





## TABLE DES MATIÈRES

Définitions .....	3
Couverture individuelle — Admissibilité et cessation de l'assurance .....	5
Garanties .....	6
Exclusions .....	9
Dispositions générales et restrictions .....	11
Prolongation d'office de la <i>période de couverture</i> .....	17
Service d'assistance international .....	18
Demandes de règlement .....	19
Identification de l' <i>Assureur</i> .....	21
Proposition cadre	



## DÉFINITIONS

**Accident** s'entend d'un événement fortuit, soudain, imprévisible et non intentionnel attribuable exclusivement à une cause externe et qui entraîne des *blessures* corporelles.

**Âge à l'expiration** s'entend de l'âge indiqué dans la proposition cadre et auquel l'assurance du *participant* prend fin.

*Assureur* s'entend de la Royale & Sun Alliance du Canada, société d'assurances, laquelle offre la présente assurance.

**Autre assurance** s'entend de tout régime d'assurance maladie privé ou public (y compris l'assurance prévue par les cartes de crédit), régime d'assurance automobile privé ou provincial, ou autre indemnisation dont la *personne assurée* peut se prévaloir, autrement que par le biais du présent *contrat*, et lui procurant une partie ou l'ensemble des garanties et la couverture offertes par le présent *contrat*.

**Blessure** s'entend d'une *blessure* corporelle imprévisible et inattendue d'origine accidentelle, à l'exclusion de toute autre cause, que subit la *personne assurée* au cours de la *période de couverture* et nécessitant un traitement d'*urgence* couvert par le présent *contrat*.

**Conjoint** s'entend autant de la personne mariée légalement au *participant* que de la personne vivant avec le *participant* en tant que *conjoint* de fait depuis au moins un (1) an, sans interruption, et qui est reconnue publiquement comme tel et qui n'a pas atteint l'*âge à l'expiration* indiqué dans la proposition cadre.

**Contrat** s'entend du *contrat* collectif d'assurance voyage pour soins médicaux d'urgence émis au *titulaire du contrat* par l'*Assureur*, par l'intermédiaire de ETFS, et conservé dans les dossiers du *titulaire du contrat*.

**Établissement de santé agréé** s'entend d'un établissement répondant aux exigences particulières relatives à l'exercice de la médecine.

**Frais raisonnables et courants** s'entend des frais engagés pour des fournitures ou des services médicaux assurés et approuvés, qui ne dépassent pas les frais exigés normalement par des fournisseurs de rang professionnel comparable établis dans la même localité ou région, pour semblable traitement d'une *maladie* ou *blessure* similaire.

**Global Excel** et **Gestion Global Excel inc.** s'entendent de la compagnie désignée par l'*Assureur* pour fournir l'assistance médicale et les services de règlements de sinistres au titre du présent *contrat*.

**Hôpital** s'entend d'un établissement reconnu légalement comme étant un *hôpital*, offrant en permanence les services d'un ou de plusieurs *médecins* disponibles en tout temps ainsi que les services d'infirmiers diplômés. La vocation première d'un tel établissement est de fournir des services diagnostiques ainsi que des traitements médicaux et chirurgicaux pour les *maladies* ou *blessures* aiguës et le traitement des *maladies* chroniques. Il doit également être équipé de manière à pouvoir effectuer des diagnostics et des opérations chirurgicales majeures et à fournir des soins aux *patients hospitalisés*. Le terme « *hôpital* » ne comprend pas les centres de convalescence, de soins infirmiers, de repos ou de soins infirmiers spécialisés, qu'ils fassent partie ou non d'un *hôpital* général ordinaire, ni les établissements exploités dans le seul but de traiter les personnes atteintes de *maladie* mentale, les personnes âgées, les toxicomanes ou les alcooliques.

**Maladie** s'entend de tout problème de santé ou de toute affection imprévisible et inattendue dont souffre la *personne assurée* au cours de la *période de couverture*, qui nécessite un traitement d'*urgence* et ne constitue pas un *problème de santé persistant*.

**Maladie en phase terminale** s'entend d'un état de santé qui, de l'avis d'un *médecin*, indique une espérance de vie de six (6) mois ou moins.

**Médecin** s'entend d'un médecin ou d'un chirurgien dont le statut juridique et professionnel, à l'intérieur du territoire où il exerce, équivaut à celui d'un docteur en médecine (M.D.) ayant obtenu un permis d'exercice au Canada, qui est dûment autorisé à exercer dans le territoire donné, qui peut prescrire des médicaments ou pratiquer la chirurgie et qui fournit des soins médicaux au titre de son permis d'exercice. Le médecin doit être une personne autre que la *personne assurée* ou qu'un *membre de la famille immédiate* de la *personne assurée*.

**Membre de la famille immédiate** s'entend des *conjoint*, fils, fille, père, mère, frère, sœur, belle-mère, beau-père, gendre, bru, beau-fils, belle-fille, beau-frère, belle-sœur, petit-fils, petite-fille, grand-père ou grand-mère de la *personne assurée*.

**Nécessaire du point de vue médical** s'entend des services, fournitures ou autres :

- a) qui sont opportuns et compatibles avec le diagnostic, conformément aux normes reconnues de la pratique médicale dans la société;
- b) qui ne sont pas de nature expérimentale ou à des fins d'investigation;
- c) qui, s'ils ne sont pas administrés, peuvent avoir des conséquences néfastes sur l'état de santé de la *personne assurée* ou la qualité des soins médicaux;
- d) qui ne peuvent attendre le retour de la *personne assurée* dans sa province ou son territoire de résidence.

**Participant** s'entend d'un employé ou d'un membre dont le *titulaire du contrat* reconnaît le droit à l'assurance en vertu du *contrat* et pour lequel ce dernier a acquitté la prime exigible.

**Patient hospitalisé** s'entend d'une personne hospitalisée pendant plus de vingt-quatre (24) heures sur ordre du *médecin* traitant.

**Période de couverture** désigne le nombre de jours consécutifs indiqué dans la proposition cadre au cours desquels la *personne assurée* est couverte par ledit *contrat* lorsqu'elle part en *voyage*, ces jours étant calculés à compter de la date de départ.

**Personne à charge** s'entend du *conjoint* et de l'enfant célibataire du *participant* ou du *conjoint* qui dépend du *participant* pour sa subsistance et qui n'occupe pas un emploi à plein temps. Les limites d'âge à l'égard d'enfants à charge sont les mêmes que celles indiquées dans la proposition cadre. La couverture ne peut cependant être maintenue après l'âge de 26 ans, sauf dans le cas où l'enfant à charge souffre d'une incapacité physique ou mentale et qu'il dépend entièrement du *participant* pour sa subsistance à la date où il ou elle atteint l'âge auquel l'assurance aurait normalement pris fin.

**Personne assurée** fait référence tant au *participant* qu'à ses *personnes à charge* couvertes par le *contrat*.

**Problème de santé persistant** s'entend d'une *blessure* et (ou) d'une *maladie* aiguës qui nécessitent des soins et (ou) un traitement une fois que l'*urgence* initiale a pris fin, selon le directeur médical de *Global Excel*.

**Régime public d'assurance maladie** s'entend de l'assurance maladie que les gouvernements provinciaux et territoriaux canadiens offrent à leurs résidents.

