

## **GUIDE DE DISTRIBUTION**

Nom du produit d'assurance : Assurance d'annulation de voyage  
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

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>2</b>
<b>DESCRIPTION DES PRODUITS OFFERTS</b> .....	<b>2</b>
<b>(A) Nature des assurances</b> .....	<b>2</b>
<b>(B) Sommaire des conditions particulières</b> .....	<b>2</b>
<b>(I) Admissibilité</b> .....	<b>2</b>
<b>(II) Entrée en vigueur de l'assurance</b> .....	<b>3</b>
<b>(III) Confirmation de l'assurance</b> .....	<b>3</b>
<b>(IV) Forfaits d'assurance</b> .....	<b>3</b>
<b>(a) Annulation et Interruption de voyage</b> .....	<b>3</b>
<b>(i) Risques assurés</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Problèmes médicaux et décès</b> .....	<b>3</b>
<b>(ii) Frais Couverts</b> .....	<b>7</b>
<b>(iii) Exclusions, limites ou réductions de garantie applicables à l'assurance</b> <b>Annulation de voyage et Interruption de voyage</b> .....	<b>9</b>
<b>(b) Retard de voyage</b> .....	<b>10</b>
<b>(i) Risques assurés</b> .....	<b>10</b>
<b>(ii) Frais couverts</b> .....	<b>10</b>
<b>(iii) Exclusions, limites ou réductions de garantie applicable à l'assurance</b> <b>Retard de voyage</b> .....	<b>10</b>
<b>(V) Services d'assistance en cas d'urgence en voyage de 24 heures</b> .....	<b>11</b>
<b>a) Remplacement des documents et des billets de voyage</b> .....	<b>11</b>
<b>b) Assistance en cas d'urgence et Assistance médicale</b> .....	<b>11</b>
<b>c) Consultation et suivi médical</b> .....	<b>11</b>
<b>d) Assistance juridique</b> .....	<b>12</b>
<b>e) Transfert de fonds d'urgence</b> .....	<b>12</b>
<b>f) Centre des messages d'urgence</b> .....	<b>12</b>
<b>(VI) Prolongation automatique de votre assurance</b> .....	<b>12</b>
<b>(VII) Primes</b> .....	<b>13</b>
<b>(C) Exclusions, limites et réductions de garantie applicables à toutes les</b> <b>assurances</b> .....	<b>13</b>
<b>(D) Fin de l'assurance</b> .....	<b>17</b>
<b>(E) Annulation</b> .....	<b>17</b>
<b>(I) Annulation de votre part / par l'assuré</b> .....	<b>17</b>
<b>(II) Annulation de notre part / par l'assureur</b> .....	<b>18</b>
<b>(F) Autres renseignements</b> .....	<b>18</b>
<b>PREUVE DE PERTE OU DEMANDE D'INDEMNISATION</b> .....	<b>19</b>
<b>(A) Formuler une demande d'indemnisation</b> .....	<b>19</b>
<b>(I) Documents requis pour formuler une demande d'indemnisation</b> .....	<b>19</b>
<b>(II) Délai pour formuler une demande d'indemnisation</b> .....	<b>19</b>
<b>(B) Réponse de l'assureur</b> .....	<b>20</b>
<b>(C) Faire appel de la décision de l'assureur</b> .....	<b>20</b>
<b>(D) Responsabilité civile</b> .....	<b>20</b>
<b>PROCESSUS D'APPEL DE LA DEMANDE DE RÈGLEMENT</b> .....	<b>21</b>
<b>PROTECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS</b> .....	<b>23</b>
<b>VOUS AVEZ DES QUESTIONS ?</b> .....	<b>24</b>
<b>PRODUITS SEMBLABLES</b> .....	<b>24</b>
<b>RENOI À L'AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS</b> .....	<b>25</b>
<b>DÉFINITIONS</b> .....	<b>26</b>
<b>AVIS DE RÉOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE</b> .....	<b>32</b>
<b>ACCUSÉ DE RÉCEPTION</b> .....	<b>34</b>

## **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 *vo*tre 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 *vo*tre 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**

#### **Annulation de voyage**

La garantie Annulation de voyage *vous* permet de *vous* faire rembourser certains frais lorsque *vous* devez annuler un *vo*yage **avant** *vo*tre date de départ.

#### **Interruption de voyage**

La garantie Interruption de voyage *vous* permet de *vous* faire rembourser certains frais lorsque *vous* devez interrompre ou retarder *vo*tre *vo*yage **après** *vo*tre date de départ.

#### **Retard de voyage**

La garantie Retard de voyage *vous* permet de *vous* faire rembourser les frais supplémentaires lorsque *vo*tre *vo*yage est retardé de plus de **6 heures** par rapport à l'heure de départ prévue.

Cette assurance comprend également des services d'assistance de *vo*yage d'urgence.

### **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 satisfaire **à toutes les conditions suivantes**:

- être un citoyen canadien ou un résident permanent ou temporaire au Canada;
- avoir demandé l'assurance et payé entièrement la prime requise dans les **5 jours** suivant vos réservations de *vo*yage; **et**
- ne pas voyager pour plus de **183 jours consécutifs**.

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

**ATTENTION !**

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

**(II) Entrée en vigueur de l'assurance**

Votre assurance entre en vigueur à la *date d'effet* si :

- vous êtes admissible;
- 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 complet avant la *date d'effet*.

Les garanties Annulation de voyage et Interruption de voyage seront en vigueur uniquement si toutes les primes exigibles ont été reçues **avant** la date d'annulation du *voyage*.

**(III) Confirmation de l'assurance**

Votre Page des déclarations constitue alors votre confirmation d'assurance.

