

GUIDE DE DISTRIBUTION

Nom du produit d'assurance : Assurance pour soins médicaux en cas d'urgence
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	2
DESCRIPTION DES PRODUITS OFFERTS	2
(A) Nature des assurances.....	2
(B) Sommaire des conditions particulières	2
(I) Admissibilité	2
(II) Entrée en vigueur de l'assurance.....	3
(III) Confirmation de l'assurance.....	3
(IV) Forfaits d'assurance	3
(V) Service d'assistance en cas d'urgence en voyage de 24 heures.....	9
(VI) En cas d'urgence médicale	10
(VII) Prolongation automatique de votre assurance.....	10
(VIII) Prolongation du voyage	11
(IX) Primes.....	11
(X) Bénéficiaire.....	12
(C) Exclusions, limites et diminution de la couverture	12
(D) Fin de l'assurance	16
(E) Annulation	16
(I) Annulation de votre part / par l'assuré.....	16
(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 requis pour formuler une demande d'indemnisation.	18
(B) Réponse de l'assureur	18
(C) Faire appel de la décision de l'assureur	19
(D) Responsabilité civile	19
PROCESSUS D'APPEL DE LA DEMANDE DE RÈGLEMENT	20
PROTECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	22
VOUS AVEZ DES QUESTIONS ?	23
PRODUITS SEMBLABLES	23
RENOI À L'AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS	24
DÉFINITIONS	25
AVIS DE RÉOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE.....	32
ACCUSÉ DE RÉCEPTION	34

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 exigible 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 les 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 Assurance médicale d'urgence, *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 d'urgence.

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

ATTENTION!

La police contient une clause qui retire ou restreint le droit qu'a l'assuré de désigner les personnes auxquelles ou au bénéfice desquelles les sommes assurées doivent être versées.

(B) Sommaire des conditions particulières

(I) Admissibilité

Pour être admissible à l'assurance, *vous* devez répondre 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 totale de votre assurance*;

- avoir **64 ans ou moins** au moment de l'achat de l'assurance, tel qu'indiqué sur *votre Page des déclarations*; **et**
- ne pas voyager pour plus longtemps que la limite permise par *votre régime public d'assurance maladie* en ce qui concerne les séjours à l'extérieur de *votre province* ou territoire de résidence.

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

ATTENTION !

La demande d'assurance doit être remplie en totalité et correctement, sans quoi nous pourrions, à notre discrétion, invalider l'ensemble de votre couverture.

(II) Entrée en vigueur de l'assurance

En vertu de la présente *police*, *votre* assurance commence à *votre date d'effet*, lorsque :

- *votre* nom figure sur *votre* proposition d'assurance remplie et qu'il est indiqué sur *votre Page des déclarations*; **et** que
- *vous* avez payé la prime requise au plus tard à la *date d'effet*.

(III) Confirmation de l'assurance

Votre Page des déclarations constitue la confirmation de *votre* assurance.

(IV) Forfaits 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; **et**
- découler de conditions ou événements soudains et inattendus.

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 jusqu'au concurrence du montant maximal de la *police* de **5 000 000 \$**.

Veillez vous référer à votre Page des déclarations afin de déterminer quelle(s) assurance(s) vous êtes procurée(s) et quels sont les montants maximums de protection pour chacune des assurances.

Tous les montants maximums sont indiqués en devise canadienne (\$CA), sauf sur indication contraire.

(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.

Cette couverture inclut 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 engagés pendant votre voyage; **et**
 - les frais pour continuer de recevoir le traitement nécessaire après votre retour au Canada, jusqu'à concurrence de **1 000 \$ par personne**. Le 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 \$ par personne**; **et**
 - la totalité du coût des médicaments d'ordonnance.

Les frais couverts comprennent 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) Frais professionnels

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

- physiothérapeute;
- chiropraticien;

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

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

(iv) Infirmière licenciée privée

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 **pré approuvés** 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* local;
- un dentiste local;
- un *hôpital* local;
- un établissement médical local; **ou**
- toute autre ressource appropriée locale.

(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

Vous serez transporté à l'établissement médical approprié le plus près si *notre médecin-conseil* et le *médecin* traitant local déterminent :

- qu'un *traitement* adéquat n'est pas disponible sur les lieux; **et**
- que le *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 prendrons les dispositions nécessaires pour assurer *votre retour* à *votre province* de résidence si *notre médecin-conseil* :

- estime que *vous* serez en mesure de rentrer dans *votre pays* après avoir reçu des *soins médicaux d'urgence*; **et**
- recommande *votre retour* à la maison.

