

GUIDE DE DISTRIBUTION

Nom du produit d'assurance : Régime annuel
Type de produit d'assurance : Assurance voyage individuelle

Coordonnées de l'assureur :

Nom : La Compagnie d'assurance générale CUMIS
Adresse : a/s d'*Allianz Global Assistance*
Case Postale 277
Waterloo, ON
N2J 4A4

Téléphone : 1 866 520-8823
Télécopieur : 519 742-2581

Coordonnées du distributeur :

Nom : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____
Télécopieur : _____

L'Autorité des Marchés Financiers ne s'est pas prononcée sur la qualité des produits offerts dans le présent guide. L'assureur est seul responsable de toute divergence entre le contenu du guide et celui de la police.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
DESCRIPTION DES PRODUITS OFFERTS	1
(A) Nature des assurances.....	1
(B) Sommaire des conditions particulières	1
(I) Admissibilité.....	1
(II) Entrée en vigueur de l'assurance	2
(III) Confirmation de l'assurance	2
(IV) Assurance complémentaire au Régime annuel	2
(V) Forfaits d'assurance	3
(a) Frais pour soins médicaux d'urgence	4
(b) Services d'assistance médicale	5
(c) Transport médical en cas d'urgence.....	6
(VI) Services d'assistance en cas d'urgence en voyage de 24 heures.....	9
(a) Pour le remplacement des documents et des billets de voyage	9
(b) Assistance juridique.....	9
(c) Transfert de fonds d'urgence.....	9
(d) Centre des messages d'urgence.....	9
(VII) Assistance en cas d'urgence médicale.....	10
(VIII) Prolongation automatique de votre assurance.....	10
(IX) Primes	10
(X) Bénéficiaires.....	11
(C) Exclusions, limites et diminution de la couverture.....	11
(D) Fin de l'assurance	16
(E) Annulation.....	16
(I) Annulation de votre part / par l'assuré	17
(II) Annulation de notre part / par l'assureur.....	17
(F) Autres renseignements.....	17
PREUVE DE PERTE OU DEMANDE D'INDEMNISATION	17
(A) Formuler une demande d'indemnisation	17
(I) En cas d'urgence	17
(II) Documents requis pour formuler une demande d'indemnisation	18
(III) Délai pour formuler une demande d'indemnisation	18
(B) Réponse de l'assureur	19
(C) Faire appel de la décision de l'assureur.....	19
(D) Responsabilité civile.....	19
VOS QUESTIONS.....	19
PROTECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS.....	22
PRODUITS SEMBLABLES	22
RENOI À L'AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS	22
DÉFINITIONS	25
AVIS DE RÉOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE.....	30
AVIS D'ANNULATION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE.....	30
ACCUSÉ DE RÉCEPTION.....	32

INTRODUCTION

Dans ce Guide, '*nous, nos et notre*' correspond à La Compagnie d'assurance générale CUMIS. *Allianz Global Assistance* est le nom commercial enregistré d'AZGA Service Canada Inc. et AZGA Insurance Agency Canada Inc.

Dans ce Guide, '*vous, vos et votre*' correspond à toutes les personnes indiquées sur *votre* Page des déclarations, lorsque la prime d'assurance requise a été payée pour ces personnes avant la *date d'effet*.

Le présent Guide de distribution décrit les caractéristiques et garanties offertes par le Régime annuel. Le guide *vous* renseigne sur la nature de la couverture de même que sur les exclusions et limites qui s'appliquent. Le guide *vous* permet de déterminer si le produit est celui qui *vous* convient et s'il répond à *vos* besoins, sans devoir consulter un conseiller autorisé en assurance.

Pour établir la couverture que *vous* avez souscrite ainsi que les montants maximaux correspondants, veuillez consulter *votre* Page des déclarations.

Les mots en *italique* contenus dans ce Guide ont une signification particulière. Pour la connaître, veuillez consulter la section 'Définitions'.

DESCRIPTION DES PRODUITS OFFERTS

(A) Nature des assurances

Sous le Régime annuel, *nous vous* rembourserons les frais médicaux admissibles relativement à une *urgence*, médicale, dont :

- Les soins médicaux d'urgence;
- Les soins dentaires d'urgence;
- Le transport médical d'urgence.

Cette assurance couvre également les services d'assistance médicale et les services d'assistance en voyage en cas d'urgence.

Cette assurance *vous* protège contre des situations ou des pertes découlant de **conditions ou d'événements soudains et imprévus**.

(B) Sommaire des conditions particulières

(I) Admissibilité

Pour être admissible à l'assurance, *vous* devez satisfaire à **toutes les conditions suivantes** :

- être un citoyen canadien ou un résident permanent ou temporaire au Canada;
- être couvert en vertu de *votre régime gouvernemental d'assurance pour soins médicaux* pour la *durée de votre assurance*;
- avoir **64 ans ou moins** au moment de l'achat de l'assurance, comme indiqué sur *votre Page des déclarations*; **et**
- ne pas voyager pour plus de :

- **10 jours consécutifs** par *voyage* si *vous* avez choisi un régime annuel de 10 jours; **ou**
- **30 jours consécutifs** par *voyage* si *vous* avez choisi un régime annuel de 30 jours.

Les jours consécutifs incluent *vosre date de départ* et la *date de retour* à *vosre point de départ*.

Si *vous* voyagez plus de 10 jours consécutifs en vertu du Régime de 10 jours ou plus de 30 jours consécutifs en vertu du Régime de 30 jours, *vous* devez souscrire une *assurance complémentaire* comme il est précisé dans la présente *police*. Si *vous* ne souscrivez pas une *assurance complémentaire* à votre Régime de 10 jours ou de 30 jours ou ne répondez pas aux critères d'admissibilité, *vos* réclamations ne seront pas couvertes pendant ce *voyage*.

Le régime annuel que *vous* avez choisi est indiqué sur *vosre Page des déclarations*.

Si *vous* êtes âgé de 59 ans ou moins, *vous* pouvez souscrire une *assurance complémentaire* d'au plus 30 jours supplémentaires pour *vosre voyage*.

Si *vous* êtes âgé entre 60 et 64 ans inclusivement, *vous* pouvez souscrire une *assurance complémentaire* d'au plus 10 jours supplémentaires pour *vosre voyage*.

Vous pouvez effectuer un nombre illimité de voyages pendant la durée de l'assurance.

Vosre âge correspond à l'âge que *vous* avez à la date à laquelle *vous* présentez *vosre* proposition d'assurance.

ATTENTION !

La proposition d'assurance doit être précisément et correctement remplie. Sinon, nous pourrions annuler vosre assurance.

(II) Entrée en vigueur de l'assurance

En vertu de la présente *police*, *vosre* assurance commence à *vosre date d'effet*, qui est selon votre Régime annuel :

- la date de *vosre* proposition d'assurance; **ou**
- la date que *vous* indiquez comme étant la date de *vosre* premier départ en *voyage* en vertu de la présente assurance, tel qu'il est inscrit sur *vosre* proposition d'assurance (qui ne peut pas être plus de 60 jours de la date de *vosre* proposition d'assurance).

(III) Confirmation de l'assurance

Vosre Page des déclarations constitue la confirmation de *vosre* assurance.

(IV) Assurance complémentaire au Régime annuel

Si *vous* voyagez plus de 10 jours consécutifs en vertu du Régime de 10 jours ou plus de 30 jours consécutifs en vertu du Régime de 30 jours, *vous* devez souscrire une *assurance complémentaire* comme il est précisé ci-dessous :

- Avant *vosre date de départ*, *vous* pouvez communiquer avec votre prestataire de voyages pour souscrire une *assurance complémentaire*;

- Après *votre date de départ* , si *vous* n'avez pas eu de *problèmes de santé* pendant *votre voyage* , *vous* devez communiquer avec *votre prestataire de voyages* avant *votre date de retour* prévue pour souscrire une *assurance complémentaire* ;
- Après *votre date de départ* , et si *vous* avez eu des *problèmes de santé* pendant *votre voyage* , *vous* devez communiquer avec *Allianz Global Assistance* avant *votre date de retour* prévue pour souscrire une *assurance complémentaire* . L'émission d'une *assurance complémentaire* est soumise à l'approbation d' *Allianz Global Assistance* .
- *Vous* devez avoir payé la prime d' *assurance complémentaire* le ou avant la *date d'effet* de la durée de l' *assurance complémentaire* .

Les conditions, modalités et exclusions de *votre* nouvelle *police* émise comme *assurance complémentaire* seront en vigueur dès le début de la période complémentaire.

Si *vous* ne souscrivez pas une *assurance complémentaire* à *votre* Régime de 10 jours ou de 30 jours, *vos* réclamations ne seront pas couvertes pendant ce *voyage* .

(V) **Forfait d'assurance**

En vertu de la couverture pour soins médicaux et dentaires d'*urgence*, *nous* vous rembourserons les dépenses admissibles si *vous* avez dû recevoir des *soins médicaux* et/ *ou* *dentaires d'urgence* pendant *votre voyage* .