**(IV) Forfaits d'assurance**

**ATTENTION !**

**L'assurance ne vous protège pas contre les pertes qui découlent de conditions ou d'événements qui, à la date d'achat de l'assurance :**

- vous sont connus; **ou**
- risquent de se produire.

**(a) Annulation et Interruption de voyage**

La garantie **annulation de voyage** couvre certains frais lorsque vous devez annuler votre *voyage avant votre date de départ*. Le montant total versé pour l'annulation de votre *voyage* n'excédera pas la couverture maximale de 10 000 \$ indiquée à votre *police*.

La garantie **interruption de voyage** couvre certains frais lorsque vous devez interrompre ou retarder votre *voyage après votre date de départ*. Le montant total versé pour l'interruption de votre *voyage* n'excédera pas la couverture maximale de 10 000 \$ indiquée à votre *police*.

Nous vous rembourserons lorsque l'annulation, l'interruption ou le retard se produit en raison d'un des risques assurés énumérés ci-dessous

**(i) Risques assurés**

**1. Problèmes médicaux et décès**

Blessure grave ou maladie grave

Toute *blessure grave* ou *maladie grave* imprévue :

- dont vous ou votre *compagnon de voyage* souffrez et qui est assez sévère pour forcer une personne raisonnable à :
  - retarder;

- annuler; **ou**
- interrompre son *voyage*;
- dont souffre un *membre de la famille* **et**
  - qui constitue un danger de mort; **ou**
  - qui nécessite que la personne soit hospitalisée à titre de *malade hospitalisé*; **ou**
- dont souffre un *membre de la famille* qui dépend de *vos* soins.

Pour recevoir une indemnité pour une *blessure* grave ou une *maladie* grave, un *médecin* doit effectuer un examen physique:

- dans les **72 heures** suivant la demande d'annulation s'il s'agit de la **garantie annulation de voyage**; **ou**
- durant *votre voyage*, s'il s'agit de la **garantie interruption de voyage**.

Ce *médecin* doit également recommander par écrit que *votre voyage* soit annulé, interrompu ou retardé.

### Décès

Un décès qui se produit :

- dans les **30 jours** précédant *votre date de départ*; **ou**
- durant *votre voyage*.

Le décès peut être :

- *votre* décès;
- le décès d'un *membre de la famille*; **ou**
- le décès d'un *compagnon de voyage*.

### Décès ou maladie d'un hôte

L'impossibilité pour les membres de *votre* famille ou les amis chez qui *vous* deviez demeurer de *vous* héberger durant *votre voyage*.

Cette impossibilité de *vous* héberger doit être due:

- à une *maladie* mettant en danger la vie d'une de ces personnes;
- à une *blessure* mettant en danger la vie d'une de ces personnes; **ou**
- au décès d'une de ces personnes.

## **2. Grossesse et adoption**

### Grossesse

La grossesse d'une des personnes suivantes:

- *votre* grossesse;
- celle de *votre conjointe*;
- celle d'un membre de *votre famille immédiate*; **ou**
- celle de *votre compagne de voyage*.

Les frais sont couverts seulement si :

- la grossesse est diagnostiquée **après** que vos réservations de *voyage* sont faites; **et**
- la *date de départ* se situe
  - dans les **9 semaines précédant** la date prévue de l'accouchement; **ou**
  - dans les **9 semaines suivant** la date prévue de l'accouchement.

### Adoption

L'adoption légale d'un *enfant* par *vous* ou *votre compagnon de voyage* lorsque la date à laquelle l'*enfant* doit être confié à vos soins aurait lieu pendant *votre voyage*.

La date réelle de l'adoption ne doit pas être connue avant que le *voyage* soit réservé.

## **3. Avis du gouvernement et visas**

### Avis aux voyageurs

L'émission d'un *avis aux voyageurs* au sujet des déplacements vers *votre* pays de destination.

L'*avis aux voyageurs* peut s'appliquer soit à :

- la totalité de *votre voyage*; **ou**
- à une partie de *votre voyage*.

L'émission de l'*avis aux voyageurs* doit avoir lieu **après** que vos réservations de *voyage* sont faites.

### Visas

Le refus d'émission de *votre* visa de voyage ou de celui de *votre compagnon de voyage* si:

- le refus d'émission est dû à des raisons indépendantes de *votre* volonté ou de celle de *votre compagnon de voyage*;
- le refus d'émission n'est pas dû à une demande tardive; **et**
- le visa ne sert pas à des fins d'immigration ou d'emploi.

## **4. Terrorisme**

Un *acte de terrorisme* commis par un groupe terroriste organisé, qui se produit dans la ville et le pays de *votre* destination. L'*acte de terrorisme* doit se produire :

- dans les **30 jours** précédant *votre date de départ* prévue, s'il s'agit de la **garantie annulation de voyage**;
- pendant *votre voyage*, s'il s'agit de la **garantie interruption de voyage**.

Le groupe terroriste doit être reconnu comme tel par le gouvernement canadien.

## 5. Emploi, jury et profession

### Perte d'emploi

Votre perte involontaire d'emploi ou celle de  *votre compagnon de voyage*.

La perte d'emploi doit :

- se produire après avoir été au service du même employeur pendant au moins **3 années consécutives**;
- résulter d'un renvoi **ou** d'une mise à pied; **et**
- avoir lieu **après** la  *date d'effet de votre assurance*.

### Jury

Votre obligation ou celle de  *votre compagnon de voyage* de :

- faire partie d'un jury; **ou**
- comparaître en cour.