Nous organiserons et couvrirons les frais pour les services suivants pour *votre retour* à *votre province* de résidence, jusqu'à concurrence du montant maximal permis par *votre police* :

- la différence suivante :
 - le coût d'un billet aller simple en classe Économie à bord d'un avion commercial, par l'itinéraire le plus économique; **moins**
 - tout remboursement obtenu pour tout billet de retour non utilisé.

- les frais d'un assistant ou d'une assistante en soins médicaux qui *vous* accompagnera si :
 - cela est *nécessaire sur le plan médical*; **ou** si
 - la compagnie aérienne l'exige.
- le coût d'une civière à bord d'un avion commercial, par l'itinéraire le plus économique, vers *votre* province de résidence, si une civière est *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 et de taxi jusqu'à concurrence de **150 \$ par jour pendant 10 jours**.

(iv) 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* période de couverture 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.

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

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

(v) Rapatriement de la dépouille

Advenant *vo*tre décès pendant *vo*tre 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;
 - les frais d'hébergement engagés par cette personne; **et**
 - les repas de 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 de **5 000 \$**.

(vi) Retour du compagnon de voyage

*No*us couvrons *vo*tre *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 :

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

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

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

*No*us 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 *no*s assurances médicales en cas d'urgence *vo*us accompagnez ou *vo*us rejoignez pendant *vo*tre voyage;

et

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

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

(viii) 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 totale pour le retour du véhicule est de **2 000 \$**.

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

(V) Service d'assistance en cas d'urgence en voyage de 24 heures

(a) Remplacement des documents et des billets de voyage

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 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.

(VI) 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'avisez 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.

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.

(VII) Prolongation automatique de votre assurance

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

- **votre voyage en entier ou votre assurance complémentaire en entier soient pendant la période de couverture; 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*; **et**

- que *vous nous* présentiez des documents justifiant le motif de *votre* le retard qui *nous* serons satisfaisants.

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.

(VIII) Prolongation du voyage

Vous pouvez souscrire une prolongation de *votre* couverture en communiquant avec *votre* fournisseur de voyages ou avec *Allianz Global Assistance*.

Vous pouvez prolonger *votre* assurance si :

- *vous* n'êtes pas déjà parti en voyage; **ou**
- *vous* êtes déjà parti en voyage, **mais** :
 - *vous* n'avez pas eu de problème médical pendant *votre* voyage; **et**
 - que *vous* téléphonez **avant** la date prévue de *votre* retour.

Si *vous* êtes déjà parti en *voyage* **et** que *vous* avez eu un problème médical pendant *votre* voyage, *vous* pouvez quand même être admissible à une prolongation de *votre* couverture en communiquant avec *Allianz Global Assistance* **avant** la date prévue de *votre* retour. **Dans ce cas, l'octroi d'une prolongation est soumis à l'approbation d'Allianz Global Assistance.**

Toute prolongation de la couverture est assujettie aux conditions suivantes :

- la durée totale de *votre* voyage ne peut être longtemps que la limite permise par *votre* régime public d'assurance maladie en ce qui concerne les séjours à l'extérieur de *votre* province ou territoire de résidence;
- *vous* êtes couvert en vertu de l'assurance maladie de *votre* province pendant toute la durée du voyage; **et**
- *vous* devez payer la prime exigible **à la date ou avant** la *date* initiale prévue pour *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 diminution de la couverture

ATTENTION !

(I) Conditions préexistantes

L'assurance ne couvre pas les frais reliés directement ou indirectement à ce qui suit :

- **un *problème médical* ou une affection reliée si *votre problème médical* ou l'affection reliée n'a pas été *stable* dans les 90 jours précédant la *date d'effet* de votre assurance;**
- **un problème cardiaque si :**
 - ***votre problème cardiaque* n'a pas été *stable*;**
 - **si *vous avez pris* de la nitroglycérine plus d'une fois par semaine dans le but précis de soulager des douleurs d'angine de poitrine,****dans les 90 jours précédant *votre* départ;**
- **un problème pulmonaire si:**
 - ***votre problème pulmonaire* quelconque n'a pas été *stable*;**
 - ***vous avez reçu* une oxygénothérapie à domicile ou avez dû prendre des stéroïdes oraux (prednisone ou prednisolone) pour un problème pulmonaire quelconque,****dans les 90 jours précédant *votre* départ.**
- **un état de santé pour lequel :**
 - **des enquêtes futures étaient prévues avant la *date d'effet*;**
 - **des *traitements* futurs étaient prévus avant la *date d'effet*,****sauf s'il s'agit d'un examen de routine.**