**Terrorisme** signifie tout acte illicite motivé par une idéologie incluant notamment l'emploi de la violence ou de la force, y compris toute menace de force ou de violence, commis par ou au nom de tout groupe, organisation ou gouvernement, dans le but d'influencer tout gouvernement et (ou) d'instaurer un climat de peur dans le public ou dans un sous-groupe de la population.

**Titulaire du contrat** s'entend de la compagnie ou de l'organisme à qui le présent *contrat* est émis.

**Urgence** s'entend d'une *maladie* ou d'une *blessure* qui survient au cours de la *période de couverture* et qui requiert des soins médicaux immédiats, nécessaires d'un point de vue médical, pour le soulagement d'une douleur ou souffrance aiguë, ces soins ne pouvant pas être repoussés jusqu'au retour au Canada de la *personne assurée*. Il ne doit pas s'agir de traitements expérimentaux ou alternatifs.

**Véhicule** s'entend d'une automobile, d'une motocyclette, d'une habitation motorisée, d'un camion, d'un véhicule de plaisance et de tout véhicule de catégorie B et de catégories A et C de moins de 11 mètres (36 pieds) de long, pourvu que ce véhicule ne soit pas immatriculé pour le transport de passagers payants et dans lequel la *personne assurée* est un passager ou conducteur au cours du *voyage*.

**Voyage** s'entend d'un déplacement qu'effectue la *personne assurée* et qui débute le jour où elle quitte sa province ou territoire de résidence et se termine le jour où elle y revient.

**Les termes qui figurent en lettres italiques dans le présent contrat sont définis dans la présente partie.**

**Couverture du *participant***

**Pour avoir droit à l'assurance en vertu du présent *contrat* à titre de *participant*, il faut :**

1. être couvert par le *régime public d'assurance maladie* de sa province ou de son territoire de résidence;
2. être couvert par le régime d'assurance médicaments ou dentaire de Sécurité Indemnité du *titulaire du contrat*; et
3. être moins âgé que l'*âge à l'expiration* indiqué dans la proposition cadre.

**La couverture du *participant* prend fin immédiatement à la première des dates suivantes :**

1. la date à laquelle le *participant* n'est plus couvert par le *régime public d'assurance maladie* de sa province ou de son territoire de résidence;
2. la date à laquelle le *participant* n'est plus couvert par le régime d'assurance médicaments ou dentaire de Sécurité Indemnité du *titulaire du contrat*;
3. la date d'échéance de la prime, dans le cas où le *titulaire du contrat* omet de verser la prime exigible à l'Assureur, à moins d'erreur;
4. la date à laquelle le *participant* atteint l'*âge à l'expiration* de l'assurance indiqué dans la proposition cadre; ou
5. la date à laquelle le présent *contrat* est résilié.

**Couverture de *personnes à charge***

**Pour avoir droit à l'assurance en vertu du présent *contrat* à titre de *personne à charge*, il faut :**

1. être couvert par le *régime public d'assurance maladie* de sa province ou de son territoire de résidence;
2. être couvert par le régime d'assurance médicaments ou dentaire de Sécurité Indemnité du *titulaire du contrat*; et
3. être une *personne à charge* au sens du présent *contrat*.

**La couverture de la *personne à charge* prend fin immédiatement à la première des dates suivantes :**

1. la date à laquelle la *personne à charge* cesse d'être couverte par le *régime public d'assurance maladie* de sa province ou de son territoire de résidence;
2. la date à laquelle la *personne à charge* n'est plus couverte à titre de *personne à charge* par le régime d'assurance médicaments ou dentaire de Sécurité Indemnité du *titulaire du contrat*;
3. la date à laquelle la *personne à charge* cesse de l'être, au sens de la définition de *personne à charge* du présent *contrat*;
4. la date à laquelle la *personne à charge* atteint l'*âge à l'expiration* indiqué dans la proposition cadre;
5. la date à laquelle la couverture du *participant* prend fin, sauf si la cessation de l'assurance survient en raison du décès du *participant*, auquel cas la couverture de la *personne à charge* est maintenue en vigueur jusqu'à la première des éventualités suivantes : l'expiration d'une période de deux (2) ans; la date où elle cesse d'être considérée comme *personne à charge* au sens du *contrat*; elle atteint l'*âge à l'expiration* stipulé dans la proposition cadre; elle se remarie ou elle décède, à condition toutefois que l'employeur continue d'effectuer les versements de prime requis; ou
6. la date à laquelle le présent *contrat* est résilié.

Le *contrat* couvre les frais :

- engagés à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence de la *personne assurée*;
- nécessaires du point de vue médical;
- raisonnables et courants;
- engagés en raison d'une situation d'*urgence* causée par une *maladie* ou une *blessure* soudaine et imprévisible qui survient au cours de la *période de couverture*;
- en excédent de ceux qui sont assurés par le *régime public d'assurance maladie* ou par une *autre assurance* au titre de laquelle la *personne assurée* pourrait être couverte; et
- légalement assurables;

sous réserve du maximum global par personne indiqué dans la proposition cadre.

En cas d'*urgence*, les garanties ci-après sont payables au titre du *contrat*; cependant, certains frais indiqués ne le sont que sur approbation préalable de *Global Excel*.

1. **Hospitalisation :** le coût d'une chambre et pension, jusqu'à concurrence du tarif fixé par l'*hôpital* pour une chambre à deux lits. Si *nécessaire du point de vue médical*, est également couvert le coût des soins administrés dans une unité de soins intensifs ou dans une unité de soins coronariens. Si la couverture prend fin pour quelque raison que ce soit durant un séjour à l'*hôpital*, l'assurance se prolonge jusqu'au congé de l'*hôpital*, et ce, pendant un an au maximum. Les frais d'hospitalisation sont couverts pendant une période maximale de 365 jours par *personne assurée*.
2. **Honoraires de médecin :** les honoraires versés à un *médecin* pour soins reçus.
3. **Services diagnostiques :** les radiographies et les tests de laboratoire recommandés par le *médecin* traitant en raison de la situation d'*urgence*. Le *contrat* ne couvre pas le recours à l'imagerie par résonance magnétique (IRM), le cathétérisme cardiaque, la tomographie axiale informatisée (scanographie), les sonogrammes, les échographies et les biopsies, sauf si *Global Excel* y a consenti au préalable.
4. **Soins paramédicaux :** les soins (radiographies comprises) dispensés par un chiropraticien, un physiothérapeute, un podiatre ou un ostéopraticien détenant un permis d'exercice, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par *personne assurée*, pour chacune des professions énumérées ci-dessus. Ces soins doivent être approuvés au préalable par *Global Excel*.
5. **Ordonnances :** les médicaments, sérums et solutions injectables ne pouvant être obtenus que sur ordonnance d'un *médecin*, fournis par un pharmacien diplômé et nécessaires du point de vue médical pour traiter une *urgence*, sauf si la *personne assurée* en a besoin pour stabiliser une *maladie* chronique ou un problème de santé qu'elle avait avant son *voyage*. Est couverte, une provision pour un maximum de 30 jours par ordonnance, sauf si la *personne assurée* est hospitalisée.
6. **Services d'ambulance :** les frais raisonnables et nécessaires du point de vue médical pour le transport terrestre par service d'ambulance autorisé jusqu'à l'établissement de santé agréé le plus proche.
7. **Appareils médicaux :** les appareils médicaux légers approuvés au préalable par *Global Excel*, tels que béquilles, plâtres, attelles, cannes, écharpes, bandages herniaires, appareils orthopédiques, déambulateurs et (ou) location temporaire d'un fauteuil roulant. Ces appareils doivent être prescrits par le *médecin* traitant, avoir été obtenus à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence de la *personne assurée* et être nécessaires du point de vue médical.
8. **Soins infirmiers privés :** un maximum de 10 000 \$ par *personne assurée* pour les services professionnels d'un infirmier privé diplômé, lorsque nécessaires du point de vue médical alors que la *personne assurée* est hospitalisée. Ces soins doivent être approuvés au préalable par *Global Excel*.
9. **Transport aérien d'urgence :** à condition que *Global Excel* ait approuvé et pris au préalable les dispositions à cet égard :
  - a) ambulance aérienne jusqu'à l'établissement de santé le plus proche ou jusqu'à un *hôpital* canadien pour y recevoir des soins d'*urgence*;
  - b) transport avec accompagnateur (si nécessaire) sur une ligne aérienne autorisée, si la *personne assurée* doit revenir dans sa province ou son territoire de résidence pour y recevoir des soins d'*urgence*.