### **ATTENTION !**

**Ce risque n'est pas couvert si vous devez comparaître en cour et que vous êtes un agent chargé d'exécuter la loi.**

### Profession

Votre appel au service ou celui de  *votre compagnon de voyage* si l'un de vous est :

- réserviste;
- militaire de l'armée active;
- policier; **ou**
- pompier.

## 6. Autres Risques assurés

Les risques suivants sont aussi couverts par cette assurance :

- *votre mise en quarantaine* ou celle d'un  *compagnon de voyage*;
- le détournement de  *votre avion* ou de celui de  *votre compagnon de voyage*;
- l'un des événements suivants lorsqu'il rend inhabitable  *votre maison* ou celle de  *votre compagnon de voyage* :
  - une inondation;
  - un vol;
  - un acte de vandalisme; **ou**
  - une catastrophe naturelle;
- *vous* ou  *votre compagnon de voyage* êtes directement impliqué dans un accident de la route lorsque  *vous* êtes en chemin vers le  *point de départ* d'un  *voyage*; **ou**

lorsque  *vous* êtes couverts sous la garantie d'Assurance annulation de voyage,  *vous* ou  *votre compagnon de voyage* êtes victime d'un délit criminel dans les **10 jours** précédant  *votre date de départ*, sauf si ce délit criminel est commis par :

- *vous*;
- un  *membre de la famille*;

- *votre compagnon de voyage; **ou***
- *un membre de la famille de votre compagnon de voyage.*

- Le retard de  *votre voyage* pour les raisons suivantes :
  - *votre décès ;*
  - *le décès d'un membre de votre famille immédiate;*
  - *le décès de votre compagnon de voyage;*
  - *votre hospitalisation d'urgence en tant que patient hospitalisé;*
  - *l'hospitalisation d'urgence d'un membre de votre famille immédiate en tant que patient hospitalisé;*
  - *l'hospitalisation d'urgence de votre compagnon de voyage en tant que patient hospitalisé;*
  - *un délai causé par votre transporteur public, y compris un délai causé par les intempéries;*
  - *le vol ou la perte de passeports, d'argent ou de documents de voyage;*
  - *une grève imprévue;*
  - *une catastrophe naturelle;*
  - *des désordres civils ou une agitation civile;*

**et**

qui entraîne la perte de **plus de 50 %** de la durée prévue de  *votre voyage*.

## **(ii) Frais Couverts**

*Nous vous* rembourserons les frais suivants lorsque  *votre voyage* est annulé, interrompu ou retardé en raison d'un risque assuré:

Annulation de voyage (**avant** la date et l'heure du départ)

- 1. Les paiements ou acomptes perdus, publiés **et** non remboursables** qui représentent une pénalité en raison de l'annulation de  *votre voyage*.

**Aucun crédit ou remboursement ne doit avoir été émis par le fournisseur pour ces paiements.**

**ou**

- 2. Les frais supplémentaires** de voyages *prépayés* relatifs à un changement dans le tarif d'occupation par personne si :
  - *le voyage de votre compagnon de voyage* est annulé en raison de l'un des risques assurés; **et**
  - *si votre voyage* n'a pas été annulé.

***Vous devez aviser le ou les fournisseurs de voyage de l'annulation de votre voyage dans les 24 heures* suivant la raison de l'annulation, à moins que la situation ne vous en empêche.**

***Si la situation vous empêche de le faire, vous devez le faire le plus tôt possible.***

Le montant maximal d'assurance pour la garantie Annulation de  *voyage* n'excédera pas la couverture **maximale de 10 000 \$** indiquée à  *votre police*.



## Interruption de voyage (après la date et l'heure du départ)

Si  *votre voyage*  est interrompu pour une raison assurée,  *nous vous*  rembourserons les montants suivants :

**1. La partie non utilisée des paiements ou acomptes perdus, publiés et non remboursables** qui représente une pénalité en raison de l'annulation de  *votre voyage* .

Aucun crédit ou remboursement ne doit avoir été émis par le fournisseur pour ces paiements.

**2. Les frais supplémentaires** de voyages  *prépayés*  relatifs à un changement dans le tarif d'occupation par personne si :

- le  *voyage*  de  *votre*   *compagnon de voyage*  est annulé en raison de l'un des risques assurés; et
- si  *votre voyage*  n'a pas été interrompu.

**3. Les frais supplémentaires et raisonnables pour l'hébergement, les repas et le transport** si:

- un  *membre de la famille*  en  *voyage*  assuré; ou
- un  *compagnon de voyage*  assuré;

doit rester à l'hôpital comme  *malade hospitalisé* .

Les frais sont remboursés jusqu'à concurrence de **100 \$ par jour par personne** au cours d'une période maximale de **5 jours**.

**4. Les frais supplémentaires et raisonnables pour le transport :**

- requis pour atteindre  *votre*  destination de retour; ou
- requis pour voyager à partir de l'endroit où  *votre voyage*  a été interrompu jusqu'à l'endroit où  *vous*  pouvez reprendre  *votre voyage* .

Les frais maximaux remboursables seront équivalents :

- au coût d'un billet d'avion:
  - en classe Économie;
  - par la route la plus directe; et
  - pour le prochain vol disponible;

moins

- tout remboursement qui  *vous*  a été payé;

**5. La partie non utilisée des arrangements terrestres, aériens et maritimes :**

- qui n'est pas remboursable; et
- qui a été payée dans le cadre de  *votre voyage* .

Les frais maximaux remboursables seront équivalents :

- du coût d'un billet d'avion:
  - en classe Économie;
  - par la route la plus directe; et
  - pour le prochain vol disponible;

moins

- tout remboursement qui  *vous*  a été payé.