Ces dépenses doivent :

- être *nécessaires sur le plan médical* ; **et**
- avoir été encourues après que *vous* ayez quitté *votre* province ou territoire de résidence.

Le *problème médical* doit :

- survenir pendant *votre* voyage en dehors de *votre* province ou territoire de résidence;
- découler de conditions ou événements **soudains et inattendus**; **et**
- survenir pendant la *période de couverture* .

ATTENTION !

Cette assurance ne couvre pas les conditions ou les événements qui, à la date d'achat :

- **vous sont connus**; **ou**
- **qui se produiront probablement.**
-

Nous couvrirons également les frais de transport médical d'*urgence* pour le retour à *votre* province de résidence habituelle

Nous assurons les frais médicaux d'*urgence* jusqu'à concurrence du montant maximal de la *police* de 5 000 000 \$ pour ce qui suit :

- les *soins médicaux d'urgence* ;
- les *soins dentaires d'urgence* ; **et**
- le transport médical d'*urgence*.

Sauf sur indication contraire, tous les montants maximaux sont indiqués en devise canadienne (\$CA).

(a) Frais pour soins médicaux d'urgence

Nous vous remboursons les *frais raisonnables et d'usage* relatifs aux soins suivants dont vous avez besoin et qui sont *nécessaires sur le plan médical* :

(i) Soins médicaux d'urgence

Nous couvrons les *soins médicaux d'urgence* ou le *traitement* de tout *problème médical* :

- qui serait considéré comme aigu (l'apparition est soudaine et imprévue); **et**
- qui risquerait de mettre la vie du malade en danger; **ou**
- qui pourrait entraîner des dommages sérieux et irréparables si négligés.

Les frais couverts comprennent également les rayons X et les frais de laboratoire.

(ii) Soins dentaires d'urgence

Nous couvrons les frais dentaires suivants si :

- vous avez besoin de *traitement* dentaire pour réparer ou remplacer vos dents naturelles ou prothèses dentaires fixes **en raison d'un coup direct accidentel reçu à votre visage**, dans ce cas, les frais couverts sont les suivants :
 - les frais de soins dentaires *d'urgence* que vous avez encourus pendant *votre voyage*; **et**
 - les frais afin de continuer de recevoir le *traitement* nécessaire après *votre retour au Canada*, jusqu'à concurrence de **1 000 \$ par personne**. Ce *traitement* doit être complété dans les **90 jours** suivant l'*accident*.

ou :

- si vous avez besoin de *soins d'urgence* pour **soulager des douleurs aux dents**, dans ce cas, les frais couverts sont les suivants :
 - pour des frais de soins dentaires d'urgence encourus pendant *votre voyage*, jusqu'à concurrence de **250 \$**; **et**
 - la totalité du coût des *médicaments d'ordonnance*.

Les frais couverts comprennent également les rayons X et les frais de laboratoire.

Tous les soins doivent être requis dans le cadre d'un *traitement d'urgence* demandé ou effectué par un dentiste autorisé.

(iii) Honoraires

Frais pour soins d'urgence dispensés par un professionnel autorisé :

- physiothérapeute;

- chiropraticien;
- podologue;
- podiatre; **ou**
- ostéopathe,

jusqu'à concurrence de **250 \$ par profession, par personne.**

(iv) Infirmière privée autorisée

Nous couvrons les frais des services d'infirmiers ou d'infirmières privés jusqu'à concurrence de **5 000 \$** alors que *vous* êtes un *patient hospitalisé*.

Ces frais doivent être **préapprouvés** par *Allianz Global Assistance*.

(v) Médicaments sur ordonnance

Nous couvrons le coût des *médicaments sur ordonnance* s'ils sont prescrits en raison d'un *problème médical* urgent; l'approvisionnement étant limité à **30 jours**.

(vi) Équipement médical

La présente assurance couvre le coût d'appareils médicaux, dont :

- fauteuils roulants;
- marchettes;
- appareils orthopédiques;
- béquilles; **ou**
- lits de type *hôpital*

s'ils sont prescrits par un médecin autorisé.

Nous paierons le montant le moins élevé entre le coût de location et le prix d'achat.

(vii) Ambulance/Transport terrestre

La présente assurance paie le transport terrestre local vers un fournisseur de soins médicaux, en cas d'*urgence*.

(b) Services d'assistance médicale

(i) Assistance médicale

Si vous avez une *urgence de nature médicale*, vous devez communiquer avec *Allianz Global Assistance*.

S'il y a lieu, *Allianz Global Assistance* vous dirigera vers :

- un *médecin*;
- un dentiste;
- un *hôpital*;
- un établissement médical locale; **ou**
- toute autre ressource appropriée.

(ii) Consultation médicale et suivi

Si *vous* êtes hospitalisé, le personnel médical d'*Allianz Global Assistance* demeurera en contact avec *vous* et *votre médecin* traitant :

- pour obtenir des renseignements sur les soins que *vous* recevez; **et**
- déterminer si *vous* avez besoin d'assistance supplémentaire.

Allianz Global Assistance communiquera également avec *votre médecin* personnel et *votre* famille à la maison, s'il y a lieu.

(c) Transport médical d'urgence

Nous coordonnerons et couvrirons les services de transport médical :

- dont *vous* avez besoin en raison d'une *blessure* ou d'une *maladie* qui survient pendant la *durée de la couverture*;
- et**
- qui nécessite :
 - le transport jusqu'à un établissement de santé approprié; **ou**
 - *votre* retour à *votre* province ou territoire de résidence.

Tous les services de transport médical d'urgence doivent être **préautorisés** et coordonnés d'avance par *Allianz Global Assistance*. Les services non autorisés au préalable par *Allianz Global Assistance* ne sont pas couverts.

(i) Transport vers un établissement de santé approprié

Si *notre* médecin consultant et le *médecin* traitant déterminent :

- qu'un *traitement* adéquat n'est pas disponible sur les lieux; **et**
- que ce *traitement* est *nécessaire sur le plan médical*.

(ii) Retour jusqu'à votre province ou territoire de résidence

Nous prendrons les dispositions nécessaires pour assurer *votre* retour à *votre* province ou territoire de résidence si *notre médecin* consultant :

- détermine que vous êtes en mesure de revenir à la maison après avoir reçu des *soins médicaux d'urgence*; **et**
- recommande *votre* retour à la maison.

Nous coordonnerons et défrayerons jusqu'à concurrence du montant maximal global compris à *votre police*, les services et les frais suivants pour *votre* transport jusqu'à *votre* province ou territoire de résidence :

- La différence suivante :
 - le coût d'un billet d'avion aller simple en classe Économie à bord d'un appareil commercial, par l'itinéraire le plus économique; **moins**
 - tout remboursement obtenu pour tout billet de retour non utilisé;
- les frais d'un agent de bord médicalement qualifié qui *vous* accompagnera si :
 - cela est jugé *nécessaire sur le plan médical*; **ou**
 - la compagnie aérienne l'exige;
- Le coût d'une civière à bord d'un appareil commercial, par l'itinéraire le plus économique vers *votre* province ou territoire de résidence, si une civière est *nécessaire sur le plan médical*.

- Le coût du transport par avion ambulance vers l'établissement médical le plus approprié dans *votre* province ou territoire de résidence, si l'utilisation d'un avion ambulance est requis et *nécessaire sur le plan médical*

(iii) Hébergement et repas

Nous couvrons :

- les frais d'hôtel;
- les frais de repas; **et**
- les frais de taxi

si *vous* ou *votre* *compagnon de voyage* , parce que vous avez reçu un *traitement d'urgence* couvert :

- êtes retardé au-delà de la *date de retour* prévue; **ou**
- devez être transféré pour recevoir des soins médicaux.

Nous couvrons les frais d'hébergement et de repas jusqu'à concurrence de **150 \$ par jour** pendant **au plus 10 jours**.

Visites d'un compagnon de chevet

Nous couvrirons certaines dépenses pour qu'un *ami personnel* **ou** un *membre de la famille* puisse se rendre à *votre* chevet si :

- *vous* voyagez seul; **et**
- *vous* êtes *hospitalisé* durant *votre* *voyage* pour **plus de 3 jours consécutifs** à titre de *patient hospitalisé* .

Les dépenses couvertes sont les suivantes :

- le coût d'un billet d'avion aller-retour, en classe Économie par l'itinéraire le plus économique;

et

nous rembourserons également ce qui suit jusqu'à concurrence de **150 \$ par jour jusqu'à concurrence de 10 jours**, pour :

- les frais d'hébergement raisonnables pour cette personne;
- les frais de taxi pour cette personne; **et**
- les frais de repas pour cette personne.

Une vérification sera faite auprès du *médecin* traitant attestant que votre état de santé est suffisamment critique pour justifier la visite.

