dentistes, praticiens, hôpitaux, cliniques, assureurs, particuliers ou institutions* pour évaluer la validité de la demande de règlement présentée par une *personne assurée* ou en son nom. Advenant votre décès, la *Compagnie* et le *Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson* peuvent demander un examen de votre dépouille aux fins d'identification, sous réserve de toute loi du ressort compétent régissant de tels examens.

10. Cession des prestations

Si la *Compagnie* ou le *Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson* paie directement les frais pour soins médicaux ou hospitaliers, cette assurance permet à la *Compagnie* et au *Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson* de recouvrer une indemnité admissible auprès de votre *régime d'assurance maladie provincial ou territorial* et toute autre garantie que vous pourriez avoir; y compris les fonds que la *Compagnie* et le *Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson* ont avancés à d'autres personnes en votre nom. L'assurance permet également à la *Compagnie* et au *Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson* de recevoir, d'avaliser et de négocier en votre nom ces paiements admissibles. Si le *régime d'assurance maladie provincial ou territorial* et d'autres assureurs ont effectué des paiements, ils sont déchargés de toute autre responsabilité à l'égard de la demande de règlement admissible.

11. Délais de prescription

Toute action ou procédure intentée contre un assureur pour le recouvrement des sommes assurées payables en vertu du contrat est absolument interdite, à moins d'être entreprise dans le délai prévu dans l'*Insurance Act* (pour toute action ou procédure régie par les lois de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et du Manitoba), la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (pour toute action ou procédure régie par les lois de l'Ontario), l'article 2925 du Code civil du Québec (pour toute action ou procédure régie par les lois du Québec) ou par toute autre loi applicable.

12. Autres conditions

Si vous avez une assurance et avez droit à plusieurs prestations identiques au titre de la présente assurance, la prestation totale versée ne peut dépasser le montant des frais effectivement engagés. Le montant maximal payable correspond au montant le plus élevé des prestations prévues.

VIII DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Niveau de prime

La prime initiale est déterminée en fonction du barème de taux le plus récent de la *Compagnie*. Les primes peuvent être modifiées :

- a) à la *date d'entrée en vigueur* d'un nouveau contrat; ou
- b) s'il y a des modifications à la couverture au titre du *régime d'assurance maladie provincial ou territorial*.

La *Compagnie* se réserve le droit de rajuster les primes et de modifier la protection sous réserve d'un préavis de 30 jours.

2. Incontestabilité

Aucune déclaration de *votre* part dans *votre* proposition d'assurance, sauf les déclarations frauduleuses et les omissions, ne peut être utilisée par la *Compagnie* pour contester une demande de règlement, si *votre* assurance est en vigueur depuis 24 mois à compter de la *date d'entrée en vigueur*.

3. Lois applicables

Toute disposition de la présente assurance qui entre en conflit avec une loi fédérale, provinciale ou territoriale du lieu d'établissement du contrat est modifiée conformément aux exigences minimales de cette loi. Toutes les autres dispositions demeurent pleinement en vigueur.

4. Limite de responsabilité

La *Compagnie*, l'*administrateur* ou le *Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson* ne sont pas responsables de la disponibilité, de la qualité ou des résultats des traitements médicaux et des moyens de transport, quels qu'ils soient, ou du fait que *vous* n'obteniez pas un traitement médical.

5. Résiliation du contrat

L'*administrateur* se réserve le droit de résilier *votre* contrat si :

- a) au moins deux primes mensuelles sont en souffrance au cours d'une période de douze mois en raison d'un compte sans provision ou autre;
- b) les paiements préautorisés ont été refusés pour une raison quelconque; ou
- c) l'*administrateur* ne peut établir de façon satisfaisante le paiement des primes.

6. Résiliation à la *date d'échéance*

Le présent contrat peut être résilié sans qu'il soit nécessaire de prévenir la *personne assurée* ou tout bénéficiaire du contrat, ni d'obtenir son consentement. Un nouveau Régime de base 62 jours ou 93 jours sera établi à la *date d'échéance*, à moins que *vous* ne transmettiez un avis de résiliation par écrit à l'*administrateur* dans les 60 jours suivant la date de prélèvement de la première prime pour l'*année d'assurance* en question.

IX CONDITIONS LÉGALES

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

Renonciation L'assureur est réputé n'avoir renoncé à aucune condition du présent contrat, en totalité ou en partie, à moins que la renonciation ne soit clairement exprimée dans un écrit signé par l'assureur.

Copie de la proposition Sur demande, l'assureur fournira une copie de la proposition à l'assuré 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 contrat d'assurance ne peut être invoquée pour contester une demande de règlement au titre du 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

- I. L'assuré, une personne assurée ou un bénéficiaire ayant le droit de présenter une demande de règlement, ou l'agent représentant l'un d'eux, est tenu :
 - a) de donner un avis écrit de la demande de règlement 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 sa province, ou
 - ii) en l'envoyant à un agent autorisé de l'assureur dans sa province au plus tard 30 jours après la date à laquelle une demande de règlement prend naissance en vertu du contrat à la suite d'un *accident* ou d'une *maladie*;
 - b) dans les 90 jours qui suivent la date à laquelle une demande de règlement prend naissance en vertu du contrat à la suite d'un *accident* ou d'une *maladie*, de fournir à l'assureur les preuves qui peuvent raisonnablement être fournies, compte tenu des circonstances :
 - i) de la survenance de l'*accident* ou du commencement de la *maladie*,
 - ii) des pertes résultant de l'*accident* ou de la *maladie*,
 - iii) du droit de l'auteur de la demande de recevoir paiement,
 - iv) de l'âge du demandeur, et
 - v) de l'âge du bénéficiaire, s'il y a lieu; et
 - c) si l'assureur l'exige, de fournir un certificat établissant de façon satisfaisante la cause ou la nature de l'*accident* ou de la *maladie* qui peut faire l'objet d'une demande de règlement en vertu du contrat et, s'il s'agit d'une *maladie*, sa durée.