**6. Les frais de *voyage* supplémentaires et raisonnables occasionnés** pour *vous* permettre d'atteindre *votre* destination prévue si *vous* devez partir après *votre date de départ*.

Les frais maximaux remboursables seront équivalents :

- au coût d'un billet d'avion:
  - en classe Économie;
  - par la route la plus directe; **et**
  - pour le prochain vol disponible;

**moins**

- tout remboursement qui *vous* a été payé.

***Vous* devez aviser le ou les fournisseurs de voyage de l'interruption de *votre voyage* dans les **24 heures** suivant la raison de l'interruption, à moins que la situation ne *vous* en empêche.**

**Si la situation *vous* empêche de le faire, *vous* devez le faire le plus tôt possible.**

Le montant maximal d'assurance pour la garantie Interruption de voyage n'excédera pas la couverture **maximale de 10 000 \$** indiquée à *votre police*.

**(iii) Exclusions, limites ou réductions de garantie applicables à l'assurance Annulation de voyage et Interruption de voyage**

**ATTENTION !**

1. ***Votre* demande de règlement ne sera pas payable si *vous* n'avisez pas le ou les fournisseurs dans les **24 heures** de l'annulation ou de l'interruption de *votre voyage*, sauf si la situation *vous* en empêche. Dans ce cas, *vous* devez le faire le plus tôt possible**
2. ***Vous* n'êtes pas couvert pour des conditions qui pourraient raisonnablement *vous* empêcher de voyager comme prévu alors que *vous* étiez conscient de ces conditions lorsque *vous* avez réservé *votre voyage*.**
3. ***Vous* n'êtes pas couvert pour le *problème médical* ou le décès d'une personne souffrante lorsque le but du *voyage* était de rendre visite à cette personne ou de *vous* en occuper.**
4. **Si un risque assuré est directement ou indirectement le résultat d'un acte de terrorisme, le paiement d'une demande de règlement sera fait selon les conditions suivantes :**
  - les frais seront payés jusqu'à concurrence de 100 % du montant assuré. Ce montant est indiqué sur *votre* Page des déclarations.
  - nous soustrairons de *votre* indemnité la valeur de tout autre bénéfice de remplacement ou d'options de voyage offert par :
    - les compagnies aériennes
    - les voyagistes;
    - les fournisseurs touristiques; **ou**
    - les fournisseurs de croisières.

**même si *vous* refusez ces bénéfices et qu'ils ne sont pas utilisés.**

**Si le montant total réclamé en vertu de toutes les polices que nous avons émises pour l'assurance Annulation et Interruption de voyage (à l'égard des mêmes attentats terroristes, ou séries d'attentats terroristes survenant dans une période de 72 heures)**

**ATTENTION (continue)**

**n'excède pas 20 000 000 \$, le montant payable réparti proportionnellement à tous les demandeurs admissibles. Le montant versé n'excédera pas 20 000 000 \$ dans l'ensemble.**

**Les garanties Annulation de voyage et Interruption de voyage sont également sujet aux restrictions, conditions et exclusions générales, y compris l'exclusion relative à une condition préexistante.**

**(b) Retard de voyage**

La garantie **Retard de voyage** couvre certains frais lorsque *vo*tre départ en *vo*yage est retardé de l'heure de départ prévue. Le retard doit se produire en raison d'un des risques assurés énumérés ci-dessous :

**(i) Risques assurés**

Les risques assurés par la garantie Retard de voyage sont les suivants :

- un délai causé par *vo*tre *transporteur public*, y compris un délai causé par les conditions météorologiques;
- le vol ou la perte de passeports, d'argent ou de documents de voyage;
- *vo*tre mise en quarantaine;
- une grève imprévue;
- une catastrophe naturelle;
- des désordres civils ou une agitation civile;
- si *vo*us êtes victime d'un détournement (lorsque perpétré par un groupe terroriste organisé reconnu comme tel par le gouvernement canadien).

**(ii) Frais couverts**

*No*us *vo*us rembourserons les frais supplémentaires et raisonnables que *vo*us engagez lorsque l'heure de départ de *vo*tre *vo*yage est retardée de **plus de 6 heures**. Les frais ne seront remboursés qu'**une fois par voyage**, jusqu'à concurrence de **150 \$ par jour par personne** pour une durée maximale de **2 jours** pour lesdits frais supplémentaires et raisonnables pour l'hébergement, les repas et le transport pour chaque personne.

Veuillez *vo*us référer à *vo*tre Page des déclarations afin de déterminer quelle(s) assurance(s) *vo*us *vo*us êtes procurée et quels sont les montants maximaux de protection pour chacune des assurances.

**(iii) Exclusions, limites ou réductions de garantie applicable à l'assurance Retard de voyage**

**ATTENTION !**

- 1. Les frais de *vo*yage *prépayés* ne sont pas couverts.**
- 2. Les frais supplémentaires doivent être engagés par *vo*us.**
- 3. Le montant total maximum payable pour l'ensemble de personnes assurées est indiqué sur *vo*tre Page des déclarations.**

**La garantie Retard de voyage est également assujettie aux restrictions, conditions et exclusions générales, y compris l'exclusion relative à une condition préexistante.**

## **(V) Services 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 certains documents s'ils sont perdus ou volés, tels que :

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

Nous vous aiderons également à obtenir de l'argent pour ce faire. L'argent requis peut être fourni par vous, votre famille ou vos amis.

Nous vous aiderons aussi à revenir à la maison si votre *voyage* est interrompu et prendrons les dispositions nécessaires pour vous.

### **b) Assistance en cas d'urgence et Assistance médicale**

**Vous pouvez communiquer avec Allianz Global Assistance si vous avez des problèmes médicaux à l'un des numéros suivants:**

Aux États-Unis, au Canada, à Porto Rico ou dans les Îles Vierges américaines : 1 866 520-8823  
Ailleurs dans le monde, à frais virés au 519 742-9013.