(II) Exclusions générales

Nous ne vous rembourserons pas les frais engagés attribuables à :

- **tout *traitement*, service, fourniture ou tous frais que**
 - ***nous ne jugeons pas urgents*;**
 - **qui pourraient raisonnablement être retardés jusqu'à *votre* retour dans *votre* province ou territoire de résidence;**
- **tout *traitement* :**
 - **reçu dans des établissements non autorisés;**
 - **donné par des fournisseurs de soins de santé non autorisés;**
- **tout *traitement* donné 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 d'un problème chronique;
- les procédures cardiaques, y compris un cathétérisme cardiaque, à moins que ce soit approuvée par *Allianz Global Assistance*;
- tout *traitement* reçu si le but du *voyage* est de recevoir des soins médicaux, des médicaments ou des *traitements*;
- tout état de santé pour lequel un *traitement* ou une hospitalisation pendant *vo**tre voyage* était raisonnablement prévisible avant *vo**tre* départ;
- tout état de santé :
 - pour lequel *vous* avez eu des symptômes avant la *date d'effet*;
 - qui aurait incité une personne prudente à obtenir un diagnostic ou chercher un *traitement*, y compris un *traitement d'urgence*;
- la réapparition ou des complications d'un *problème médical* si:
 - *vous* avez reçu un *traitement médical* pendant *vo**tre voyage*;
 - *Allianz Global Assistance* *vous* a recommandé de retourner à la maison;
 - *vous* avez refusé de revenir à la maison;
- un *traitement* ou une chirurgie pour un *problème médical* ou une affection liée qui a causé *vo**tre médecin* à *vous* déconseiller de voyager;
- un traitement ou une chirurgie pour un problème médical, ou une *maladie connexe* que *vous* avez contractée au cours de *vo**tre voyage* alors qu'un *avis aux voyageurs* indiquait aux Canadiens de ne pas se rendre dans ce pays, une région ou une ville avant *vo**tre* départ.

Aucune indemnité ne *vous* sera payée pour des frais engagés directement ou indirectement par :

- les automutilations volontaires, le suicide ou les tentatives de suicide, peu importe quel que soit *vo**tre* état mental;
- les frais pour :
 - les soins prénataux courants;
 - les *traitements* de fertilité;
 - l'interruption volontaire de grossesse;
 - la naissance d'un enfant survenant au cours de *vo**tre voyage*;
 - les complications de *vo**tre* grossesse survenant dans les 9 semaines précédant suivant la date prévue de l'accouchement;
- les troubles psychologiques, nerveux ou affectifs ne nécessitant pas une hospitalisation immédiate;
- la surconsommation de tout médicament; la dérogation à une thérapie ou à un *traitement* ordonné par un *médecin*;
- toute *blessure* ou *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),
 - *vos* facultés sont visiblement affaiblies en raison de l'alcool ou de drogues illicites;

ATTENTION (Continue)

- toute *maladie* chronique ou hospitalisation relative à ou aggravée par la
 - consommation habituelle de l'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* d'autres activités d'athlétisme qui sont :
 - organisées;
 - sanctionnées;
 - à la fois organisées et sanctionnées,
 - Les sports plein contact :
 - la chute libre;
 - le deltaplane;
 - le saut à l'élastique;
 - le parachutisme;
 - l'*alpinisme* (où on utilise normalement des cordes ou des œillets);
 - la spéléologie d'exploration;
 - le ski hélicopté;
 - le ski ou la planche à neige pratiqués sur des pistes non balisées;
 - les courses ou les épreuves de vitesse d'engins motorisés
- sauf s'il s'agit d'activités d'athlétisme amateur;
- sans contact;
 - pratiquées par l'assuré uniquement à des fins :
 - de loisir;
 - de divertissement;
 - de mise en forme;
- la plongée sous-marine sauf :
 - si vous détenez une désignation de base de PLONGEUR reçue d'une école certifiée ou d'un autre organisme de réglementation;
 - si vous êtes accompagné d'un surveillant;
 - si vous plongez dans des eaux d'une profondeur maximale de 10 mètres;
 - la réaction nucléaire, la radiation ou la *contamination* radioactive;
 - la *contamination* chimique ou biologique;
 - fuite, pollution ou *contamination*;
 - épidémie ou une pandémie;
 - 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, un membre de la famille ou vos compagnons de voyage, que ces personnes soient assurées ou non;
 - la chirurgie esthétique ou toute autre chirurgie non-urgente;
 - la chirurgie pour la récolte d'organes;
 - les voyages en avion sauf lorsque :
 - vous montez à bord d'un avion commercial pour le transport de passagers;

ATTENTION (Continue)

- à titre de passager muni d'un billet fourni par une compagnie aérienne régulière; et
- sur un vol 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;
- *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.