Défaut de donner avis ou de fournir la preuve

2. Le défaut de donner avis du sinistre ou d'en fournir la preuve dans le délai prescrit dans cette condition légale n'invalide pas la demande si :
- a) l'avis est donné ou la preuve fournie dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, et 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 contrat à la suite d'une *maladie*, s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner l'avis ou de fournir la preuve dans le délai prescrit, ou
 - b) dans le cas du décès de la *personne assurée*, si une déclaration de présomption de décès est nécessaire, l'avis ou la preuve doit être donné avant la fin de l'année, au plus tard, après la date à laquelle un tribunal a fait sa déclaration.

Obligation pour l'assureur de fournir les formulaires de preuve de sinistre

L'assureur devra fournir des formulaires de preuve de sinistre dans les quinze 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* ou de la *maladie* 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) le réclamant 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 paiement des sommes payables Toutes les sommes payables en vertu du présent contrat doivent être versées par l'assureur dans les 60 jours de la réception par l'assureur de la preuve du sinistre.

Prescription des actions Toute action ou procédure intentée contre un assureur pour le recouvrement d'un règlement en vertu du présent contrat ne peut être engagée plus d'un an (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve-et-Labrador et Île-du-Prince-Édouard) ou de deux ans (Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut) suivant la date à laquelle les sommes assurées sont devenues payables ou seraient devenues payables si la demande de règlement avait été valide.

En cas d'incohérence entre les conditions ou les dispositions légales du Code civil du Québec applicables à l'*assuré* et toute autre condition de la présente police, les conditions ou les dispositions légales du Code civil du Québec, le cas échéant, doivent prévaloir.

AVIS IMPORTANT À PROPOS DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances (« nous », « notre » et « nos ») recueille, utilise et divulgue des renseignements personnels (y compris en provenance de votre agent ou courtier; nos sociétés affiliées et nos filiales, les organismes référents et les fournisseurs tiers, ainsi qu'à leur intention) à des fins d'assurance, notamment l'administration de l'assurance, les enquêtes, le traitement des demandes de règlement et la prestation des services d'assistance.

Généralement, nous recueillons des renseignements personnels auprès des personnes qui présentent une demande d'assurance, ainsi qu'auprès des titulaires de contrat, des *assurés* et des auteurs d'une demande de règlement. Dans certains cas, nous recueillons également des renseignements personnels auprès des membres de la famille, des amis ou des *compagnons de voyage*, et nous leur communiquons des renseignements personnels, lorsqu'un titulaire de contrat, un *assuré* ou l'auteur d'une demande de règlement n'est pas en mesure de communiquer directement avec nous pour des raisons médicales ou autres. En outre, nous recueillons et divulguons des renseignements personnels aux fins d'assurance en provenance de tiers, entre autres des praticiens et établissements de soins de santé au Canada et à l'étranger; des fournisseurs d'assurance maladie publics et privés, et des membres de la famille et des amis des titulaires de contrat, des *assurés* et des auteurs d'une demande de règlement, ainsi qu'à leur intention. Dans certains cas, nous pouvons également communiquer ou transmettre des renseignements personnels à des fournisseurs de soins de santé et d'autres fournisseurs situés à l'extérieur du Canada, particulièrement dans les juridictions où un *assuré* pourrait voyager. En conséquence, les renseignements personnels peuvent être accessibles aux autorités pertinentes, conformément aux lois applicables dans ces autres juridictions. Pour en savoir plus sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels ou pour obtenir une copie de notre politique sur la protection des renseignements personnels, rendez-vous au site Web **www.rsagroup.ca** ou appelez RSA au **1 800 716-4339**.

XI COORDONNÉES DE JOHNSON INC.

Veuillez communiquer avec Johnson Inc. pour toute question concernant votre assurance voyage Prestige. Nous vous aiderons avec plaisir.

Téléphone : 780.413.6536 ou sans frais au 1.877.989.2600

Télécopieur : 1.866.226.1430

Adresse postale :

P.O. Box 4005, STN A

Toronto (Ontario) M5W 0M7

EN CAS D'URGENCE MÉDICALE

Vous devez communiquer directement avec le Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson en cas d'urgence médicale, en appelant la ligne d'assistance d'urgence joignable 24 heures sur 24. Le Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson vous recommandera l'établissement médical approprié le plus proche. Le Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson paiera directement les frais aux hôpitaux et aux autres fournisseurs de soins médicaux, dans la mesure du possible, sauf si vous choisissez de payer les frais vous-même ou que le fournisseur de soins médicaux refuse d'être payé directement par le Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson.



Ce produit d'assurance est souscrit auprès de la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances (RSA) et administré par Johnson Inc. (Johnson). ©2024 Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances. Tous droits réservés. Membre d'Intact Corporation financière.

^{MD}RSA, « RSA » & Design, les noms et les logos afférents sont des marques de commerce appartenant au RSA Insurance Group Limited, et sont utilisées sous licence par la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances.

Johnson et la RSA sont des sociétés de propriété commune.

