

Couverture d'Assurance Facultative

Assurance médicale facultative en cas
d'urgence à l'extérieur de la province ou
du pays



TABLE DES MATIÈRES

Certificat d'assurance	2
Définition des mots et des expressions clés utilisés dans ce sommaire.....	3
Chapitre I	
Assurance complémentaire - Frais médicaux et hospitalisation	7
Frais médicaux admissibles	7
Chapitre II	
Frais médicaux et de voyage additionnels	9
Prolongation de l'assurance	11
Exclusions	11
Dispositions générales	13
Services d'assistance médicale partout dans le monde	15
Processus de demande de règlement	17
Protection de la vie privée du titulaire de carte	19

Assureur :

CHUBB DU CANADA COMPAGNIE
D'ASSURANCE
199 Bay Street, Suite 2500, P.O. Box 139,
Commerce Court Postal Station,
Toronto, Ontario M5L 1E2

Administrateur :

World Travel Protection Canada Inc. («WTP»)
901 King Street West, Suite 300
Toronto, Ontario M5V 3H5

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Avant le traitement médical ou l'admission à
l'hôpital, appelez pour confirmer votre assurance.
(Veuillez vous référer à l'exclusion n° 18).

Sans frais 1 866 865-2617

(au Canada et aux États-Unis):

À frais virés (ailleurs) 416-977-7743

**Lorsqu'une Personne Assurée est aux prises avec
une Urgence Médicale lors d'un voyage couvert,
vous devez communiquer avec WTP, si possible,
avant de chercher à obtenir des soins médicaux.**

**Le présent Certificat/Police
contient une clause qui retire
ou restreint le droit de l'assuré à
désigner les personnes auxquelles
ou au bénéfice desquelles les
sommes assurées doivent être
versées.**

CERTIFICAT D'ASSURANCE - CONVENTION D'ASSURANCE

Les couvertures décrites dans ce **certificat** sont fournies par la **Compagnie** à tous les **titulaires de carte** admissibles, en vertu du police numéro 6405-91-88 émise par la **Compagnie** à la Banque de Montréal (« Diners Club »). La **personne assurée** et tout demandeur couvert par l'assurance peuvent demander une copie de la **demande d'assurance** du **titulaire de carte** et une copie de la police.

La **Compagnie** convient de procurer une assurance aux **personnes assurées**, à l'égard d'un **voyage couvert**, conformément aux modalités du présent **certificat**.

Attendu que le **titulaire de carte** doit avoir moins de 70 ans à la date de prise d'effet et doit avoir opté pour une couverture facultative, telle qu'elle est décrite dans la *Confirmation des garanties* annexée au présent **certificat** pour en faire partie intégrante, ce dernier a droit à la protection décrite aux présentes au titre de **personne assurée**, à l'égard d'un **voyage couvert**.

Ladite couverture, qui est valide pendant la **période d'assurance**, prend effet à la date de chaque départ de la **personne assurée**, par avion ou par tout autre moyen de transport (selon ce qui est indiqué dans la *Confirmation des garanties*), le lieu du départ étant la province ou le territoire habituel de résidence de la **personne assurée**, et prend fin au retour de la **personne assurée** dans sa province ou dans son territoire habituel de résidence au Canada, ou après les 14 ou 30 premiers jours consécutifs suivant la date de départ (en fonction de l'option souscrite et de la prime payée), selon le premier de ces événements à se produire.

Le **certificat** décrit les **frais médicaux admissibles** visant les **services d'urgence** ainsi que les autres dépenses précisées aux présentes.

L'assurance décrite dans le **certificat** est souscrite en complément de toute autre assurance, qu'elle soit ou non recouvrable. Les demandes de règlement se limitent au moindre des montants excédant les sommes payables en vertu d'un régime d'assurance maladie provincial, de tout autre régime collectif d'assurance maladie ou régime privé d'assurance, de toute autre police (ou des garanties annexes de toute police) ou assurance offerte par une carte de crédit, et de toute somme légalement recouvrable d'une autre partie (notamment les sommes recouvrables au titre de tout régime d'assurance automobile provincial ou de tout régime privé d'assurance automobile).

DÉFINITIONS

Aiguë s'entend de la phase de traitement initiale ou d'**urgence** de courte durée (qui n'est pas chronique) d'une **maladie** ou d'une **blessure** soudaine et inattendue.

Carte s'entend d'une carte Diners Club^{MD+} valide, émise à un **titulaire de carte** par la Banque de Montréal.

Certificat s'entend du présent **certificat** d'assurance.