10. **Visite d'un membre de la famille :** sous réserve de l'approbation préalable de *Global Excel*, un billet d'avion aller-retour en classe économique à partir du Canada plus jusqu'à 150 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 3 000 \$, pour le coût des repas et d'hébergement dans un établissement commercial d'une des personnes suivantes : *conjoint*, père, mère, enfant, frère, sœur ou associé en affaires :
- afin de se rendre au chevet de la *personne assurée* qui voyage seule et qui est hospitalisée d'*urgence*. Pour être indemnisée au titre de cette garantie, la *personne assurée* doit être hospitalisée pendant au moins trois (3) jours consécutifs à l'extérieur de sa province ou de son territoire de résidence. Le *médecin* traitant doit également certifier par écrit que la gravité de la situation justifie la visite; ou
  - lorsque nécessaire, afin d'identifier le corps de la *personne assurée* avant de le remettre à la famille.
- L'Assureur ne rembourse que les frais assurés attestés par des reçus originaux.
11. **Retour du compagnon de voyage :** si en vertu des garanties Transport aérien d'*urgence* ou Rapatriement du défunt, la *personne assurée* est ramenée dans sa province ou son territoire de résidence, sous réserve de l'approbation préalable de *Global Excel*, l'Assureur rembourse le coût d'un aller simple par avion en classe économique pour le retour d'un *compagnon de voyage* au Canada.
12. **Soins dentaires en cas d'accident :** jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par *personne assurée* pour des traitements dentaires d'*urgence* visant à réparer des dents naturelles et saines ou une prothèse dentaire permanente, à condition que le traitement soit nécessaire en raison d'un coup accidentel, d'origine externe, reçu à la bouche ou au visage. La *personne assurée* doit consulter un *médecin* ou un dentiste immédiatement après avoir subi la *blessure*. Le traitement doit débuter pendant la *période de couverture* et se terminer avant le retour dans sa province ou son territoire de résidence. À des fins de règlement, un *médecin* ou un dentiste doit fournir un rapport d'*accident*.
13. **Repas et hébergement :** les repas et frais d'hébergement de la (des) *personnes assurées* dans un établissement commercial, à raison de 150 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 3 000 \$ par *voyage* par *participant*, si le *voyage* est prolongé au-delà du dernier jour de la *période de couverture* en raison d'une *maladie* contractée ou d'une *blessure* subie par la *personne assurée*. Cette garantie doit être soumise à l'approbation préalable de *Global Excel*. L'incapacité pour la *personne assurée* de voyager doit être attestée par le *médecin* traitant et être appuyée par les reçus originaux fournis par les établissements commerciaux.
14. **Retour du véhicule :** une couverture maximale de 5 000 \$ est prévue lorsque, en raison d'une *maladie* ou d'une *blessure*, ni la *personne assurée* ni une personne voyageant avec elle n'est capable de conduire le *véhicule* de la *personne assurée* ou un *véhicule* de location pendant le *voyage*. Des dispositions sont prises pour que le *véhicule* soit ramené au domicile de la *personne assurée* dans sa province ou son territoire de résidence, ou jusqu'à l'agence de location la plus proche, et les frais à cet égard sont payés. Ne sont couvertes que les dépenses d'une seule personne pour ramener le *véhicule*. Les dispositions à cet égard doivent être prises et (ou) approuvées à l'avance par *Global Excel*. Cette garantie ne couvre pas la perte de salaire subie par le conducteur du *véhicule*. L'Assureur ne rembourse que les frais assurés attestés par des reçus originaux.
15. **Rapatriement du défunt :** un maximum de 5 000 \$ pour les frais de préparation et de transport de la *personne assurée* décédée, jusqu'à sa province ou son territoire de résidence, lorsqu'une *maladie* ou une *blessure* a occasionné le décès. Lorsqu'il y a incinération et (ou) inhumation au lieu du décès de la *personne assurée*, cette garantie se limite à 2 500 \$. Cette garantie ne couvre pas le coût du cercueil ou de l'urne.
16. **Frais accessoires :** un maximum de 250 \$ par *voyage* pour les menues dépenses de la *personne assurée* tels les frais de téléphone, de location d'un téléviseur ou de stationnement pendant qu'elle est hospitalisée à la suite d'une *urgence* et parce qu'elle doit effectuer ces dépenses, comme conséquence directe de son hospitalisation. L'Assureur ne rembourse que les frais assurés attestés par des reçus originaux.

## EXCLUSIONS

Le *contrat* ne couvre pas ce qui suit :