Cette indemnité doit être préapprouvée et coordonnée par *Allianz Global Assistance* .

(iv) Rapatriement de la dépouille

Advenant *votre* décès pendant *votre* *période de couverture* , en raison d'un *problème médical* couvert en vertu de la présente assurance, l'assurance couvre les dépenses suivantes :

- le coût des services raisonnables et nécessaires pour le transport de *vo*tre dépouille du lieu du décès jusqu'à *vo*tre ville de résidence; **ou**
- l'inhumation ou l'incinération de *vo*tre dépouille à l'endroit où *vo*tre décès est survenu. Le coût du cercueil d'inhumation ou de l'urne n'est pas un frais couvert; **et**
- si une personne est légalement tenue d'identifier *vo*tre dépouille :
 - le prix d'un billet d'avion aller-retour, en classe Économie, par l'itinéraire le plus économique pour cette personne; **et**
 - les frais d'hébergement et de repas engagés par cette personne.

Les repas et l'hébergement sont couverts pour cette personne jusqu'à concurrence de **150 \$ par jour** et de **3 jours**.

La garantie maximale pour le rapatriement de la dépouille jusqu'à concurrence de 5 000 \$.

(v) Retour du compagnon de voyage

Nous couvrons votre *compagnon de voyage* pour les frais supplémentaires du transfert d'un billet d'avion aller simple en classe Économie à bord d'un appareil d'une compagnie aérienne commerciale, par l'itinéraire le plus économique pour le retour au *point de départ* si :

- *vous* devez revenir au Canada en raison d'un *problème médical* couvert en vertu de cette assurance; **et**
- *vous* voyagez avec un *compagnon de voyage*.

Cette garantie doit être **préapprouvée** et coordonnée par *Allianz Global Assistance*.

(vi) Retour des enfants et accompagnateurs pour les enfants jusqu'à leur point de départ

Nous couvrons :

- les frais supplémentaires du prix d'un billet d'avion aller simple, en classe Économie, sur un vol commercial, par l'itinéraire le plus économique pour le retour de ces *enfants* à leur *point de départ*; **et**
- le coût d'un billet d'avion aller-retour en classe Économie, sur un vol commercial, par l'itinéraire le plus économique pour un accompagnateur, si le transporteur aérien exige que les *enfants* soient accompagnés.

si :

- des *enfants* assurés en vertu de l'une de *nos* assurances médicales en cas d'urgence *vous* accompagnez ou *vous* rejoignez pendant votre *voyage*;

et

- *vous* êtes hospitalisé pendant **plus de 24 heures**; **ou**
- *vous* devez revenir au Canada

en raison de *vos problèmes médicaux* d'urgence couverts en vertu de la présente assurance.

(vii) Retour du véhicule

Nous couvrirons les frais raisonnables engagés pour le retour du véhicule :

- à votre résidence; **ou**
- à l'agence de location

si vous n'êtes pas en mesure de ramener un véhicule :

- qui vous appartient; **ou**
- que vous avez loué

à son point d'origine, par suite d'une *urgence* médicale couverte.

La garantie maximale pour le retour du véhicule est jusqu'à concurrence de **2 000 \$**.

Cette garantie doit être **préautorisée** et coordonnée par *Allianz Global Assistance*.

(VI) Service d'assistance en d'urgence en voyage 24/24

(a) Remplacement des documents de voyage et des billets

Nous vous fournirons les renseignements et l'assistance pour remplacer vos documents de *voyage* qui ont été perdus ou volés, comme :

- votre passeport;
- billets d'avion;
- autres documents de voyage.

Nous vous aiderons également à remplacer les billets d'avion perdus et autres billets de voyage et à obtenir de l'argent à ces fins. Ces fonds seront fournis par vous, votre famille ou vos amis. Nous prendrons toutes les dispositions nécessaires pour vous et nous vous aiderons à revenir à la maison si votre *voyage* est interrompu.

(b) Assistance juridique

Si vous avez des problèmes juridiques alors que vous voyagez, nos coordonnateurs vous aideront à trouver un conseiller juridique sur place.

Nous vous aiderons à coordonner le transfert de fonds provenant de votre famille ou de vos amis si :

- vous devez fournir un cautionnement; **ou**
- vous devez payer immédiatement les honoraires d'un avocat.

(c) Transfert de fonds d'urgence

Nous vous aiderons à trouver de l'argent d'*urgence* si :

- votre argent ou vos chèques de voyage sont volés ou perdus; **ou**
- vous avez besoin de fonds pour payer immédiatement des dépenses imprévues.

Ces fonds vous seront remis en espèces, chèques de voyage ou toute autre forme que nous trouvons acceptable et vous seront transmis en temps opportun.

Ces fonds seront fournis par vous, votre famille ou vos amis.

Nos coordonnateurs d'assistance prendront tous les arrangements nécessaires pour *vous*.

(d) Centre de message d'urgence

En cas d'urgence, communiquez avec *Allianz Global Assistance*, identifiez-*vous* en mentionnant *votre nom et votre numéro de police*, puis transmettez *votre message* au coordonnateur d'assistance.

Nous tenterons à au moins **3 reprises en 24 heures** de joindre le tiers demandé, et *nous* *vous* indiquerons les résultats de *nos efforts* pour transmettre le message.

Nous ne sommes pas responsables de la livraison d'un message dans le cas où il est impossible de joindre le destinataire. Ce service peut être utilisé pour les *voyages* effectués partout au monde.

(VII) Assistance en cas d'urgence médicale

Vous devez communiquer avec Allianz Global Assistance avant de tenter d'obtenir des traitements d'urgence.

ATTENTION

Vous pourriez être responsable de 30 % de vos frais médicaux au titre de la présente assurance si :

- ***vous n'avez pas avisé Allianz Global Assistance; ou***
- ***vous choisissez de recevoir un traitement de la part d'un fournisseur de services autre que celui proposé par Allianz Global Assistance.***

Si vos problèmes médicaux vous empêchent de téléphoner avant d'obtenir des soins d'urgence, vous devez communiquer avec Allianz Global Assistance dès que vous êtes médicalement apte à le faire. Autrement, une personne (*membre de la famille, ami, hôpital ou le personnel du bureau du médecin, etc.*) peut *nous* téléphoner pour *vous*.

Le personnel médical d'*Allianz Global Assistance* doit **préapprouver** toutes les procédures cardiaques, y compris le cathétérisme cardiaque. Les procédures cardiaques qui ne sont pas approuvées par *Allianz Global Assistance* ne sont pas couvertes.

(VIII) Prolongation automatique de votre assurance

Peut importe *votre date d'expiration*, l'assurance sera automatiquement prolongée, pourvu que :

- *votre voyage* en entier se déroule pendant la *période de couverture* que vous avez choisie
 - **10 jours par voyage** si *vous* avez choisi le régime annuel de 10 jours; **ou**
 - **30 jours par voyage** si *vous* avez choisi le régime annuel de 30 jours;

et

- *votre retour* soit retardé en raison de circonstances imprévues hors de *votre contrôle*, incluant :
 - l'hospitalisation en tant que *patient hospitalisé*; **ou**
 - un problème médical en ce qui *vous* concerne ou *votre compagnon de voyage*.

Si la couverture est prolongée pour ces raisons, elle prendra fin à la **première des éventualités suivantes** :

- *votre arrivée dans :*
 - *votre province ou territoire de résidence; **ou***
 - *votre retour à destination selon votre itinéraire de voyage;*

ou

- **5 jours** après la date prévue de *votre retour*.

Cependant, si *vous êtes hospitalisé en tant que patient hospitalisé, et si nécessaire sur le plan médical*, nous prolongerons *votre assurance* :

- jusqu'à **72 heures** à partir du moment où *vous aurez reçu votre congé; **mais***
- en aucun cas pour plus de **3 mois** à partir de la date prévue de *votre retour*.

(IX) Primes

La prime requise est mentionnée sur *votre formulaire de demande ou en ligne pendant le processus de demande en ligne si vous contractez votre assurance en ligne*. La taxe de vente provinciale sera ajoutée au montant de la prime.

Sauf sur indication contraire, toutes les primes, tous les montants maximaux et tous les paiements des indemnités sont indiqués en devise canadienne (\$CA).

Vous devez payer la prime totale requise avant la date de départ.

(X) Bénéficiaire

Allianz Global Assistance peut également demander au fournisseur de soins médicaux de nous facturer directement les frais médicaux couverts par la présente assurance plutôt qu'à vous.