Votre police d'assurance sera nul et sans effet si *vous* :

- commettez de la fraude ou une tentative de fraude;
- faites une fausse déclaration sur des faits essentiels ou importants;
- êtes réticent à divulguer des faits essentiels ou importants.

La proposition d'assurance doit être précisément et correctement remplie, sinon, *nous* pouvons annuler *votre* assurance si *nous* le voulons.

(III) Coordination des prestations

Lorsque :

- *votre* employeur *vous* offre une assurance-maladie complémentaire;
- si *vous* êtes retraité et que *votre* ancien employeur *vous* offre une assurance-maladie complémentaire;

nous :

- n'appliquons pas la coordination si cette assurance comporte un maximum viager de 50 000 \$ ou moins;
- si *votre* couverture maximale viagère est supérieure à 50 000 \$, nous coordonnerons le paiement en excès de 50 000 \$ en vertu des directives de coordination de la couverture émises par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.

(IV) CONDITIONS ET LIMITES

- *Vous* serez responsable de 30 % de *vos* frais médicaux couverts par cette assurance si :
 - *vous* n'avisez pas *Allianz Global Assistance*; si
 - *vous* choisissez de recevoir un traitement d'un fournisseur de services autre que celui proposé par *Allianz Global Assistance*.

Vous devez communiquer avec *Allianz Global Assistance* dès que vous êtes médicalement apte à le faire si *vos problèmes médicaux* *vous* empêchent d'appeler avec de demander des *traitements d'urgence*. Une personne agissant à *votre* compte peut aussi appeler *Allianz Global Assistance*, comme par exemple un *membre de la famille*, un ami, l'hôpital ou le personnel du bureau de médecin.

ATTENTION (Continue)

- Cette assurance couvre uniquement les frais en excédent de ceux couverts par *votre régime gouvernemental d'assurance pour soins médicaux*.
- Toutes les indemnités qui *vous* sont payables par cette *police* viennent en complément des sommes qui *vous* sont payables par un autre assureur pour des garanties similaires.
- Le total des indemnités qui *vous* sont payées par tous les assureurs ne dépassera pas vos pertes totales réelles si des indemnités semblables à celles de cette assurance *vous* sont payables par plus d'une garantie d'assurance.
- *Vous* devez nous rembourser toute somme payée ou autorisée pour *votre compte* si nous établissons que cette somme n'est pas payable par cette 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'ont l'autorité pour accepter ou pour donner des commentaires ou de l'information ou pour modifier ou abandonner toute disposition du présent *police* .
L'assurance ne couvre aucun intérêt.

(D) Fin de l'assurance

Votre couverture sous cette *police* prend fin à la première des trois éventualités suivantes :

- la date de *votre voyage* est annulée et lorsqu'elle est annulée, **avant** la *date de votre départ* ;
- 23 h 59 à la *date de votre retour* ; **ou**
- à *votre* retour dans *votre* province ou territoire de résidence, sauf dans les circonstances expliquées au paragraphe 'Retour provisoire dans *votre* province ou territoire de résidence' ou 'Prolongation automatique de *votre* assurance' .

(E) Annulation

Cette assurance peut être annulée par :

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

(I) Annulation de *votre 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 votre départ* .

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

Le remboursement n'est offert que lorsqu'Allianz Global Assistance reçoit *votre demande de remboursement* avant la *date de votre départ* .

Aucun remboursement ne sera émis si :

- *Allianz Global Assistance* reçoit l'avis d'annulation après ces dates; **ou**
- *vous* avez soumis une demande d'indemnisation.

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

Nous pouvons annuler *votre 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 *votre* 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.

Veuillez 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.

Pour toute question au sujet de *votre* demande de règlement, veuillez communiquer avec *nous* à l'adresse Claims@allianz-assistance.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 une demande de règlement valide à *Allianz Global Assistance*:

- dans les **90 jours** suivant la date du sinistre; **ou**
- pendant la période plus longue prévue par la loi si cette loi prévoit une période plus longue.

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 de l'approbation de demande de règlement environ **10 jours ouvrables** après avoir reçu tous les documents et les renseignements requis pour prendre une décision. L'indemnité sera versée **5 jours ouvrables** après que *votre* réclamation ait été approuvée.