1. Les dépenses normalement couvertes ou remboursables en vertu d'un *régime public d'assurance maladie* ou d'une *autre assurance*.
2. Tout *voyage* pour lequel des réservations ont été faites ou que l'on entreprend malgré l'avis du *médecin* ou après avoir reçu un diagnostic de *maladie en phase terminale*.
3. Tout problème de santé pour lequel, avant le départ, il est raisonnable de supposer, selon des preuves médicales, que des soins médicaux ou une hospitalisation pourraient être requis au cours du *voyage*.
4. Un traitement, une intervention chirurgicale ou un médicament qui n'est pas *nécessaire du point de vue médical* pour le soulagement immédiat de douleurs ou de souffrances aiguës ou que la *personne assurée* décide de se procurer à l'extérieur de sa province ou de son territoire de résidence mais que, selon des preuves médicales, elle pourrait se procurer dans sa province ou son territoire de résidence à son retour. Le fait de devoir attendre pour recevoir un tel traitement dans sa province ou son territoire de résidence n'influe aucunement sur ce qui précède.
5. Une intervention chirurgicale ou un traitement subi au cours d'un *voyage*, si ce *voyage* a été entrepris en vue d'obtenir des services médicaux ou hospitaliers, que ce *voyage* ait été recommandé par un *médecin* ou non.
6. Le cathétérisme cardiaque, l'angioplastie et (ou) la chirurgie cardio-vasculaire, de même que les épreuves diagnostiques et les frais afférents, à moins que *Global Excel* y ait consenti à l'avance. Cependant, une exception est faite dans le cas de situations extrêmes, lorsque l'intervention chirurgicale est pratiquée d'*urgence*, dès l'admission du patient à l'*hôpital*.
7. L'imagerie par résonance magnétique (IRM), la tomographie axiale informatisée (scanographie), les sonogrammes ou échographies et les biopsies, sauf si *Global Excel* y a consenti au préalable.
8. Toute période d'hospitalisation ou les services obtenus relativement à des examens médicaux périodiques, le traitement d'un *problème de santé persistant*, les soins courants dans le cas d'une *maladie* chronique, les soins à domicile, les tests approfondis, la réadaptation ou les soins ou traitements courants liés à la consommation de stupéfiants ou d'alcool ou à l'abus de toute autre substance, le refus de se conformer à toute thérapie ou à tout traitement médical prescrit, de même que le traitement d'une *maladie* aiguë et (ou) d'une *blessure* après que la situation d'*urgence* initiale a pris fin (tel qu'indiqué par *Global Excel*).
9. Des troubles émotifs, psychologiques ou mentaux ou une *maladie*, un état de santé ou un symptôme du même ordre, sauf s'ils entraînent une hospitalisation et que les dossiers d'hospitalisation en font foi.
10. Le transport aérien d'*urgence* et (ou) la location d'une voiture qui ne sont pas approuvés à l'avance par *Global Excel*.
11. Tout traitement non administré ni supervisé par un *médecin* ou un dentiste détenant un permis d'exercice.
12. Les soins prodigués à une femme ou à un enfant, ou leur hospitalisation, par suite d'une grossesse, d'une fausse couche, d'une naissance ou de complications découlant de ces événements dans les quatre (4) semaines précédant et (ou) suivant la date d'accouchement prévue.
13. La guerre civile ou étrangère, les actes d'ennemis étrangers, les hostilités (déclarées ou non), la rébellion, la révolution, l'insurrection ou le pouvoir militaire.
14. Le *terrorisme*, ou toute activité ou décision d'un organisme du gouvernement ou de toute autre entité visant à prévenir, combattre ou mettre fin au *terrorisme*, sauf en ce qui concerne les pertes ou les dommages directement occasionnés par un incendie ou par une explosion. Cette exclusion s'applique indépendamment de toute cause ou circonstance contribuant, concurremment ou non, à ces pertes ou dommages.
15. La perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte illégal ou d'une infraction criminelle.
16. Le suicide, une tentative de suicide ou une *blessure* infligée à soi-même, que la *personne assurée* soit saine d'esprit ou non.
17. Le service dans les forces armées.

18. La participation à un sport professionnel, à une course motorisée ou assistée mécaniquement ou à un concours de vitesse (une activité organisée de nature compétitive dans laquelle la vitesse est un facteur déterminant).
19. Tout dommage causé à des lunettes, lentilles cornéennes, prothèses ou appareils auditifs ou la perte de ceux-ci.
20. Le remplacement d'une ordonnance existante, que ce soit en raison d'une perte, d'un renouvellement ou d'une provision insuffisante, ou l'achat de drogues et de médicaments (vitamines comprises) que l'on peut normalement se procurer sans ordonnance ou qui ne sont pas enregistrés ou approuvés légalement au Canada ou qui ne sont pas nécessaires du point de vue médical en raison d'une *urgence*.
21. Des frais de surclassement ou d'annulation de billets d'avion, sauf si *Global Excel* y a consenti au préalable.
22. Le coût de tout billet d'avion assuré en vertu du présent *contrat* si le billet de la *personne assurée* peut être échangé ou utilisé à des fins similaires.
23. Les couronnes et les traitements de canal.
24. Les frais engagés par la *personne assurée* dans sa province de résidence ou dans une province où elle étudie ou travaille à temps plein, ou dans son pays d'origine si elle est un étudiant étranger poursuivant des études au Canada ou si elle est un non-résident travaillant au Canada.
25. Pour les *participants* actifs âgés de 70 ans et plus ou les *participants* à la retraite, si l'assurance s'applique: Tous les frais médicaux engagés relativement à un problèmes de santé antérieur au départ en *voyage*, sauf lorsque tel état de santé préexistant est demeuré stable (c.-à-d. aucun changement dans l'état de santé, aucun nouveau médicament d'ordonnance ou de changement de traitement ou de médicament tel qu'ordonné par un *médecin*) durant la période de stabilité indiquée dans la proposition cadre.

**CONTRAT ET MODIFICATIONS APPORTÉES AU CONTRAT**

Le présent *contrat*, de même que la proposition cadre du *titulaire du contrat*, les avenants et annexes, s'il y a lieu, constituent le *contrat* intégral conclu entre l'*Assureur* et le *titulaire du contrat*. Toutes les déclarations faites par le *titulaire du contrat* ou par une *personne assurée* sont réputées, sauf en cas de fraude, être des assertions et non des garanties.

Toute modification apportée au *contrat* n'est valable que si elle fait l'objet d'un avenant à cet effet, dûment signé par un représentant autorisé de ETFS et que si le *titulaire du contrat* en signifie l'acceptation en acquittant la prime pour la période commençant à la date d'effet de ladite modification ou après cette date.

Il n'est pas nécessaire qu'un avis soit donné à quelque *personne assurée*, bénéficiaire ou personne autre que le *titulaire du contrat*, ni que leur consentement soit obtenu, avant d'apporter une modification au *contrat* ou de procéder à son renouvellement ou à sa résiliation.

**INCONTESTABILITÉ**

L'*Assureur* peut décider d'invalider le *contrat* si le *titulaire du contrat* omet de déclarer ou déclare faussement un fait essentiel à l'appréciation du risque dans quelque déclaration faite dans la proposition cadre à l'égard du présent *contrat*.

**NON-RENONCIATION**

Le défaut par l'*Assureur* d'insister sur la conformité à quelque disposition du *contrat* ne signifie pas qu'il y renonce ou qu'elle a été modifiée ou annulée, quelles que soient les circonstances ou événements passés ou futurs, que ceux-ci soient semblables ou non, et ne modifie aucunement la portée des autres dispositions du *contrat*.

**RENOUVELLEMENT DU CONTRAT**

Ce *contrat* peut être renouvelé pour des périodes successives supplémentaires, moyennant le paiement de la prime tel que prévu aux présentes, sous réserve du droit de l'*Assureur* de ne pas renouveler ce *contrat* à quelque date de renouvellement du *contrat* que ce soit.

**RÉSILIATION DU CONTRAT**a) Le *titulaire du contrat*:

Le *titulaire du contrat* peut résilier le *contrat* à tout moment, à condition qu'il avise l'*Assureur* par écrit de son intention d'y mettre fin au moins trente et un (31) jours avant la date de résiliation.

Lorsque le *contrat* est résilié, le *titulaire du contrat* verse à l'*Assureur* la totalité des primes dues pour toute période au cours de laquelle le *contrat* était en vigueur, y compris le délai de grâce.

b) L'*Assureur*:

L'*Assureur* peut mettre fin au *contrat* à n'importe quelle date d'échéance de la prime en fournissant par écrit un avis de résiliation au *titulaire du contrat* au moins trente et un (31) jours avant ladite date d'échéance de la prime, lorsque :

- i. le nombre ou le pourcentage de *participants* est inférieur au nombre de *participants* requis indiqué dans la proposition cadre aux fins de la présente assurance; ou
- ii. le *titulaire du contrat* ne respecte pas l'une ou l'autre des modalités et conditions du *contrat* ou encore, omet de remplir ses obligations à l'égard des garanties offertes; ou
- iii. le *titulaire du contrat* ne se conforme pas aux exigences de l'*Assureur* ou ne collabore pas avec ce dernier en vue de satisfaire aux exigences de toute loi ou de tout règlement en vigueur s'appliquant aux garanties; ou
- iv. le *titulaire du contrat* ne se montre pas coopératif en matière de règlement de sinistres.