(C) Exclusions, limites et réduction de la couverture

ATTENTION

(I) Conditions préexistantes

Si vous êtes âgé de 59 ans ou moins :

La présente assurance ne prend pas en charge les frais se rattachant directement ou indirectement à ce qui suit :

- ***votre problème médical ou une affection connexe si, dans les 90 jours précédant la date d'effet de votre assurance, votre problème médical ou l'affection connexe n'a pas été stable.***
- ***votre problème cardiaque si, dans les 90 jours précédant votre départ :***
 - ***n'a pas été stable; **ou*****
 - ***vous avez pris de la nitroglycérine plus d'une fois par semaine dans le but précis de soulager des douleurs d'angine de poitrine.***
- ***votre problème pulmonaire si, dans les 90 jours précédant votre départ :***

ATTENTION (continue)

- n'a pas été *stable*; **ou**
- *vous avez reçu une oxygénothérapie à domicile ou avez dû prendre des stéroïdes oraux (prednisone ou prednisolone) pour un problème pulmonaire quelconque.*
- **Tout *problème médical* pour lequel :**
 - *des examens éventuels étaient prévus avant la date d'effet*; **ou**
 - *des traitements étaient prévus avant la date d'effet (autre qu'un examen courant).*

Si vous êtes âgé entre 60 et 64 ans inclusivement :

la présente assurance ne prend pas en charge les frais se rattachant directement ou indirectement à ce qui suit :

- *votre problème médical ou une affection connexe si, dans les 180 jours précédant la date d'effet de votre assurance, votre problème médical ou l'affection connexe n'a pas été stable.*
- *votre problème cardiaque si, dans les 180 jours précédant votre départ :*
 - *n'a pas été stable*; **ou**
 - *vous avez pris de la nitroglycérine plus d'une fois par semaine dans le but précis de soulager des douleurs d'angine de poitrine.*
- *votre problème pulmonaire si, dans les 180 jours précédant votre départ :*
 - *n'a pas été stable*; **ou**
 - *vous avez reçu une oxygénothérapie à domicile ou avez dû prendre des stéroïdes oraux (prednisone ou prednisolone) pour un problème pulmonaire quelconque.*
- **Tout *problème médical* pour lequel :**
 - *des examens éventuels étaient prévus avant la date d'effet*; **ou**
 - *des traitements étaient prévus avant la date d'effet (autre qu'un examen courant).*

(II) Exclusions générales

L'assurance ne remboursera pas les frais engagés imputables à :

- **tout *traitement, service, fourniture ou frais* :**
 - *que nous jugeons non requis découlant d'une urgence médicale*; **ou**
 - *qui peut être raisonnablement retardé jusqu'à votre retour dans votre province ou territoire de résidence;*
- **tout *traitement* :**
 - *reçu dans des installations non autorisées*; **ou**
 - *dispensé par des fournisseurs de soins de santé non autorisés;*
- **tout *traitement* offert par un *membre de la famille* ou un *compagnon de voyage*, que celui-ci soit ou non un fournisseur de soins de santé autorisé;**

ATTENTION (continue)

- des soins réguliers relatifs à un problème chronique;
- toute procédure cardiaque y compris le cathétérisme, l'angioplastie ou la chirurgie cardiovasculaire doit être préapprouvée par le personnel médical d'*Allianz Global Assistance*;
- tout *traitement* reçu si le but du *voyage* est de recevoir des soins médicaux, des médicaments ou des *traitements*;
- tout *problème médical* pour lequel un *traitement* ou une hospitalisation pendant *votre voyage* était raisonnablement prévisible;
- tout problème :
 - pour lequel *vous* aviez des symptômes avant la *date d'effet de votre voyage*; **et**
 - qui aurait amené une personne prudente à obtenir un diagnostic ou un *traitement* (y compris un *traitement d'urgence*);
- la récurrence ou la complication de tout *problème médical* :
 - à la suite d'un *traitement médical* pendant *votre voyage*;
 - si *Allianz Global Assistance* a indiqué et recommandé que *vous* reveniez à la maison; **et**
 - que *vous* avez refusé de le faire;
- un *traitement* ou une intervention chirurgicale pour une affection spécifique ou un état connexe qui a amené *votre médecin* à *vous* déconseiller de voyager;
- un *traitement* ou une intervention chirurgicale pour une affection spécifique ou un état connexe que *vous* avez contracté au cours de *votre voyage* lorsque, avant *votre date d'effet*, un *avis aux voyageurs* indiquait aux Canadiens de ne pas se rendre dans un pays, une région ou une ville.

Cette assurance ne remboursera pas les frais engagés directement ou indirectement imputables à toute perte découlant de ce qui suit :

- l'automutilation volontaire, le suicide ou la tentative de suicide (quel que soit *votre état mental*);
- les coûts de :
 - soins prénataux courants;
 - *traitements* de fertilité;
 - interruption volontaire de grossesse;
 - naissance d'un enfant survenant au cours de *votre voyage*;
 - complications de *votre grossesse* survenant dans les neuf (9) semaines précédant **ou** suivant la date prévue de l'accouchement;
- les troubles psychologiques, nerveux ou affectifs ne nécessitant pas une hospitalisation immédiate;
- la surconsommation de tout médicament ou la dérogation à une thérapie ou à un *traitement* ordonné par un médecin;

ATTENTION (continue)

- toute *blessure* ou tout *accident* qui survient alors que:
 - vous êtes sous l'influence de drogues illicites;
 - vous êtes sous l'influence de l'alcool (soit une concentration d'alcool dans le sang supérieure à 80 milligrammes d'alcool pour 100 millilitres de sang); **ou**
 - que vos facultés sont visiblement affaiblies en raison de la consommation d'alcool ou de drogues illicites;
- toute maladie chronique ou hospitalisation relative à, ou aggravée par, la consommation régulière d'alcool ou de drogues illicites;
- une guerre (déclarée ou non), les actes d'hostilité, les devoirs militaires, les désordres civils ou l'agitation civile; le *terrorisme* ou l'*acte de terrorisme*;
- les sports amateurs ou *professionnels* ou d'autres activités d'athlétisme qui sont :
 - organisés;
 - sanctionnés; **ou**
 - organisés **et** sanctionnés;

les sports plein contact :

- chute libre;
- deltaplane;
- saut à l'élastique;
- parachutisme;
- *alpinisme* (où on utilise normalement des cordes ou des œilletons);
- spéléologie d'exploration;
- ski héliporté;
- ski ou planche à neige pratiqués sur des pistes non balisées; **et**
- courses ou les épreuves de vitesse d'engins motorisés.

cette restriction ne s'applique pas aux activités d'athlétisme amateur qui sont :

- sans contact; **et**
- que la personne assurée pratique uniquement aux fins suivantes :
 - loisir;
 - divertissement; **ou**
 - mise en forme.

- la plongée sous-marine, à moins que :
 - vous déteniez une accréditation de base de **PLONGÉE SOUS-MARINE** reçue d'une école certifiée ou d'un autre organisme de réglementation; **ou**
 - vous soyez accompagné par un maître plongeur; **ou**
 - vous plongiez dans l'eau d'une profondeur maximale de **10 mètres**;
- réaction nucléaire, radiation ou *contamination* radioactive;
- *contamination* chimique ou biologique;
- infiltration de gaz ou de liquides nocifs, pollution ou *contamination*;
- épidémie ou pandémie;

ATTENTION (continue)

- **effondrement financier ou faute de tout prestataire de transport, circuit ou hébergement et/ou tout autre prestataire de services**
- **tout acte illégal commis par *vous*, *votre famille* ou *vos compagnons de voyage*, que ces personnes soient assurées ou non;**
- **chirurgie esthétique ou toute autre chirurgie électorive;**
- **chirurgie pour la récolte d'organes;**
- **Les *voyages* par avion, sauf lorsque *vous* voyagez, montez à bord ou descendez d'un appareil commercial et que vous êtes muni d'un billet émis par :**
 - **une compagnie aérienne régulière;**
 - **sur un vol régulier; et**
 - **pour un voyage régulier ou un vol nolisé régulier;**
- **tout *problème médical* ou condition relative que *vous* connaissiez avant *votre voyage* et pour laquelle *vous* saviez que *vous* auriez besoin ou cherchiez à recevoir un traitement ou une chirurgie.**
- ***Vous* partez en voyage dans un pays, une région ou une ville où le gouvernement canadien a émis une mise en garde écrite aux voyageurs, avant la date de *votre* départ; ou**
- ***Vous* voyagez vers un pays sanctionné pour affaire ou activité dans la mesure où ladite couverture irait à l'encontre de la loi ou des réglementations en vigueur sur les sanctions économiques et commerciales nationales.**

***Nous* annulerons cette *police* :**

- **en cas de fraude ou de tentative de fraude de *votre* part;**
- **si *vous* déformez les faits ou circonstances matérielles; ou**
- **si *vous* cachez les faits ou circonstances matérielles.**

Le formulaire de demande d'assurance doit être rempli correctement et en totalité sinon, à *notre* discrétion, *nous* annulerons *votre* couverture.