Lorsque vous téléphonez, vous devez fournir les renseignements suivants au représentant d'Allianz Global Assistance :

- votre nom et votre numéro de *police*;
- l'endroit où vous vous trouvez; **et**
- le numéro de téléphone local.

Les coordonnateurs d'assistance d'Allianz Global Assistance essaieront de vous référer à :

- un *médecin*,
- un dentiste,
- un *hôpital*,
- un établissement de soins;
- un fournisseur de services juridiques; **ou**
- une autre ressource appropriée,

dans toute la mesure du possible.

**Comme les fournisseurs de services sont indépendants de nous, nous ne sommes pas responsables de la qualité ou des résultats de tous les services médicaux ou légaux des fournisseurs auxquels nous vous référons.**

### **c) Consultation et suivi médical**

En cas d'urgence médicale, le personnel d'assistance d'Allianz Global Assistance communiquera fréquemment avec vous et avec le *médecin* local afin :

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

Nous communiquerons également avec votre *médecin* personnel et votre famille à la maison, si cela est nécessaire.

#### **d) Assistance juridique**

Nos coordonnateurs d'assistance *vous* aideront à trouver un conseiller juridique si *vous* avez des problèmes juridiques pendant *votre voyage*.

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

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

#### **e) 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** si
- *vous* avez besoin de fonds pour payer immédiatement des dépenses imprévues.

Cet argent peut être fourni au comptant, en chèques de voyage ou sous toute autre forme que nous trouvons acceptable.

Les fonds requis peuvent être fournis par *vous*, *votre* famille ou *vos* amis.

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

#### **f) Centre des messages d'urgence**

En cas *d'urgence* *vous* pouvez communiquer avec *Allianz Global Assistance*, si *vous* avez besoin de transmettre un message. *Vous* devrez fournir *votre* nom et *votre* numéro de *police*. *Vous* pourrez remettre *votre* message au coordonnateur d'assistance.

Nous tenterons à au moins **trois reprises en 24 heures** de joindre la personne demandée. Nous *vous* indiquerons aussi les résultats de *notre* tentative à transmettre le message.

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

#### **(VI) Prolongation automatique de votre assurance**

Quelle que soit *votre date d'expiration*, *votre* assurance est prolongée automatiquement si:

- *votre voyage* au complet se déroule pendant la *durée de l'assurance*;
- *votre* retour est retardé pour des raisons imprévisibles, indépendantes de *votre* volonté, y compris lorsque *vous*, *votre conjoint*, *vos enfants* (*s'ils voyagent avec vous*) ou *votre compagnon de voyage* :
  - entrez à l'hôpital à titre de *malade hospitalisé*; **ou**
  - éprouvez un *problème médical*.

Lorsque l'assurance est prolongée pour les raisons mentionnées ci-dessus, elle se terminera à la **première des occasions suivantes** :

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

**ou**

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

Toutefois, si *vous* entrez à l'hôpital à titre de *malade hospitalisé*, si nécessaire sur le plan médical, nous prolongerons l'assurance :

- pendant **72 heures** à partir du moment où *vous* recevez votre congé de l'hôpital; **mais**
- en aucun cas pour plus que **3 mois** après *votre date de retour* prévue.

### **(VII) Primes**

La prime requise est indiquée dans *votre* proposition d'assurance ou en ligne pendant *votre* procédure de souscription en ligne si *vous* achetez *votre* couverture en ligne. La taxe provinciale de vente s'ajoute au montant de la prime requise.

Toute prime, prestation maximale et indemnité est indiquée en devise canadienne (\$CA), sauf sur indication contraire.

*Vous* devez avoir payé la prime requise au plus tard à la *date d'effet*.

### **(C) Exclusions, limites et réductions de garantie applicables à toutes les assurances**

#### **ATTENTION !**

#### **(I) CONDITIONS PRÉEXISTANTES – applicables aux garanties suivantes :**

- **Annulation de voyage; **et****
- **Interruption de voyage.**

#### **Si vous avez 70 ans ou moins :**

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

- ***votre problème médical* ou toute 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;**
- ***votre problème cardiaque* si :**
  - ***votre problème cardiaque* quelconque n'a pas été *stable*; **ou****
  - **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 en *voyage*;**
- ***votre problème pulmonaire* si:**
  - ***votre problème pulmonaire* n'a pas été *stable*; **ou****
  - ***vous* avez reçu une oxygénothérapie à domicile **ou** avez dû prendre des**
  - **stéroïdes oraux (prednisone ou prenisolone) pour un problème pulmonaire quelconque à tout moment dans les **90 jours** précédant *votre* départ en *voyage*.**
- ***votre problème médical* pour lequel :**
  - **des examens éventuels étaient prévus avant la *date d'effet*; **ou****
  - **des traitements éventuels étaient prévus avant la *date d'effet*,**

sauf s'il s'agit d'un examen courant.

#### **Si vous avez entre 70 ans et 79 ans inclusivement :**

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

### ATTENTION (Continue)

- *votre problème médical ou une affection reliée si votre problème médical ou l'affection reliée n'a pas été stable dans les 180 jours précédant la  *date d'effet de votre assurance*;*
- *votre problème cardiaque si :*
  - *votre problème cardiaque quelconque n'a pas été stable; ou*
  - *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 180 jours précédant votre départ en voyage;*
- *votre problème pulmonaire si:*
  - *votre problème pulmonaire 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,*

*à tout moment dans les 180 jours précédant votre départ en voyage.*
- *votre problème médical pour lequel :*
  - *des examens éventuels étaient prévus avant la  *date d'effet*; ou*
  - *des traitements éventuels étaient prévus avant la  *date d'effet*,*

sauf s'il s'agit d'un examen courant.