À toute date de renouvellement du *contrat*, l'*Assureur* peut résilier le *contrat* ou toute disposition à l'égard des garanties, en expédiant par la poste un avis de résiliation écrit au *titulaire du contrat* au moins trente et un (31) jours avant ladite date de renouvellement.

Nonobstant les alinéas (a) et (b) ci-dessus, si quelque montant de prime demeure impayé à la fin du délai de grâce accordé pour le régler, le *contrat* est annulé avec effet rétroactif à la date d'échéance de la prime et aucun sinistre survenu au cours de ce délai n'est pris en charge par l'*Assureur*.

## **CONFORMITÉ AVEC LA LOI**

Toute disposition contractuelle contenue dans le présent document qui contrevient aux lois auxquelles le présent *contrat* est assujéti est par les présentes réputée avoir été modifiée pour s'y conformer.

## **LOI APPLICABLE**

Le présent *contrat* est régi par la loi de la province ou du territoire canadien de résidence de la *personne assurée*. Toute procédure judiciaire intentée par la *personne assurée*, ses héritiers légaux ou ses ayants cause devra être soumise aux tribunaux de la province ou du territoire canadien de résidence de la *personne assurée*.

## **DROIT D'EXAMINER LE CONTRAT**

Le présent *contrat*, de même que tout avenant annexé, est conservé dans les bureaux du *titulaire du contrat*. La *personne assurée* peut consulter ce document durant les heures normales de bureau du *titulaire du contrat*.

## **DOCUMENTS DESCRIPTIFS**

L'*Assureur* fournit au *titulaire du contrat*, à remettre à chaque *participant*, une carte d'assistance médicale de même qu'un livret ou tout autre document sommaire décrivant les garanties auxquelles le *participant* et ses *personnes à charge* assurées ont droit.

Une carte d'assistance médicale, un livret ou un document descriptif remis pour quelque raison que ce soit à quiconque n'a pas droit aux garanties d'assurance ou a cessé d'y avoir droit est nul et non avenue.

En cas de divergence entre les dispositions du *contrat* et celles d'une carte d'assistance médicale, d'un livret ou de tout autre document que la *personne assurée* pourrait avoir en sa possession, les dispositions du présent *contrat* prévalent.

## **ADMINISTRATION**

Le *titulaire du contrat* fournit à l'*Assureur* tout renseignement exigé par ce dernier à des fins de calcul de la prime et d'administration du *contrat*. L'*Assureur* a le droit de s'attendre à ce que ces renseignements soient complets et exacts; en outre, l'*Assureur* ne peut être tenu responsable du fait que les renseignements fournis par le *titulaire du contrat* soient erronés ou que ce dernier omet de fournir des renseignements.

Le *titulaire du contrat* accorde à l'*Assureur* le droit d'examiner tout dossier pertinent lui appartenant auquel l'*Assureur* peut désirer avoir accès, et ce, aussi souvent que ce dernier peut raisonnablement l'exiger; cela vise notamment les factures ou rapports de facturation provenant d'autres souscripteurs ou assureurs pouvant dispenser une assurance maladie aux *participants*.

Le *titulaire du contrat* accorde en outre à l'*Assureur* le droit d'examiner les livres et registres du *titulaire du contrat*, dans la mesure où ceux-ci se rapportent à la présente assurance, pourvu que cela se fasse à une heure raisonnable et de temps à autre, jusque deux (2) ans après l'expiration du *contrat* ou jusqu'au rajustement et règlement ultimes de tous les sinistres en vertu des présentes, selon la dernière de ces éventualités.

## **ERREURS ADMINISTRATIVES**

Toute erreur commise par l'*Assureur* ou le *titulaire du contrat* dans la tenue des dossiers ou dans la transmission de renseignements ne peut entraîner pour qui que ce soit l'annulation d'une assurance autrement en vigueur lorsque la prime exigible est acquittée, ni non plus la prolongation d'une assurance ayant pris fin en bonne et due forme en vertu du *contrat*. Aux fins du présent *contrat*, une erreur dans le calcul de la prime est considérée comme une erreur administrative.

## ATTESTATION D'ÂGE

L'Assureur se réserve le droit d'exiger une attestation d'âge auprès de toute *personne assurée*.

## CESSION

Les sommes payables en vertu du *contrat* ne peuvent être cédées. Cependant, à titre exceptionnel, cela n'enlève aucunement à *Global Excel* la faculté de régler les prestations des *personnes assurées* directement à l'hôpital ou à la clinique, conformément à la partie de ce *contrat* intitulée Service d'assistance internationale.

## VERSEMENT DE LA PRIME

Tous les mois, à l'avance, le *titulaire du contrat* verse la prime à l'Assureur, de même que les taxes. Le montant de prime équivaut à l'ensemble des montants exigés pour toutes les *personnes assurées* au titre des garanties prévues aux présentes, selon le taux de prime établi par l'Assureur.

Le taux de prime initial demeure en vigueur jusqu'à la date de renouvellement du *contrat*. L'Assureur se réserve le droit de rajuster le taux de prime alors en vigueur, le rajustement prenant effet le premier jour du mois correspondant à la date du changement ou le premier jour du mois suivant. L'Assureur doit aviser le *titulaire du contrat* du nouveau taux de prime trente et un (31) jours à l'avance.

Nonobstant ce qui précède, si les modalités ou conditions du présent *contrat* sont modifiées, l'Assureur se réserve le droit de rajuster le taux de prime alors en vigueur; le rajustement prenant effet le premier jour du mois correspondant à la date du changement ou le premier jour du mois suivant. L'Assureur se réserve également le droit de rajuster le taux de prime lorsque le nombre de *participants* tombe en deçà de 75% du nombre initial ou lorsqu'une loi, un règlement ou une mesure gouvernementale est adopté, modifié ou révoqué, entraînant ainsi une modification des garanties et (ou) des sommes payables au titre du *contrat*, ou encore des taxes devant être versées aux autorités gouvernementales. Dans un tel cas, l'Assureur doit aviser le *titulaire du contrat* du rajustement trente et un (31) jours avant la date d'effet dudit rajustement.

## VERSEMENT MENSUEL DE LA PRIME

Le *titulaire du contrat* acquitte la prime exigible à l'égard de chaque *participant* couvert par le *contrat*, à l'avance, le premier jour de chaque mois (date d'échéance de la prime). Aucun montant de prime calculé au prorata n'est versé à l'Assureur pour la période allant de la date d'effet de la couverture d'un *participant* à la date d'échéance de la prime suivante lorsque cette date d'effet ne correspond pas à la date d'échéance de la prime. L'Assureur ne rembourse aucun montant de prime calculé au prorata au *titulaire du contrat* lorsqu'un *participant* cesse d'être assuré par le *contrat* à une date autre que la date d'échéance de la prime.