(III) Coordination des prestations

Lorsque :

- ***vous* détenez auprès de *votre* employeur un régime d'assurance maladie complémentaire; ou**
- ***vous* êtes retraité et que *vous* détenez auprès de votre ancien employeur un régime d'assurance maladie complémentaire;**

***Nous* :**

- **ne coordonnerons pas le paiement si *votre* couverture maximale à vie est inférieure à 50 000 \$;**
- **coordonnerons seulement le paiement en excès de 50 000 \$ si *votre* couverture**

ATTENTION (continue)

maximale à vie est supérieure à 50 000 \$, en vertu des directives de coordination des prestations émises par l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes.

(IV) Limites

- ***Vous serez responsable de 30 % de vos frais médicaux au titre de la présente assurance si :***
 - *vous n'avez pas **Allianz Global Assistance**; **ou***
 - *vous choisissez de recevoir un **traitement** de la part d'un fournisseur de services autre que celui proposé par **Allianz Global Assistance**.*

Si vos problèmes médicaux vous empêchent de téléphoner avant d'obtenir des soins d'urgence, vous devez communiquer avec **Allianz Global Assistance** dès que vous êtes médicalement apte à le faire. Autrement, une personne (membre de la famille, ami, hôpital ou le personnel du bureau du médecin, etc.) peut nous téléphoner pour vous.

- ***Cette assurance ne couvre que les frais en excès de ceux couverts en vertu de votre régime gouvernemental d'assurance pour soins médicaux.***
- ***Toutes les indemnités qui vous sont payables au titre de la présente police viennent en complément des montants qui vous sont payables par un autre assureur pour des garanties identiques ou semblables.***
- ***Si des indemnités semblables à celles pour lesquelles vous êtes assuré en vertu des présentes vous sont payables par plus d'une garantie d'assurance, le total des indemnités qui vous sont payées par tous les assureurs ne peut dépasser vos pertes totales réelles.***
- ***Vous devez nous rembourser tout montant payé ou autorisé pour paiement en votre nom, si nous établissons que ce montant n'est pas payable au titre de la présente assurance.***
- ***Nous, **Allianz Global Assistance** et nos agents ne sommes pas responsables de la disponibilité, de la qualité ou des résultats de tout **traitement** médical ou de tout transport, ni de l'impossibilité de recevoir un **traitement** médical.***
- ***Aucun agent ni aucune autre personne n'est autorisé à recevoir ou à fournir des commentaires ou des renseignements ou à modifier ou abandonner toute disposition de la présente **police**.***
- ***Cette assurance ne couvre aucun intérêt.***

(D) Fin de l'assurance

Votre assurance prend fin à la première des éventualités suivantes :

- pour chaque voyage, la date de *vos* retour dans *vos* province ou territoire de résidence, sauf dans les circonstances exposées dans 'Prolongation automatique de *vos* assurance';
ou
- 00 h 01 à *vos* date d'expiration, qui est la date du premier anniversaire de *vos* date d'effet en vertu du Régime annuel à la *date de vos* retour.

(E) Annulation

Cette assurance peut être annulée par :

- *vous* / l'assuré; **ou**
- *nous* / l'assureur.

(I) Annulation de *vos* part / par l'assuré

Vous pouvez annuler cette assurance sans pénalité :

- dans les **10 jours** de la date d'émission de la *police d'assurance*; **et**
- avant la *date de vos* départ et si *vous* n'avez pas présenté une demande d'indemnisation.

La date d'émission de *vos* *police* est indiquée sur *vos* Page des déclarations

(II) Annulation de *notre* part / par l'assureur

Nous pouvons annuler *vos* *police* si :

- *vous* avez commis une fraude ou tenté de commettre une fraude;
- *vous* avez déformé les faits ou circonstances matérielles; **ou**
- *vous* avez caché les faits ou circonstances matérielles.

Nous pouvons également, à *notre* discrétion, annuler toute *vos* couverture si la demande d'assurance n'a pas été dûment et correctement remplie.

(F) Autres renseignements

Pour obtenir plus de détails à propos de cette assurance, veuillez communiquer avec *Allianz Global Assistance* en composant le numéro sans frais 1 866 520-8823 ou à frais virés au 519 742-9013.

Vous pouvez également communiquer avec *nous* par courriel à contact@allianz-assistance.ca.

PREUVE DE PERTE OU DEMANDE D'INDEMNISATION

(A) Formuler une demande d'indemnisation

(I) En cas d'urgence

Avant de recevoir un *traitement*, vous devez communiquer avec *Allianz Global Assistance* à l'un des numéros suivants :

1 866 520-8823 – sans frais du Canada, des États-Unis, de Porto Rico et des Îles vierges américaines
519 742-9013 – à frais virés de partout ailleurs dans le monde.

Veillez noter que l'Assurance médicale en cas d'*urgence* prévoit une réduction des indemnités si vous ne téléphonez pas avant de tenter d'obtenir des soins d'urgence. Si vos *problèmes médicaux* vous empêchent de téléphoner avant de demander des *traitements d'urgence*, vous devez communiquer avec *Allianz Global Assistance* dès que vous êtes médicalement apte à le faire. Autrement, une personne agissant en *votre nom* peut le faire pour *vous*.

Soyez prêt à fournir les renseignements suivants au représentant d'*Allianz Global Assistance* lorsque vous téléphonez :

- votre nom et votre numéro de *police* (conformément à votre Page des déclarations);
- l'endroit où vous vous trouvez; **et**
- votre numéro de téléphone local.

Lorsque vous communiquez avec *Allianz Global Assistance*, vous serez recommandé à l'un des fournisseurs de soins médicaux appropriés et agréés. *Allianz Global Assistance* peut également demander au fournisseur de soins médicaux de nous facturer directement les frais médicaux couverts par la présente assurance plutôt qu'à vous.

Nous couvrirons les frais jusqu'à concurrence du montant indiqué à la présente *police* d'assurance, le cas échéant, afin d'assurer votre admission nécessaire sur le plan médical dans un hôpital.

(II) Documents requis pour formuler une demande d'indemnisation

Pour obtenir un formulaire de demande de règlement, veuillez communiquer avec *Allianz Global Assistance* au 1 866 520-8823 ou en vous rendant sur le site www.allianzassistanceclaims.ca.

Comme condition au paiement des indemnités au titre de la présente assurance, vous devez nous fournir certains renseignements si vous devez présenter une demande de règlement. Les documents qui suivent, sans toutefois s'y limiter, sont requis :

- l'original des reçus et des factures ainsi que le détail de toutes les dépenses;
- le formulaire de demande de règlement dûment rempli qui vous a été remis par *Allianz Global Assistance*;
- lorsqu'il s'agit de dépenses pour soins dentaires accidentels, nous exigeons des preuves de l'*accident*; **et/ou**
- Preuve du départ de votre province ou territoire de résidence.

Pour traiter *votre* demande, *nous* aurons besoin de ce qui suit :

- demander à un *médecin* choisi par *nous* de *vous* faire subir un examen médical aussi souvent que cela est raisonnablement requis lorsqu'une demande d'indemnisation est à l'étude; **et**
- demander une autopsie dans le cas d'un décès, là où la loi le permet.

Nous assumerons tous les frais afférents à ladite autopsie.

(III) Délai requis pour formuler une demande d'indemnisation.

Vous devez présenter les demandes d'indemnisation à *Allianz Global Assistance* dans les délais suivants :

- **90 jours** suivant la date du sinistre; **ou**
- si la loi applicable prévoit une période plus longue, *vous* devez présenter *votre* demande d'indemnisation dans le cadre de la période plus longue prévue par la loi.

ATTENTION

Le défaut de remplir le formulaire de demande d'indemnisation et d'autorisation requis retardera l'évaluation de *votre* demande.

(B) Réponse de l'assureur

L'assureur *vous* informera par écrit de sa décision d'approuver ou de refuser *votre* demande d'indemnisation. Cet avis *vous* parviendra dans les **10 jours** après que l'assureur aura reçu tous les renseignements requis sur lesquels il doit appuyer sa décision. Le paiement sera effectué dans les **5 jours** après que *votre* demande aura été approuvée.

L'assureur *vous* informera du refus d'une demande d'indemnisation ainsi que des raisons pour lesquelles elle aura été refusée de **5 à 10 jours** après avoir reçu tous les renseignements requis sur lesquels il doit appuyer sa décision.

Toutes les indemnités seront payées en devise canadienne (\$CA), à moins d'indication contraire. S'il est nécessaire de convertir les devises, *nous* utiliserons le taux de change en vigueur à la date à laquelle le dernier service *vous* a été rendu. À *notre* gré, *nous* pouvons payer une demande d'indemnité dans la devise du pays où le sinistre a eu lieu ou en devise canadienne.

Si *vous* êtes couvert en vertu d'une autre police que *nous* aurions émise qui procure une couverture identique ou semblable, *nous* ajusterons *votre* demande en fonction des conditions et modalités de la couverture la plus avantageuse. Le montant que *nous* paierons ne dépassera pas le total de *votre* perte monétaire.

ATTENTION

Cette assurance ne couvre aucun intérêt.