#### Si vous avez 80 ans ou plus :

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

tout  *problème médical*  préexistant relié directement ou indirectement à :

- un problème cardiovasculaire;
- un problème cérébrovasculaire (AVC ou AIT) ;
- des problèmes respiratoires;
- des problèmes gastro-intestinaux; et/ou
- un cancer; et

tout  *problème médical*  préexistant pour lequel :

- *vous avez subi des symptômes;*
- *vous avez reçu un diagnostic;*
- *vous avez été traité; ou*
- *vous avez subi des examens,*

*dans les 180 jours précédant votre départ en voyage; et*

- *tout problème médical pour lequel :*
  - *des examens éventuels étaient prévus avant la  *date d'effet*; ou*
  - *des traitements éventuels étaient prévus avant la  *date d'effet*.*

#### (II) Exclusions générales

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 votre état mental;
- les frais pour :
  - les soins prénataux courants;
  - les  *traitements de fertilité*;

### ATTENTION (Continue)

- l'interruption volontaire de grossesse;
- la naissance d'un enfant survenant au cours de  *votre voyage*;
- les complications de  *votre grossesse* survenant dans les 9 semaines précédant  suivant la date prévue de l'accouchement;

sauf ce qui est couvert par la garantie Annulation et Interruption de voyage sous 'Grossesse et Adoption'

- 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;
- toute  *maladie* chronique ou hospitalisation relative à ou aggravée par la consommation habituelle 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*, sauf ce qui est couvert par les garanties Annulation de voyage et Retard de voyage en cas de terrorisme;
- les sports amateurs ou  *professionnels* ou 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
- 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 l'eau d'une profondeur maximale de 10 mètres;
  - la réaction nucléaire, la radiation ou la  *contamination* radioactive;
  - la  *contamination* chimique ou biologique;



### **ATTENTION (Continue)**

- 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*, *votre* famille ou *votre* compagnon de voyage, que ces personnes soient assurées ou non;
- les interdictions ou les règlements émis par tout gouvernement, qui affectent *votre* voyage
- la chirurgie esthétique ou toute autre chirurgie non urgente;
- la chirurgie pour la récolte d'organes;
- les *voyages* par avion (y compris l'embarquement et l'atterrissage), sauf lorsque *vous* voyagez :
  - à bord d'un avion de passagers titulaire d'une *police* à titre de passagers;
  - à titre de passager muni d'un billet fourni par une compagnie aérienne régulière;
  - sur un vol régulier ou un vol nolisé programmé;
- 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 nulle et sans effet si *vous* :

- commettez une 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) LIMITES**

- Toutes les indemnités qui *vous* sont payables par cette assurance viennent en complément des sommes qui *vous* sont payables par un autre assureur pour des garanties identiques ou semblables.
- 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 tout montant payé ou autorisé pour *votre* compte si *nous* établissons que ce montant n'est pas payable par cette assurance.

### **ATTENTION (Continue)**

- **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 de la présente *police*.**
- **L'assurance ne couvre aucun intérêt.**

### **(D) Fin de l'assurance**

L'assurance se termine à la **première des éventualités suivantes** :

- la date où *vo*tre voyage est annulé lorsque *vo*tre voyage est annulé avant *vo*tre date de départ;
- la date de *vo*tre retour dans *vo*tre province ou *vo*tre territoire de résidence, sauf si *vo*tre assurance est prolongée automatiquement comme expliqué à la section 'Prolongation automatique de *vo*tre assurance'; **ou**
- 23 h 59 à la date de *vo*tre retour.

### **(E) Annulation**

Cette assurance peut être résiliée:

- par *vo*us / l'assuré; **ou**
- par *no*us / l'assureur.

### **(I) Annulation de *vo*tre part / par l'assuré**

Si *vo*us *no*us avisez que *vo*us n'êtes pas entièrement satisfait dans les **10 jours** suivant la date d'émission de la *po*lice d'assurance, laquelle est indiquée sur *vo*tre Page des déclarations, *no*us *vo*us offrirons un **remboursement complet** si :

- *vo*us n'êtes pas déjà parti en *vo*yage;
- *vo*us n'avez pas déjà présenté une demande de règlement.

## ATTENTION !

**La période de 10 jours sans pénalité ne s'applique pas lorsque la couverture :**

- **est d'une durée de 10 jours ou moins, et**
- **si son exécution a déjà commencée au moment de la demande d'annulation du contrat d'assurance Annulation de voyage ; ou**
- **si le contrat d'assurance Annulation de voyage est établi dans les 11 jours avant le voyage.**

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

**Vous recevrez un remboursement complet seulement si Allianz Global Assistance reçoit *votre* demande de remboursement avant la date de départ.**

Aucun remboursement n'est effectué si :

- l'avis d'annulation est reçu par Allianz Global Assistance après ces dates; ou si
- vous avez présenté une demande de règlement.

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

Cette police sera annulée si:

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

Nous pouvons annuler *votre* assurance si *votre* proposition d'assurance n'est pas précisément et correctement remplie.

### **(F) Autres renseignements**

Pour obtenir plus de renseignements à propos de cette assurance, vous pouvez communiquer avec Allianz Global Assistance au 1 866 520-8823 ou à frais virés au 519 742-9013. Vous pouvez également communiquer par courriel à l'adresse suivante : [contact@allianz-assistance.ca](mailto:contact@allianz-assistance.ca).