## DÉLAI DE GRÂCE

Un délai de grâce de trente et un (31) jours, à compter du jour suivant la date d'échéance de la prime, est accordé pour permettre de régler une prime, autre que la prime initiale; durant ce temps, le *contrat* demeure en vigueur sauf s'il a été résilié conformément à la disposition Résiliation du *contrat* des présentes.

Si une prime ou portion de prime exigible en vertu des modalités du présent *contrat* demeure impayée à la fin du délai de grâce, le *contrat* est annulé immédiatement et aucun sinistre survenu au cours de ce délai n'est pris en charge par l'Assureur.

Si, au cours du délai de grâce, le *titulaire du contrat* fournit un avis écrit à l'Assureur à l'effet que le présent *contrat* doit être résilié avant l'expiration dudit délai de grâce, le *titulaire du contrat* doit verser à l'Assureur une fraction de prime correspondant à la période au cours de laquelle le *contrat* était en vigueur, soit la période comprise entre la dernière date d'échéance de la prime et la date de résiliation du *contrat*.

## MONNAIE

Les sommes payables au titre du *contrat* sont en monnaie canadienne, sauf indication contraire. Si la *personne assurée* a acquitté des frais remboursables en monnaie autre qu'en monnaie canadienne, elle est remboursée en monnaie canadienne au taux de change ayant cours à la date du remboursement. Cette assurance ne prévoit pas le versement d'intérêts.

## AVIS À GLOBAL EXCEL

En cas de *maladie* ou de *blessure* susceptible d'entraîner des soins d'*urgence*, la *personne assurée* doit aviser immédiatement *Global Excel*; autrement, les sommes payables au titre du présent *contrat* pourraient se voir réduites. Lorsque la *personne assurée* engage des frais sans l'approbation préalable de *Global Excel*, à moins que le *contrat* ne stipule expressément que l'approbation ou l'autorisation de *Global Excel* doit être obtenue au préalable, ces frais sont remboursables sur la base des *frais raisonnables et courants* que l'*Assureur* aurait payés conformément aux modalités et conditions du *contrat*. La *personne assurée* doit acquitter toute différence entre les frais engagés et les *frais raisonnables et courants* que rembourse l'*Assureur*.

## TRANSFERT OU RAPATRIEMENT

En cas d'*urgence* médicale (avant ou après l'admission à l'*hôpital*), l'*Assureur* se réserve le droit de :

- a) faire transférer la *personne assurée* dans un établissement dispensateur de services de son choix, et (ou)
- b) ramener la *personne assurée* dans sa province ou son territoire de résidence,

sans que sa vie ou sa santé ne soient menacées, afin qu'elle puisse y recevoir les soins médicaux requis. Si la *personne assurée* décide de refuser un tel transfert ou rapatriement en dépit du fait que *Global Excel* juge que son état de santé est stable, l'*Assureur* ne peut alors être tenu responsable des frais engagés pour le traitement de sa *maladie* ou de sa *blessure* après la date proposée du transfert ou du rapatriement. *Global Excel* tient compte de l'état de santé de la *personne assurée* dans le choix du moyen de transport utilisé pour son rapatriement ou transfert et, dans ce dernier cas, dans le choix de l'*hôpital* auquel elle est transférée.

## LIMITE DE LA GARANTIE

Une fois que l'état de santé de la *personne assurée* est jugé suffisamment stable pour lui permettre de revenir au Canada (avec ou sans accompagnement médical), et ce, sur l'avis de *Global Excel* ou après qu'un établissement de santé lui ait accordé son congé, la situation d'*urgence* est réputée avoir pris fin. *Global Excel* avisera alors la *personne assurée*, au nom de l'*Assureur*, qu'aucun autre traitement, aucune autre consultation, récurrence ou complication lié à cette situation d'*urgence* ne pourra ouvrir droit à l'assurance au titre du présent *contrat*. Dans une telle situation, on accordera suffisamment de temps à la *personne assurée* pour qu'elle puisse prendre les dispositions nécessaires pour son *voyage* de retour dans sa province ou son territoire de résidence.

## FAUSSE DÉCLARATION ET OMISSION DE DÉVOILER DES FAITS ESSENTIELS

L'assurance au titre du présent *contrat* pourra être annulée si l'*Assureur* établit qu'avant ou après l'occurrence d'un sinistre, le *titulaire du contrat* ou la *personne assurée* a dissimulé, faussement déclaré ou omis de déclarer des faits essentiels relativement au présent *contrat* ou son intérêt dans celui-ci, ou si le *titulaire du contrat* ou la *personne assurée* refuse de communiquer des renseignements ou de permettre l'utilisation de renseignements concernant toute *personne assurée* au titre du présent *contrat*. Par conséquent et en cas de sinistre, l'*Assureur* n'assumera aucune responsabilité et la *personne assurée* devra elle-même assumer tous les frais engagés, y compris les coûts de rapatriement.

## SUBROGATION

Dans le cas où la *personne assurée* subit un sinistre couvert par le présent *contrat*, elle accorde à l'*Assureur* le droit d'intenter une action en justice contre toute personne ou organisme ayant causé ledit sinistre, et ce, afin de faire respecter tous ses droits, pouvoirs, privilèges et recours relativement aux sommes payables en vertu du présent *contrat*. En outre, si la *personne assurée* a droit, pour le règlement des frais médicaux, à une assurance ou autres garanties sans égard à la responsabilité, l'*Assureur* a le droit d'exiger et d'obtenir les sommes payables en vertu de ces garanties. Si l'*Assureur* décide d'intenter une action en justice, il le fait à ses frais, au nom de la *personne assurée*. Celle-ci doit se présenter sur les lieux du sinistre afin d'aider au déroulement des procédures; elle doit en outre coopérer avec l'*Assureur*, lui prêter main-forte et lui fournir toute information qu'il pourrait raisonnablement être en droit d'exiger. Si la *personne assurée* présente une requête ou intente une action en justice relativement à un sinistre couvert, elle doit en aviser immédiatement l'*Assureur* afin que celui-ci puisse protéger ses droits.

Nonobstant toute autre disposition du présent *contrat* à l'effet contraire, les droits de l'*Assureur* en vertu du présent paragraphe sont assujettis aux lois de l'état, de la province ou du district où le sinistre a lieu ou de l'endroit où les sommes payables au titre du *contrat* sont versées.

La *personne assurée* ne peut tenter une action en justice qui porterait atteinte aux droits de l'*Assureur*, tels qu'énoncés dans le présent paragraphe, et elle doit faire tout le nécessaire pour protéger ces droits.

## **ARBITRATION**

Malgré toute stipulation du présent *contrat*, les parties au présent *contrat* s'engagent à soumettre tout différend né ou éventuel concernant une demande de règlement à une procédure d'arbitrage, à l'exclusion des tribunaux. La procédure d'arbitrage sera celle prévue par la loi en vigueur dans la province ou le territoire canadien de résidence du *participant*. Les parties consentent au renvoi de tout litige devant l'arbitrage.