(C) Faire appel de la décision de l'assureur

Toutes les questions en litige, controverses ou demandes de règlement relevant de la présente *police* seront décidées par arbitrage, lequel aura force obligatoire et sera sans recours aux tribunaux ni possibilité de faire appel de la décision.

Cet arbitrage sera mené devant un seul arbitre dans la province ou le territoire canadien dans lequel la *police* a été émise conformément aux règles régissant l'arbitrage dans la province ou le territoire en question. En l'absence d'une telle législation, la Loi sur l'arbitrage commercial R.S.C. 1998, C.17 (deuxième supplément), s'applique dans sa version modifiée.

Toute action en justice ou tout recours à l'arbitrage contre *nous* pour le recouvrement d'une demande de règlement en vertu de la *police* ne pourra être entrepris plus **d'un an** après le sinistre faisant l'objet de la demande de règlement.

Cependant, si ce délai est non valide selon les lois de la province ou territoire de résidence d'établissement de la *police*, *vous* devez tenter *vostra* action ou procédure d'arbitrage dans le délai le plus court prescrit par les lois du lieu d'établissement de la *police*.

Vous pouvez également consulter l'Autorité des marchés financiers ou *vostra* avocat personnel.

(D) Responsabilité civile

Si *vous* subissez des pertes couvertes par la présente assurance dues à un tiers, *nous* pouvons entreprendre à *nos* frais des procédures judiciaires contre cette personne. *Nous* avons pleins droits de subrogation. *Vous* acceptez que nous utilisions pleinement *nos* droits de subrogation et de collaborer pleinement avec *nous* à produire les documents demandés. *Vous* acceptez de ne rien faire qui porterait préjudice à *nos* droits de récupérer des fonds de toute source.

VOUS AVEZ DES QUESTIONS ?

A. Pour nous les transmettre

Si vous avez des questions ou préoccupations à propos de *nos* produits, *nos* services, *vostra police*, ou une déclaration de sinistre, veuillez communiquer avec *Allianz Global Assistance* :

Sans frais au 1 866 520-8823

À frais virés au 519 742-9013

Par courriel à questions@allianz-assistance.ca

B. Pour acheminer votre demande à un niveau supérieur

Si *vous* souhaitez acheminer *vostra* demande à un niveau supérieur, veuillez le faire par écrit et fournir tout renseignement supplémentaire ou document que *vous* aimeriez que *nous* analysions.

Coordonnées :

Par la poste : Appeals Department
P.O. Box 277
Waterloo, ON
N2J 4A4

Par courriel : appeals@allianz-assistance.ca
Par télécopieur : 519 742-9471
Attention: Appeals Department

C. Pour joindre le bureau de l'Ombudsman

Si *vous* n'êtes pas satisfait des résultats des étapes précédentes, *vous* pouvez demander par écrit au Bureau de l'Ombudsman que *votre* dossier soit examiné de nouveau. Veuillez cependant noter que le Bureau de l'Ombudsman n'étudiera que les dossiers qui ont suivi le processus régulier expliqué précédemment; *vous* devrez donc mentionner les différents intervenants auxquels *vous* avez déjà parlé.

Par la poste : Ombuds Office
The Co-operators Group Limited
130 Macdonell Street, Box 3608
Guelph, ON N1H 6P8

Par courriel : Ombuds@cooperators.ca
Par téléphone : 1 877 720-6733
Par télécopieur : 519 823-9944

Après que le Bureau de l'Ombudsman aura étudié *votre* dossier, *vous* recevrez une réponse par écrit, sauf si votre cas est suffisamment simple pour qu'il soit résolu par téléphone. La plupart des cas sont habituellement réglés dans les 30 jours suivant la réception de la plainte et des documents à l'appui. S'il est impossible de respecter ce délai, on communiquera avec *vous* pour vous en expliquer la raison et *vous* indiquer à quel moment *vous* pourriez recevoir une réponse.

La réponse écrite du Bureau de l'Ombudsman sera considérée comme étant la décision sans appel de l'entreprise. À moins que *vous* ne présentiez de nouveaux renseignements pertinents qui n'avaient pas été préalablement considérés, *votre* dossier sera clos.

D. Autres recours d'expertise externe

Si *nous* n'avons pu résoudre *votre* dossier à *votre* satisfaction, et que *vous* souhaitez poursuivre le cas, *vous* pouvez communiquer avec l'Ombudsman des assurances de personnes (OAP). L'OAP est un organisme indépendant, dont le mandat est d'offrir des renseignements et des services impartiaux aux consommateurs qui n'ont pu résoudre leur plainte directement auprès de leur assureur. Pour joindre ce service, composez sans frais le 1 888 295-8112 ou consultez leur site Internet à www.OLHI.ca.

REMARQUE : *Vous devez d'abord effectuer le processus de solution des plaintes de l'entreprise avant de consulter l'OAP.*

Pour les clients du Québec : Si *vous* n'êtes pas satisfait de la manière dont votre cas a été traité, ou des résultats de l'enquête, la loi *vous* permet de demander par écrit à ce qu'un exemplaire de *votre* dossier soit envoyé à l'Autorité des marchés financiers (AMF). *Vous* pouvez communiquer avec l'AMF par téléphone au 1 877 525-0337 ou par courriel à renseignement-consommateur@lautorite.qc.ca.

E. Agence de la consommation en matière financière du Canada

L'Agence de la consommation en matière financière du Canada (ACFC) donne les moyens d'agir aux consommateurs canadiens de produits et de services financiers, promeut des pratiques responsables sur le marché financier, et informe les Canadiens de leurs droits et responsabilités

lorsqu'ils font affaire avec des institutions financières. L'ACFC assure également le respect de la conformité en ce qui concerne la Loi fédérale de la protection du consommateur qui s'applique aux institutions bancaires et aux sociétés de fiducie, de prêt et d'assurance constituées en vertu d'une loi fédérale.

PROTECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

La Compagnie d'assurance générale CUMIS (ci-après 'Assureur') et *Allianz Global Assistance*, le gestionnaire de l'assurance de l'assureur, ainsi que les agents, les représentants et les réassureurs de l'assureur (aux fins du présent Avis concernant les renseignements personnels et collectivement 'nous', 'notre' et 'nos') avons besoin d'obtenir des renseignements personnels suivants:

- les détails à *votre* sujet, notamment *votre* nom, *votre* date de naissance, adresse, numéros de téléphone, adresse de courriel, employeur, et autres renseignements
- les dossiers médicaux et renseignements *vous* concernant
- les dossiers qui reflètent *vos* relations d'affaires avec *nous* et par *notre* entremise

Ces renseignements personnels sont recueillis aux fins d'assurance suivantes lors de l'offre d'assurance et la prestation de services relatifs :

- pour *vous* identifier et communiquer avec *vous*;
- pour analyser toute proposition d'assurance;
- lorsqu'approuvée, pour émettre une *police* ou un *certificat* d'assurance
- pour administrer l'assurance et les prestations connexes pour évaluer le risque d'assurance, gérer et coordonner les demandes de règlement, réévaluer les dépenses médicales et négocier le paiement des dépenses d'indemnisation
- pour évaluer les demandes de règlement et déterminer l'admissibilité aux prestations d'assurance;
- pour fournir des services d'assistance;
- pour prévenir la fraude et à des fins de recouvrement de créance.
- tel que requis ou permis par la loi.

Nous recueillons seulement les renseignements personnels nécessaires aux fins d'assurance auprès des proposants d'assurance, des titulaires de certificat ou de police, des assurés et des prestataires. Dans certains cas, nous recueillons également des renseignements personnels auprès de membres de la famille ou d'amis des titulaires, pour des raisons médicales ou autres, lorsque les titulaires ne peuvent communiquer directement avec nous. Nous recueillons également des renseignements à des fins d'assurance auprès de tierces parties et leur en communiquons en retour. Il peut s'agir notamment de prestataires de soins de santé, d'établissements de santé au Canada et à l'étranger, de régimes d'assurance gouvernementale et privée, ainsi que d'amis et de membres de la famille de l'assuré. Nous pouvons également utiliser ou communiquer des renseignements qui se trouvent dans nos dossiers aux fins d'assurance.

Dès votre demande et autorisation, nous pouvons également divulguer ces renseignements à d'autres personnes.

Lorsqu'un individu fait une demande d'assurance, en souscrit ou s'il est couvert par un de nos contrats d'assurance ou qu'il présente une demande de règlement, il est présumé avoir consentie aux procédures d'obtention de renseignements personnels décrites dans le présent avis. Si un individu ne désire pas qu'on se serve de ses renseignements personnels à des fins facultatives, il n'a qu'à en aviser *Allianz Global Assistance*. Un individu peut refuser de communiquer ses renseignements personnels, qu'on les utilise ou qu'on les communique à autrui à des fins d'assurance; dans un tel cas cependant, il est peu probable que nous puissions lui offrir de l'assurance et des services connexes.