# **PREUVE DE PERTE OU DEMANDE D'INDEMNISATION**

## **(A) Formuler une demande d'indemnisation**

### **(I) Documents requis pour formuler une demande d'indemnisation**

Veillez communiquer avec *Allianz Global Assistance* au 1 866 520-8823 ou visitez [www.allianzassistanceclaims.ca](http://www.allianzassistanceclaims.ca) pour obtenir un formulaire de demande de règlement.

Pour toute question au sujet de *vo*tre demande de règlement, veuillez communiquer avec *nous* à l'adresse [Claims@allianz-assistance.ca](mailto:Claims@allianz-assistance.ca).

*Vous* devez *nous* fournir certains renseignements lorsque *vous* présentez une demande de règlement afin que le paiement des indemnités de cette assurance puisse être versé. Les documents qui suivent sont requis :

#### **Documents généraux**

Les documents doivent être fournis pour les demandes de règlements de toutes les garanties :

- l'original des reçus et des factures détaillés de toutes les dépenses;
- le formulaire de demande de règlement fourni par *Allianz Global Assistance*, rempli correctement;

Pour traiter une demande de règlement, *nous* pouvons :

- demander à un *médecin* choisi par *nous* de *vous* faire subir un examen médical aussi souvent que cela est raisonnablement requis; **et**
- demander une autopsie dans le cas d'un décès, là où ce n'est pas interdit par la loi.

*Nous* payerons tous les frais pour ces examens ou cette autopsie.

#### **Demande de règlement – Assurances annulation, interruption et Retard de voyage**

En plus des documents généraux, *vous* devez fournir :

- tout document approprié qui explique officiellement la raison de l'annulation ou de l'interruption de *vo*tre voyage y compris:
  - le rapport de *vo*tre examen physique, s'il y a lieu;
  - toute explication du diagnostic;
  - les originaux des factures détaillées et des reçus; **et**
  - une preuve des paiements versés par d'autres assureurs;
- document qui indique le coût de l'annulation ou de l'interruption du voyage y compris:
  - les originaux des billets non utilisés;
  - les copies des factures; **et**
  - les preuves de paiement;
- tout document qui indique les remboursements reçus:
  - d'un conseiller en voyages; **ou**
  - d'un *transporteur public*;
- tout document du conseiller en voyages qui décrit les frais d'annulation; **et**
- une lettre du voyageur ou une facture détaillée du conseiller en voyages indiquant les montants non remboursables du prix du voyage.

### **(II) Délai pour formuler une demande d'indemnisation**

*Vous* devez présenter une demande 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.

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

## **(B) Réponse de l'assureur**

L'assureur *vous* informera de l'approbation de la demande d'indemnisation 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 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'indemnisation dans la devise du pays où le sinistre a eu lieu ou en devise canadienne, selon *notre* choix.

### **ATTENTION !**

**L'assurance ne couvre aucun intérêt.**

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

Toute dispute, controverse ou demande de règlement relevant de la *police* ou reliées à la *police*, sera décidée par arbitrage. Cet arbitrage aura force obligatoire et sera sans recours juridique ni possibilité de porter en appel.

Cet arbitrage se fera devant un seul arbitre dans la province ou le territoire canadien d'émission de la *police* selon des règlements inclus dans la Loi d'arbitrage de cette province ou de ce territoire. Si une telle loi n'existe pas, la Loi sur l'arbitrage commercial, L.R.C. 1998, ch 17 (deuxième accord), s'appliquera.

Toute procédure d'arbitrage contre *nous* pour le recouvrement d'une demande de règlement en vertu de la *police* ne commencera pas plus d'**un an** après les circonstances qui donnent lieu à ladite demande.

Toutefois, si cette restriction est invalide conformément aux lois de la province ou du territoire d'émission de la *police*, *vous* devez commencer *votre* procédure d'arbitrage dans les plus brefs délais permis par les lois de cette province ou de ce territoire.

*Vous* pouvez aussi consulter l'Autorité des marchés financiers ou *votre* propre conseiller juridique.

## **(D) Responsabilité civile**

*Nous* pouvons poursuivre le tiers responsable si *vous* engagez des frais couverts par cette assurance par la faute d'un tiers. Dans ce cas, toute poursuite sera effectuée à *nos* frais. *Vous* devez accepter de collaborer pleinement avec *nous* et de *nous* remettre tous les documents dont *nous* aurions besoin. *Vous* ne devez rien faire qui pourrait compromettre *nos* droits de recouvrer des fonds de toute source que ce soit.

## **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](mailto: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](mailto: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 1 877 225-0446 ou consultez leur site Internet à [www.giocanada.org](http://www.giocanada.org).

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

**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](mailto: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 *vos* sujet, notamment *vos* nom, *vos* 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* 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](mailto: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](mailto: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](http://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](mailto: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<sup>e</sup> 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](http://www.lautorite.qc.ca)

## **DÉFINITIONS**

Termes définis qui apparaissent en italique dans ce guide.

### **Accident/accidentel**

Événement :

- extérieur;
- soudain;
- imprévu;
- non intentionnel; **et**
- 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.