## **AUTRE ASSURANCE**

Au moment d'un sinistre, si la *personne assurée* possède une protection d'assurance auprès d'un autre assureur, ou si une tierce partie est responsable des garanties offertes dans ce *contrat*, l'*Assureur* ne payera que les frais couverts excédant le montant des frais couverts par l'autre assureur ou l'autre partie responsable. Cela comprend toute assurance au titre d'une carte de crédit, les régimes publics et privés d'assurance maladie, une assurance automobile privée ou provinciale ou toute *autre assurance*, payable ou non, procurant à la *personne assurée* tout ou partie des garanties et couvertures prévues au présent *contrat*. Si toutefois cette *autre assurance* est également une assurance complémentaire, l'*Assureur* coordonnera le règlement de tous les frais couverts avec l'autre assureur. Les règles de coordination sont soumises aux normes de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes. En aucun cas, l'*Assureur* tentera-t-il de recouvrer des sommes payables au titre d'un régime lié à l'emploi si le maximum viager pour toutes couvertures à l'intérieur et à l'extérieur du pays équivaut à 50 000 \$ ou moins.

## **COORDINATION DES GARANTIES ET ORDRE DE VERSEMENT DES SOMMES PAYABLES**

Lorsqu'une personne est couverte par une *autre assurance*, laquelle ne prévoit aucune coordination des garanties, cette assurance est considérée comme l'assurance de première ligne responsable du versement initial. Si cette *autre assurance* prévoit la coordination des garanties, l'ordre de versement des sommes payables est le suivant:

### ***Participant et conjoint à charge***

L'assurance couvrant le *participant* ou le *conjoint à charge* du *participant* en tant qu'employé (membre) verse les sommes payables avant l'assurance couvrant le *participant* ou son *conjoint* en tant que *personne à charge*.

### **Enfant à charge**

Si l'enfant à charge est couvert en tant que *personne à charge* par les assurances du *participant* et de son *conjoint*, les sommes sont d'abord payable en vertu de l'assurances du parent dont l'anniversaire arrive en premier au cours de l'année civile. Le reste des frais admissibles peut ensuite être réclamé à l'assurance de l'autre parent.

Si l'anniversaire des deux parents tombe le même jour (jour/mois), les demandes de règlement des enfants doivent être présentées à l'assurance selon l'ordre alphabétique des prénoms des parents.

Lorsqu'une personne est couverte par une *autre assurance* collective ou individuelle ou par un autre régime public, les sommes payables de toutes sources ne peuvent dépasser la totalité des frais engagés.

## **DELAI DE PAIEMENT DES SOMMES**

Toutes les sommes payables en vertu du *contrat* sont versées par l'*Assureur* dans les soixante (60) jours de la réception par l'*Assureur* de la preuve du sinistre.

## **SOMMES PAYABLES VERSÉES EN TROP**

Aucune disposition prévue par le présent ne peut restreindre le droit de l'*Assureur* de recouvrer auprès d'un particulier ou d'un organisme à qui des sommes ont été versées, une somme versée en trop pour quelque raison que ce soit.

## **DROIT D'EXIGER DES EXAMENS**

Pour avoir droit au versement des sommes assurées prévues au présent *contrat*, le *participant*, en son nom et en celui des personnes à sa charge, autorise par les présentes tout *médecin*, professionnel de la santé, *hôpital*, établissement ou autre organisme, à faire parvenir à l'*Assureur* ou à ses représentants, tous les renseignements, rapports ou documents que ceux-ci pourraient demander.

Par les présentes, le *participant* autorise l'*Assureur* à communiquer directement avec tout *médecin*, professionnel de la santé, *hôpital*, établissement ou autre organisme en vue d'obtenir des renseignements nécessaires à l'évaluation des demandes de règlement et par ailleurs dégage les personnes concernées de toute responsabilité légale pouvant découler de la divulgation de tels renseignements.

En cas de décès, l'*Assureur* exige qu'un certificat de décès soit joint à la demande de règlement. L'*Assureur* a en outre le droit de demander qu'une autopsie soit pratiquée et d'examiner tout rapport d'autopsie, si la loi le permet.

### **PRESCRIPTION D'ACTION**

Les actions ou instances en recouvrement d'un règlement aux termes du présent *contrat* ne doivent pas être engagées contre l'*Assureur* plus d'un (1) an (deux (2) ans dans les Territoires du Nord-Ouest et trois (3) ans dans la province de Québec) après la date à laquelle les sommes assurées sont devenues payables ou le seraient devenues si la demande de règlement avait été recevable.

### **ACCESSIBILITÉ DES SERVICES**

Ni l'*Assureur* ni *Global Excel* ne sont responsables de l'accessibilité ou de la qualité de tout traitement médical reçu (résultats compris), ni du transport sur les lieux du séjour, ni du fait que la *personne assurée* n'obtienne pas ou ne puisse obtenir de soins médicaux au cours de la *période de couverture*.

### **MAINTIEN EN VIGUEUR DE LA COUVERTURE INDIVIDUELLE DURANT L'ABSENCE DU TRAVAIL**

Lorsque le *participant* s'absente du travail en raison d'une invalidité, d'une mise à pied temporaire, d'un congé autorisé, d'une grève ou de tout autre arrêt de travail, l'assurance est maintenue en vigueur pour autant que le *participant* demeure couvert par le régime collectif d'assurance maladie complémentaire de base du *titulaire du contrat*.

### **REMISE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE DU PARTICIPANT**

Le *participant* qui n'était plus assuré pour cause de cessation d'emploi et qui recommence à travailler pour le *titulaire du contrat* devient assuré par le présent *contrat* dès que sa couverture en vertu du régime collectif d'assurance maladie complémentaire de base du *titulaire du contrat* est remise en vigueur.

## PROLONGATION D'OFFICE DE LA PÉRIODE DE COUVERTURE

La période de couverture pour chaque *voyage* est prolongée d'office pour une durée maximale de 72 heures, à condition que la *personne assurée* n'ait pas atteint l'âge à l'*expiration* lorsque :

- a) le dernier jour de sa couverture, la *personne assurée* est hospitalisée d'*urgence*. Cette couverture demeure en vigueur pour toute la durée de son séjour à l'*hôpital* et les 72 heures de prolongation s'appliquent dès sa sortie;
- b) le train, le bateau, l'autobus, l'avion ou autre moyen de transport dans lequel la personne voyage à titre de passager est retardé et, pour cette raison, il lui est impossible de revenir dans sa province ou son territoire de résidence à la date de retour prévue (y compris en raison de la température);
- c) le *véhicule* automobile privé dans lequel la *personne assurée* voyage est impliqué dans un *accident* de la route ou subit un bris mécanique, ce qui l'empêche de revenir dans sa province ou son territoire de résidence à la date de retour prévue ou avant cette date;
- d) la *personne assurée* doit repousser la date de son retour dans sa province ou son territoire de résidence en raison d'une *urgence* médicale.

Toute demande de règlement pour un sinistre survenu après la date de retour prévue initialement doit être accompagnée de documents justificatifs faisant état des circonstances ayant retardé le retour.

*Global Excel* prend les appels jour et nuit, tous les jours de la semaine.

**Centre d'appels d'urgence** — Quelle que soit la destination de la *personne assurée*, des préposés compétents sont là pour prendre ses appels. *Global Excel* peut également lui fournir des instructions et des codes de Canada Direct pour qu'elle puisse s'adresser uniquement à des téléphonistes canadiens.