Nous conservons les renseignements personnels concernant le titulaire de certificat ou de police, les assurés et les prestataires dans les dossiers respectifs que nous leur attribuons et que nous conservons dans les bureaux d'*Allianz Global Assistance*. Dans certains cas, nous pouvons également communiquer ou transmettre des renseignements à des fournisseurs de soins de santé ou d'autres fournisseurs de services situés en dehors du Canada. Par conséquent, les renseignements personnels peuvent être accessibles aux instances réglementaires, conformément à la législation de ces autres juridictions. Pour plus de détails et pour consulter par écrit nos politiques et procédures en ce qui concerne les fournisseurs de services situés en dehors du Canada, veuillez communiquer avec le Responsable de la confidentialité à privacy@allianz-assistance.ca.

Nous conserverons les renseignements personnels que nous recueillons pour une période de temps déterminée et selon un mode d'entreposage conforme aux exigences légales ainsi que les besoins internes de notre entreprise. Les renseignements personnels seront détruits de façon sécuritaire après l'expiration de la période de conservation appropriée.

Les individus ont le droit de demander, de consulter ou de corriger les renseignements que nous possédons sur eux dans nos dossiers; pour ce faire, il leur suffit de communiquer avec le Responsable de la confidentialité par courriel à privacy@allianz-assistance.ca ou par écrit à l'adresse suivante :

Responsable de la confidentialité
Allianz Global Assistance
4273 King Street East
Kitchener, Ontario N2P 2E9

Pour obtenir un exemplaire complet de notre politique sur la confidentialité, rendez-vous à www.allianz-assistance.ca.

PRODUITS SEMBLABLES

Il existe d'autres types de produits sur le marché qui offrent une couverture semblable. Veuillez *vous* assurer de ne pas être couvert par une autre assurance qui propose la même couverture que celle décrite dans le présent Guide de distribution.

RENOI À L'AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS

Pour plus de renseignements au sujet des obligations de l'assureur et du distributeur à votre égard, veuillez vous adresser à :

Autorité des marchés financiers
Place de la Cité, Tour Cominar
2640, boulevard Laurier
4^e étage
Québec, Québec G1V 5C1

Numéros de téléphone :

1 877 525-0337 – sans frais
418 525-0337 – à Québec
514 395-0337 – à Montréal

Site Internet : www.lautorite.qc.ca

DÉFINITIONS

Termes définis qui apparaissent en italique dans ce guide.

Accident/accidentel	Événement : <ul style="list-style-type: none">• extérieur;• soudain;• imprévu;• non intentionnel; et• imprévisible; qui se produit entièrement de manière accidentelle pendant la <i>durée de votre couverture en voyage</i> et qui, indépendamment de toute autre cause, occasionne des <i>blessures</i> .
Allianz Global Assistance	Allianz Global Assistance, <i>notre</i> gestionnaire des services d'assistance et de règlement des sinistres en vertu de la présente <i>police</i> .
Alpinisme	L'ascension ou la descente d'une montagne qui exigent l'utilisation d'un équipement spécialisé, y compris les crampons, les pioches, les ancrages, les boulons, les mousquetons et l'équipement d'ancrage telles la moulinette et la corde liant les marcheurs.
Assurance complémentaire	Couverture que <i>vous</i> achetez : <ul style="list-style-type: none">• pour prolonger les garanties de <i>vo</i>tre assurance au-delà de la durée couverte par <i>vo</i>tre Régime annuel.• pour couvrir le nombre de jours excédentaires de <i>vo</i>yage qu'une autre assurance ne couvre pas. L'assurance complémentaire prend effet à 00 h 01 le jour suivant le dernier jour du <i>vo</i> yage que l'autre assureur ne couvre pas, et qui couvre le reste du <i>vo</i> yage jusqu'à la <i>date prévue du retour</i> .
Avis aux voyageurs	Avis formel émis par le gouvernement canadien, déconseillant aux voyageurs de se rendre dans un pays étranger ou une région de ce pays en particulier. Les avis aux voyageurs ne comprennent pas les documents contenant des renseignements touristiques.
Blessure	Blessures corporelles survenant pendant la <i>durée de couverture</i> qui, indépendamment de toute autre cause, sont directement imputables à un <i>accident</i> .
Blessure corporelle accidentelle	Toute <i>blessure</i> corporelle provenant <ul style="list-style-type: none">• d'une cause extérieure, qui se produit pendant la <i>durée de couverture</i>; et• qui est la cause directe et indépendante de la perte.
Compagnon de voyage	Personne avec laquelle <i>vous</i> partagez les préparatifs de <i>vo</i> yage et les frais d'hébergement <i>prépayés</i> .

Conjoint

La personne avec laquelle :

- *vous* êtes légalement marié; **ou**
- *vous* cohabitez en union civile légale; *ou* la personne qui cohabite avec *vous* en tant que conjoint de fait et qui est reconnue publiquement dans *vo*tre entourage comme étant *vo*tre conjoint ou *vo*tre partenaire de vie.

Aux fins de la présente assurance, *vous* ne pouvez avoir qu'un seul conjoint.

Contamination

Contamination ou empoisonnement de personnes par :

- des substances nucléaires;
- chimiques; **et/ou**
- biologiques

qui engendrent la *maladie* et/ou entraînent la mort.

Date d'effet

la date de *vo*tre proposition d'assurance, ou la date que *vous* indiquez comme étant la date de *vo*tre premier départ en *vo*yage en vertu de la présente assurance, tel qu'il est inscrit sur *vo*tre proposition d'assurance (qui ne peut pas être plus de 60 jours de la date de *vo*tre proposition d'assurance).

Date d'expiration

La date à laquelle *vo*tre *vo*yage prend fin en vertu de la présente *po*lice d'assurance comme indiqué sur *vo*tre Page des déclarations.

Date de départ

Date prévue à laquelle *vous* devez partir de *vo*tre province ou territoire de résidence.

Date de retour

Date à laquelle il est prévu que *vous* reveniez à *vo*tre *po*int de départ (selon l'heure locale de *vo*tre lieu de résidence au Canada).

Durée de la couverture

Période durant laquelle l'assurance est en vigueur, depuis la *date d'effet* jusqu'à la *date d'expiration*.

Durée du voyage

Période de temps qui s'écoule entre la date de *vo*tre départ de *vo*tre *po*int de départ jusqu'à et y compris *vo*tre *date de retour*, tel qu'indiqué à *vo*tre Page des déclarations.

Enfants

Personne célibataire qui dépend de *vous* pour sa subsistance et qui :

- **qui a moins de 21 ans;**
- **à moins de 26 ans**, s'il s'agit **d'un étudiant à temps plein**; **ou**
- **qui est atteint d'une déficience mentale ou physique et âgée de plus de 20 ans**, qui ne peut subvenir à ses propres besoins et qui était ainsi alors qu'elle était admissible comme enfant à charge

Frais raisonnables et d'usage

Frais demandés :

- régulièrement par d'autres fournisseurs/prestataires pour un service offert dans le même secteur géographique;
- qui reflètent la complexité du service en tenant compte de la disponibilité du personnel expérimenté;
- qui reflète la disponibilité des services ou des pièces d'équipement.

Hôpital

Établissement dûment autorisé à titre d'*hôpital*,

- qui se consacre principalement à la prestation de services médicaux et de *traitements aux patients hospitalisés*;
- qui fournit sur les lieux et en tout temps les soins d'infirmiers autorisés; **et**
- qui possède un laboratoire et un bloc opératoire sur les lieux ou dans des installations qui sont administrées par l'*hôpital*.

Le terme 'hôpital' ne désigne pas :

- les établissements utilisés principalement comme clinique;
- les établissements de soins prolongés ou de soins palliatifs;
- les établissements de réhabilitation;
- les centres de *traitement* de la toxicomanie;
- les maisons de convalescence, de repos, de soins infirmiers;
- les foyers pour les personnes âgées; **ou**
- les centres de santé.

Maladie

Maladie ou infirmité survenant pendant la *durée de couverture* :

- qui nécessite des soins médicaux d'*urgence*; **et**
- qui n'est **pas** survenue avant la *date d'effet*.

Médecin

Personne (autre que la personne assurée) qui n'est pas liée par le sang ou le mariage à la personne assurée, qui est autorisée à prescrire des médicaments et à administrer un *traitement* médical (dans le cadre de cette autorisation) à l'emplacement où le *traitement* est fourni.

Ne sont pas considérés comme des médecins :

- le naturopathe;
- l'herboriste; **ou**
- l'homéopathe.

Médicament sur ordonnance

Médicament qui ne peut être obtenu que sur ordonnance d'un *médecin* ou d'un dentiste autorisé et qui est dispensé par un pharmacien autorisé.