<b>Contamination</b>	Contamination ou empoisonnement de personnes par : <ul style="list-style-type: none"> <li>• des substances nucléaires;</li> <li>• chimiques; <b>et/ou</b></li> <li>• biologiques</li> </ul> <p>qui engendrent la <i>maladie</i> et/ou entraînent la mort.</p>
<b>Date d'effet</b>	La date d'entrée en vigueur de <i>vo</i> tre couverture d'assurance comme indiqué sur <i>vo</i> tre Page des déclarations.
<b>Date d'expiration</b>	La date à laquelle <i>vo</i> tre <i>vo</i> yage prend fin en vertu de la présente <i>po</i> lice d'assurance comme indiqué sur <i>vo</i> tre Page des déclarations.
<b>Date de départ</b>	Date prévue à laquelle <i>vo</i> us devez partir de <i>vo</i> tre province ou territoire de résidence.
<b>Date de retour</b>	Date à laquelle il est prévu que <i>vo</i> us reveniez à <i>vo</i> tre point de départ (selon l'heure locale de <i>vo</i> tre lieu de résidence au Canada).
<b>Durée de la couverture</b>	Période durant laquelle l'assurance est en vigueur, depuis la <i>date d'effet</i> jusqu'à la <i>date d'expiration</i> .
<b>Enfants</b>	Personne célibataire qui dépend de <i>vo</i> us pour sa subsistance et qui : <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>qui a moins de 21 ans;</b></li> <li>• <b>à moins de 26 ans, s'il s'agit d'un étudiant à temps plein; ou</b></li> <li>• <b>qui est atteint d'une déficience mentale ou physique et âgée de plus de 20 ans,</b> qui ne peut subvenir à ses propres besoins et qui était ainsi alors qu'elle était admissible comme enfant à charge</li> </ul>
<b>Famille immédiate</b>	Inclut : <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>vo</i>tre conjoint;</li> <li>• <i>vo</i>s parents;</li> <li>• <i>vo</i>s enfants (y compris tous les <i>en</i>fants naturels ou adoptifs);</li> <li>• <i>vo</i>s frères et sœurs;</li> <li>• <i>vo</i>s beaux-parents et les <i>en</i>fants du conjoint;</li> <li>• <i>vo</i>s grands-parents ou petits-<i>en</i>fants.</li> </ul>
<b>Hôpital</b>	Établissement dûment autorisé à titre d' <i>h</i> ôpital, <ul style="list-style-type: none"> <li>• qui se consacre principalement à la prestation de services médicaux et de <i>traitements</i> aux <i>patients hospitalisés</i>;</li> <li>• qui fournit sur les lieux et en tout temps les soins d'infirmiers autorisés; <b>et</b></li> <li>• qui possède un laboratoire et un bloc opératoire sur les lieux ou dans des installations qui sont administrées par l'<i>h</i>ôpital.</li> </ul> <p><b>Le terme 'hôpital' ne désigne pas :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les établissements utilisés principalement comme clinique;</li> <li>• les établissements de soins prolongés ou de soins palliatifs;</li> </ul>

- 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*.

<b>Nous, notre</b> et <b>nos</b>	La Compagnie d'assurance générale CUMIS.
<b>Patient ambulatoire</b>	Personne qui reçoit un <i>service couvert</i> alors qu'elle n'est pas <i>hospitalisée</i> .
<b>Patient hospitalisé</b>	Personne traitée dans un <i>hôpital</i> 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.
<b>Point de départ</b>	Ville au Canada d'où <i>vous</i> partez en voyage à <i>votre date de départ</i> .
<b>Police</b>	Police d'assurance complète qui précise les conditions et modalités de la présente assurance et qui a été émise pour <i>vous</i> par <i>nous</i> .
<b>Prépayé</b>	Payé avant <i>votre date de départ</i> .
<b>Problème médical</b>	Inclut : <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>blessure corporelle accidentelle;</i></li> <li>• <i>maladie;</i></li> <li>• état connexe à <i>cette blessure corporelle accidentelle ou maladie;</i></li> <li>• <i>psychose grave; <b>et</b></i></li> <li>• <i>complications de grossesse survenant dans les <b>31 premières semaines</b> de la grossesse.</i></li> </ul>
<b>Professionnel</b>	L'exercice d'une activité précise dans le cadre de <i>votre</i> principal emploi rémunéré.
<b>Sanction</b>	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.
<b>Service couvert</b>	Service ou fourniture, précisé dans les présentes, pour lequel <i>nous</i> offrons des indemnités en vertu de la présente assurance.
<b>Soins médicaux d'urgence</b>	Services ou fournitures fournis par : <ul style="list-style-type: none"> <li>• un <i>médecin</i> autorisé;</li> <li>• un <i>hôpital; <b>ou</b></i></li> <li>• un autre fournisseur autorisé</li> </ul> Autres fournisseurs autorisés : <ul style="list-style-type: none"> <li>• physiothérapeute</li> <li>• chiropraticien;</li> <li>• chiropodiste;</li> <li>• podiatre; <b>ou</b></li> <li>• ostéopathe</li> </ul> Les services doivent être ; <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>nécessaires sur le plan médical</i> pour traiter toute <i>maladie</i> ou tout autre problème couvert qui est aigu (dont l'apparition est soudaine et imprévue); <b>et</b></li> <li>• ne peuvent être raisonnablement retardés jusqu'à <i>votre</i> retour dans <i>votre</i> pays d'origine sans mettre <i>votre</i> santé en danger.</li> </ul>

**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.

**Transporteur public**

Un véhicule de transport terrestre, maritime ou aérien utilisé aux fins suivantes :

- transport régulier de voyageurs;
- dont l'exploitation est dûment autorisée pour le transport de passagers contre rémunération ou pour la location; **et**

- dans lequel toute personne désireuse d'y prendre place peut le faire dans la mesure où la capacité du véhicule le permet et qu'il n'existe aucun motif légal de lui refuser.

**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  *votre 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 RÉOLUTION 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 sur la distribution des produits et des 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'Agence, lui indiquant qu'il peut, dans les 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'Agence, 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 accusez réception de ce guide de distribution à l'occasion de l'acquisition du produit Assurance d'annulation de voyage.*

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.**