L'assureur *vous* informera de son refus de *votre* demande de règlement et des raisons du refus environ **5 à 10 jours ouvrables** après avoir reçu tous les documents et les renseignements requis pour prendre une décision.

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

Si *vous* êtes couvert par un autre *police* émis par *nous* qui fournit la même ou similaire couverture, *nous* ajusterons votre demande en appliquant les termes et conditions de la couverture qui paie le plus. Le montant que *nous* payons ne dépassera pas votre perte monétaire totale.

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 intenter *votre* 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 *votre* 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.

PROCESSUS D'APPEL DE LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

A. Pour nous les transmettre

Si *vous* êtes en désaccord avec *notre* décision quant à *votre* demande de règlement et décidez d'en appeler, 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

B. 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.

C. 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 la Service de conciliation en assurance de dommages (SCAD). SCAD 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.giocanada.org.

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.

D. 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 *vo*tre sujet, notamment *vo*tre nom, *vo*tre date de naissance, adresse, numéros de téléphone, adresse de courriel, employeur, et autres renseignements
- les dossiers médicaux et renseignements *vo*us concernant
- les dossiers qui reflètent *vo*s relations d'affaires avec *no*us et par *no*tre entremise

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

- pour *vo*us identifier et communiquer avec *vo*us;
- pour analyser toute proposition d'assurance;
- lorsqu'approuvée, pour émettre une *po*lice ou un *po*lice 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.

VOUS AVEZ DES QUESTIONS ?

Si vous avez des questions ou préoccupations à propos de *nos produits, nos services, votre 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

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 :

- extérieur;
- soudain;
- imprévu;
- non intentionnel;
- imprévisible;
- qui se produit entièrement de manière *accidentelle* pendant la *durée de votre couverture en voyage*; **et**
- qui, indépendamment de toute autre cause, occasionne des *blessures*.

Allianz Global Assistance

Allianz Global Assistance, *notre* gestionnaire des services d'assistance et de règlement des sinistres en vertu de la présente *police*.

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.

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 *durée de couverture* qui, indépendamment de toute autre cause, sont directement imputables à un *accident*.

Blessure corporelle accidentelle

Toute *blessure* corporelle provenant

- d'une cause extérieure, qui se produit pendant la *durée de couverture*; **et**
- qui est la cause directe et indépendante de la perte.

Compagnon de voyage

Personne avec laquelle *vous* partagez les préparatifs de *voyage* et les frais d'hébergement *prépayés*.

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 *votre* entourage comme étant *votre* conjoint ou *votre* 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

Selon la couverture et les garanties :

- **Couverture d'annulation et d'interruption de voyage** – on entend 00 h 01 le jour suivant celui où *nous* recevons *vo*tre prime (selon l'heure locale de *vo*tre lieu de résidence au Canada).
- **Couverture médicale et dentaire en cas d'urgence** – on entend l'heure et la date auxquelles *vous* quittez *vo*tre province ou territoire de résidence.
- **Au titre de toutes les autres couvertures** – on entend 00 h 01 à la date à laquelle il est prévu que *vous* quittez *vo*tre point de départ (selon l'heure locale de *vo*tre lieu de résidence au Canada).

Date d'expiration

La date à laquelle votre *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 point 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 point 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* :

- *vos 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 sœurs, 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 *vos maladie* ou *blessure* et qui, selon nous :

- sont compatibles avec les symptômes ou le diagnostic et le *traitement* de *vos* 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 *vos* 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 *vos* 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 *vos* 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 *vos* 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 *vos* 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 *vos* retour dans *vos* pays d'origine sans mettre *vos* 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 requise a été payée, pour cette personne ou famille avant la *date d'effet*.

Voyage

on entend une période de voyage définie qui n'est pas dans le but d'obtenir des soins de santé ou *traitement* de toute nature.

AVIS DE RÉOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE

AVIS DONNÉ PAR UN DISTRIBUTEUR

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

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

- La Loi *vous* permet d'annuler un contrat d'assurance que *vous* 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 10 jours, vous avez la faculté d'annuler l'assurance en tout temps, mais des pénalités pourraient s'appliquer.

Pour de plus amples informations, vous pouvez contacter le Bureau des services financiers au: (418) 525-6273 ou 1-877-525-6273.

AVIS DE RÉSOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE

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

Télec. : 519 742-2581

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

En vertu de l'article 441 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers,
j'annule le contrat d'assurance n°:

(Numéro du contrat, s'il est indiqué)

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

À : _____
(Lieu de la signature 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 de l'Assurance pour soins médicaux en cas d'urgence.

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.