**Aiguillage** — *Global Excel* peut diriger la *personne assurée* vers des fournisseurs de services médicaux à tarifs préférentiels (hôpitaux, cliniques et *médecins*) situés à proximité de l'endroit où elle séjourne. Ainsi aiguillée, il est moins probable qu'elle doive régler elle-même les frais pour ces services.

**Renseignements sur les garanties** — Des explications sur l'assurance sont offertes à la *personne assurée* ainsi qu'aux fournisseurs qui lui prodiguent des soins de santé.

**Spécialistes en services de santé** — L'équipe de spécialistes en services de santé de *Global Excel*, disponible jour et nuit, effectue un contrôle des services dispensés en cas d'*urgence* grave. Si nécessaire, *Global Excel* aide la *personne assurée* à revenir au Canada pour y recevoir les soins dont elle pourrait avoir besoin.

**Transmission de messages urgents** — En cas d'*urgence* médicale, *Global Excel* communique avec le *compagnon de voyage* de la *personne assurée* afin de le tenir au courant de sa situation médicale; de plus, *Global Excel* l'aide à échanger d'importants messages avec sa famille.

**Service d'interprètes** — Au besoin, *Global Excel* met la *personne assurée* en contact avec un interprète de langue étrangère pour qu'elle puisse obtenir des services d'*urgence* en pays étranger.

**Facturation directe** — Si possible, *Global Excel* donne instruction à l'*hôpital* ou à la clinique de facturer l'*Assureur* directement.

**Information sur les demandes de règlement** — *Global Excel* répond à toutes les questions de la *personne assurée* concernant l'admissibilité de sa demande, nos normes de vérification et notre façon d'administrer ses garanties d'assurance au titre du présent *contrat*.

*Global Excel* doit être contactée avant que la *personne assurée* ne tente d'obtenir des soins médicaux. Si en raison de son état de santé, la *personne assurée* est dans l'incapacité de le faire, une tierce personne doit le faire immédiatement à sa place. Il est de la responsabilité de la *personne assurée* de faire en sorte que *Global Excel* soit contactée avant de recevoir des soins médicaux, ou dès qu'il est raisonnablement possible de le faire.

*Global Excel* peut être contactée aux numéros d'*urgence* qui figurent sur la carte d'assistance médicale fournie au *participant*.

**AVIS ET PREUVE DE SINISTRE**

Lorsque *Global Excel* n'est pas contactée immédiatement, la *personne assurée* ou un bénéficiaire habilité à présenter une demande de règlement, ou le mandataire de l'un ou de l'autre, doit :

- a) donner un avis écrit de sinistre en le remettant personnellement ou en l'envoyant par courrier recommandé à *Global Excel* dans les trente (30) jours suivant la date de l'événement qui motive la demande de règlement au titre du présent *contrat*;
- b) faire parvenir à *Global Excel* dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de l'événement qui motive la demande de règlement au titre du présent *contrat*, toute preuve raisonnable, étant donné les circonstances de l'*urgence* qui fonde le demande de règlement, ainsi qu'une preuve de la perte occasionnée, une preuve du droit du demandeur à une telle indemnité, une preuve de son âge et, si nécessaire, de l'âge du bénéficiaire; et
- c) si *Global Excel* l'exige, fournir un certificat acceptable faisant état de la cause ou de la nature de l'événement qui motive la demande de règlement au titre du présent *contrat*, ainsi que de la durée pendant laquelle la *personne assurée* souffre d'une telle invalidité, s'il y a lieu.

**DÉFAUT D'AVIS OU DE PREUVE DE SINISTRE**

Le fait de ne pas donner avis du sinistre ou de ne pas en fournir la preuve dans le délai prescrit ci-dessus n'invalide pas pour autant la demande de règlement au titre du présent *contrat* si l'avis est donné ou la preuve fournie dès que raisonnablement possible, et au plus tard un (1) an suivant la date de la  *blessure* ou la date à laquelle une demande de règlement est présentée au titre du *contrat* en raison d'une *maladie*, s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner l'avis ou de fournir la preuve dans le délai prescrit.

**FORMULAIRES FOURNIS PAR L'ASSUREUR**

*Global Excel* s'engage, au nom de l'*Assureur*, à fournir les formulaires de demande de règlement dans les quinze (15) jours suivant la réception de l'avis de sinistre. Si toutefois le demandeur n'a pas reçu les formulaires dans le délai prescrit, il pourra présenter ses preuves sous forme de déclaration écrite, en décrivant la cause ou la nature de l'*urgence* qui fonde la demande de règlement.

**MARCHE À SUIVRE POUR LES DEMANDES DE RÈGLEMENT**

Il incombe à la *personne assurée* de fournir tous les documents énumérés ci-après et de régler les frais y afférents. Lorsqu'elle présente une demande de règlement, la *personne assurée* doit :

- a) inclure le numéro du *contrat*, le nom du patient (nom du mari et nom à la naissance, s'il y a lieu), sa date de naissance et son numéro d'assurance maladie d'une province ou d'un territoire canadien, avec la date d'expiration ou le code de version (s'il y a lieu);
- b) soumettre toutes les factures originales détaillées présentées par le ou les fournisseurs de services médicaux, indiquant le nom du patient, le diagnostic, les dates et le genre de traitement reçu, ainsi que le nom de l'établissement de santé et (ou) du *médecin*;
- c) fournir les reçus originaux pour les médicaments d'ordonnance (et non des tickets de caisse) émis par le pharmacien, le *médecin* ou l'*hôpital*, indiquant le nom du *médecin* ayant prescrit le médicament, le numéro de l'ordonnance, le nom du médicament, la date, la quantité et le coût total;
- d) fournir une preuve des dates de départ et de retour;
- e) fournir une preuve de sinistre dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date où les services couverts par le *contrat* ont été obtenus;
- f) sur demande de *Global Excel*, fournir des renseignements supplémentaires à l'égard de la demande de règlement, une fois celle-ci reçue;

- g) signer et retourner le formulaire de procuration/d'autorisation fourni par *Global Excel*, permettant à l'*Assureur* de présenter une demande de remboursement à la Régie de l'assurance maladie de la province ou du territoire canadien. L'*Assureur* verse les sommes dues aux fournisseurs de services médicaux visés par la demande de la *personne assurée* et, là où il y est autorisé, effectue en son nom la coordination des demandes de règlement directement avec la Régie de l'assurance maladie de la province ou du territoire canadien visé;
- h) retourner la partie non utilisée du billet d'avion de la *personne assurée* à *Global Excel* si elle se prévaut de la garantie Transport aérien d'*urgence*.

Tout document pertinent doit être acheminé au siège social de *Gestion Global Excel inc.*

Souscrite auprès de :



Administrée par :

**ETFS**<sup>TM</sup>

L'Assurance voyage pour soins médicaux *d'urgence* Groupe Explorateur/SécurIndemnité est souscrite auprès de la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances, et est administrée par Voyage Expert Sécurité Financière (E.T.F.S.) inc., membre du Groupe financier ETFS.

<sup>MC</sup> Le logo Royal & SunAlliance est une marque de commerce appartenant à la Royal & SunAlliance plc et autorisée sous licence par la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances.

<sup>MC</sup> ETFS est une marque de commerce de Voyage Expert Sécurité Financière (E.T.F.S.) inc., membre du Groupe financier ETFS.