Membre de la famille

Inclut, que ces personnes voyagent ou non avec *vous* :

- *votre conjoint;*
- *parents et beaux-parents;*
- *enfants, y compris les enfants que vous avez adoptés ou qui sont sur le point de l'être; et enfants du conjoint;*
- *frères et sœurs et demi-frères et demi-sœurs;*
- *grands-parents ou petits-enfants;*
- *belle-famille (parents, fils, filles, frères ou soeurs, grands-parents);*
- *tantes, oncles, neveux et nièces;*
- *tuteur légal ou enfant en tutelle,*

Nécessaire sur le plan médical

Services ou fournitures fournis par un *hôpital*, un *médecin*, un dentiste ou un autre fournisseur autorisé, qui sont requis pour déterminer ou traiter *votre maladie* ou *blessure* et qui, selon nous :

- *sont compatibles avec les symptômes ou le diagnostic et le traitement de votre condition, maladie, malaise ou blessure;*
- *sont appropriés en ce qui concerne les normes d'une bonne pratique de la médecine;*
- *ne sont pas uniquement pour votre commodité, celle d'un médecin ou d'un autre fournisseur;*
- *représentent la fourniture ou le niveau de service le plus approprié qui peut vous être dispensé en toute sécurité.*

Lorsque ce terme s'applique aux soins d'un *patient hospitalisé*, cela signifie également que, compte tenu de vos symptômes médicaux ou de *votre condition*, les services ne peuvent vous être fournis en toute sécurité à titre de *patient ambulatoire*.

Nous, notre et nos

La Compagnie d'assurance générale CUMIS.

Patient ambulatoire

Personne qui reçoit un *service couvert* alors qu'elle n'est pas *hospitalisée*.

Patient hospitalisé

Personne traitée dans un *hôpital* et inscrite comme patient hospitalisé occupant un lit ou admis dans un autre établissement et pour qui des frais de logement et de repas sont facturés.

Point de départ

Ville au Canada d'où *vous* partez en voyage à *votre date de départ*.

Police

Police d'assurance complète qui précise les conditions et modalités de la présente assurance et qui a été émise pour *vous* par *nous*.

Prépayé

Payé avant *votre date de départ*.

Problème médical

Inclut :

- *blessure corporelle accidentelle;*
- *maladie;*

- état connexe à *cette blessure corporelle accidentelle ou maladie*;
- psychose grave; **et**
- complications de grossesse survenant dans les **31 premières semaines** de la grossesse.

Professionnel

L'exercice d'une activité précise dans le cadre de *votre* principal emploi rémunéré.

Régime gouvernemental d'assurance pour soins médicaux

Assurance pour soins médicaux que les gouvernements provinciaux et les territoires du Canada proposent à leurs résidents.

Sanction

Entreprise ou activité qui irait à l'encontre de toute loi ou réglementation canadienne ou toute autre loi ou réglementation sur les sanctions commerciales ou économiques nationales.

Service couvert

Service ou fourniture, précisé dans les présentes, pour lequel *nous* offrons des indemnités en vertu de la présente assurance.

Soins dentaires d'urgence

Services ou fournitures autorisés, fournis par :

- un dentiste
- un *hôpital*; **ou**
- un autre fournisseur autorisé,

et qui sont immédiatement *nécessaires sur le plan médical*

Soins médicaux d'urgence

Services ou fournitures fournis par :

- un *médecin* autorisé;
- un *hôpital*; **ou**
- un autre fournisseur autorisé

Autres fournisseurs autorisés :

- physiothérapeute
- chiropraticien;
- chiropodiste;
- podiatre; **ou**
- ostéopathe

Les services doivent être ;

- *nécessaires sur le plan médical* pour traiter toute *maladie* ou tout autre problème couvert qui est aigu (dont l'apparition est soudaine et imprévue); **et**
- ne peuvent être raisonnablement retardés jusqu'à *votre* retour dans *votre* pays d'origine sans mettre *votre* santé en danger.

Stable

Tout *problème médical* ou problème connexe (y compris tout problème cardiaque ou pulmonaire) pour **lequel tous les énoncés suivants pour ce problème médical ou problème**

connexe (y compris tout problème cardiaque ou pulmonaire)
sont vrais :

- il n'y a eu aucun nouveau *traitement* ou nouveau *médicament sur ordonnance*;
- il n'y a eu aucun changement dans le *traitement* ni aucun changement dans le médicament sur ordonnance (y compris la posologie, la fréquence à laquelle il faut prendre le médicament, le type de médicament ou un changement dans la fréquence ou le type de *traitement*).
Exception : L'ajustement de routine de la warfarine, ou une échelle mobile de posologie pour l'insuline (pourvu qu'il ne s'agisse pas d'une nouvelle ordonnance ou d'un arrêt) et changement de marque (pourvu que la posologie soit la même) ;
- il n'y a eu aucun nouveau symptôme, symptôme plus fréquent ni plus grave;
- il n'y a eu aucun résultat d'examen démontrant une détérioration;
- il n'y a eu aucune hospitalisation ni aucune orientation vers un spécialiste (effectuée ou recommandée), ou les résultats d'autres recherches n'ont pas encore été obtenus.

Terrorisme ou
acte de terrorisme

Action, y compris sans toutefois s'y limiter :

- l'utilisation de la force ou de la violence et/ou de menace correspondante;
- le détournement d'avion ou l'enlèvement d'un individu ou d'un groupe afin d'intimider ou de terroriser tout gouvernement, groupe, association ou le public pour des raisons ou à des fins religieuses, politiques ou idéologiques;

Cela exclut tout acte de guerre (qu'il soit déclaré ou non), acte d'ennemis étrangers ou rébellion.

Traitement

Consultations médicales, soins et/ou services offerts par un *médecin*.

Cela comprend, sans toutefois s'y limiter les *médicaments sur ordonnance*, examen d'investigation et chirurgie relative à toute maladie ou blessure.

Cela ne comprend pas les examens de santé.

Urgence

Événement imprévu qui se produit pendant la *durée de couverture* et qui nécessite les soins immédiats d'un *médecin* autorisé ou une hospitalisation

Vous, votre, vôtre et vos

Toutes les personnes indiquées sur *vosre Page des déclarations*, incluant celles couvertes par le régime familial, conformément au programme souscrit au moment où la prime d'assurance

requis a été payée, pour cette personne ou famille avant la *date d'effet*.

Voyage

Voyage aller-retour vers une destination à l'extérieur de *vo*tre province de résidence et dont le but n'est pas d'obtenir des soins de santé ou tout type de *traitement*.

AVIS DE RÉSOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE

AVIS DONNÉ PAR UN DISTRIBUTEUR

Article 440 de la *Loi concernant la distribution de produits et services financiers*

LA LOI CONCERNANT LA DISTRIBUTION DE PRODUITS ET SERVICES FINANCIERS VOUS CONFÈRE DES DROITS IMPORTANTS.

- La Loi *vous* permet d'annuler un contrat d'assurance que *vous* venez de signer à l'occasion d'un autre contrat, **sans pénalité, dans les dix (10) jours de sa signature**. Pour cela, *vous* devez donner à l'assureur un avis par courrier recommandé dans ce délai.
- Malgré l'annulation du contrat d'assurance, le premier contrat conclu demeurera en vigueur.
- Attention, il est possible que *vous* perdiez des conditions avantageuses qui *vous* ont été consenties en raison de cette assurance; informez-*vous* auprès du distributeur ou consultez *votre* contrat.
- Après l'expiration du délai de dix (10) jours, *vous* pouvez annuler l'assurance en tout temps; cependant, des pénalités s'appliquent.

Pour plus de détails à ce sujet, vous devez communiquer avec l'Autorité des marchés financiers au 418 525-0337 dans la région de Québec, 514 395-0337 dans la région de Montréal, ou composez sans frais le 1 877 525-0337.

AVIS D'ANNULATION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE

À : La Compagnie d'assurance générale CUMIS
a/s *Allianz Global Assistance*
C.P. 277
Waterloo, Ontario N2J 4A4

Télé. : 519 742-2581

Date : _____
(Date d'envoi de l'avis)

En vertu d l'Article 441 de la *Loi concernant la distribution de produits et services financiers*, par la présente, j'annule le contrat d'assurance numéro :

(Numéro du contrat, si indiqué)

Souscrit le : _____
(Date de la conclusion du contrat)

À : _____
(Lieu de la conclusion du contrat)

(Nom du client)

(Signature du client)

Ce document doit être adressé par lettre recommandée.

(VERSO)

Articles de la Loi concernant la distribution de produits et de services financiers

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ACCUSÉ DE RÉCEPTION

Vous reconnaissez avoir reçu le présent Guide de distribution à l'achat du Régime annuel.

Date : _____
(Date d'accusé de livraison)

Distributeur : _____
(Nom du distributeur)

Client : _____
(Signature du client)

(Nom du client)

(Adresse du client)

Le Distributeur doit conserver cet accusé de réception en dossier comme preuve que le client a reçu un exemplaire du Guide de distribution.