Compagnie s'entend de Chubb du Canada, compagnie d'assurance (Chubb), 199 Bay Street, Suite 2500, P.O. Box 139, Commerce Court Postal Station, Toronto (ON) M5L 1E2

Conjoint(e) s'entend d'une personne à qui le **titulaire de carte** est légalement marié ou qui est conjoint(e) de fait du **titulaire de carte**. «Conjoint(e) de fait» : Personne (du même sexe ou de sexe opposé) qui vit de façon continue avec le **titulaire de carte** depuis au moins un (1) an et que celui-ci présente publiquement comme étant son conjoint.

Date de prise d'effet s'entend de la date à laquelle le **certificat** du **titulaire de carte** entre en vigueur, telle qu'elle est indiquée dans la demande d'assurance du **titulaire de carte**.

Demande d'assurance s'entend de la série de questions posées par la **Compagnie** et des renseignements fournis par le **titulaire de carte**, lesquels sont utilisés pour traiter la demande d'assurance du **titulaire de carte**.

Domme corporel accidentel ou **blessure** s'entend de toute atteinte corporelle provenant de l'action accidentelle et violente d'une cause extérieure.

État pathologique préalablement diagnostiqué s'entend d'un état pathologique, connu ou inconnu de la **personne assurée**, diagnostiqué par un **médecin** avant le début du **voyage couvert**.

Frais médicaux admissibles s'entend des catégories de dépenses qui sont énumérées dans le Chapitre I du présent **certificat**.

Hôpital s'entend d'un établissement de santé légalement constitué sous la supervision médicale d'un **médecin**, disposant d'installations permanentes qui permettent de pratiquer des chirurgies ou ayant conclu des ententes formelles à cette fin avec un autre établissement dont les installations sont disponibles, et qui fournit des services infirmiers jour et nuit.

Cette définition exclut les établissements de convalescence, maisons de repos et centres de soins infirmiers spécialisés, qu'ils fassent ou non partie

d'un **hôpital** général, exploités exclusivement pour le traitement des personnes âgées, des personnes souffrant de **maladies** psychiatriques, ou des toxicomanes ou alcooliques.

Maladie s'entend d'une **maladie aiguë** qui requiert des soins d'**urgence**, à la suite de symptômes qui surviennent soudainement pendant que la **personne assurée** se trouve à l'extérieur de sa province ou de son territoire habituel de résidence, au cours de la **période d'assurance**.

Médecin s'entend d'un médecin ou un chirurgien qui est actuellement membre de la corporation professionnelle et autorisé à pratiquer en vertu des règlements applicables dans le territoire où le médecin pratique.

Période d'assurance s'entend d'une période de 365 jours consécutifs à compter de la **date de prise d'effet** indiquée sur la *Confirmation des garanties* annexée au présent **certificat** pour en faire partie intégrante. Si la **personne assurée** ne se trouve pas dans sa province ou dans son territoire habituel de résidence au Canada au moment de la demande d'assurance au téléphone, les garanties s'appliqueront seulement à l'égard des **voyages couverts** commencés après le retour de la **personne assurée** dans sa province ou dans son territoire habituel de résidence au Canada.

Personne à charge s'entend de tout enfant célibataire du **titulaire de carte assuré** :

- (a) de moins de 21 ans qui réside avec le **titulaire de carte assuré**; ou
- (b) de moins de 25 ans, s'il fréquente à temps plein une université, un collège ou une école; ou
- (c) qui, en raison d'un handicap physique ou intellectuel, est incapable de travailler pour subvenir à ses besoins et qui est entièrement à la charge du **titulaire de carte assuré** selon les dispositions de la Loi de l'impôt sur le revenu.

Personne assurée s'entend du **titulaire de carte assuré** et, si ce dernier a choisi de souscrire l'assurance familiale facultative, cette définition comprend le **conjoint** et les **personnes à charge** du **titulaire de carte assuré** qui ont tous moins de 70 ans à la **date de prise d'effet**.

Titulaire de carte s'entend de toute personne physique à l'égard de laquelle la Banque de Montréal a émis une carte Diners Club^{MD+}, de qui le nom est estampé sur une carte valide, et dont le compte Diners Club est actif et n'a pas été annulé pour quelque motif que ce soit.

Titulaire de carte assuré s'entend du **titulaire de carte** âgé de moins de 70 ans à la **date de prise d'effet** et qui a opté pour une couverture facultative, telle que celle-ci est décrite dans la *Confirmation des garanties* annexée au présent **certificat**.

Transporteur public s'entend d'un transporteur terrestre ou maritime, d'une compagnie de charter ou compagnie aérienne régulière dont les activités consistent à transporter à titre onéreux des biens ou des passagers, et qui s'engage à transporter toutes les personnes qui en font la demande, pourvu qu'il y ait une place à bord, qu'il n'y ait aucun motif légal de refus et que les billets ou les cartes d'embarquement aient été émis.

Urgence s'entend d'un événement imprévisible qui se produit pendant un **voyage couvert** à l'extérieur de la province ou du territoire habituel de résidence de la **personne assurée**, qui affecte la **personne assurée** de façon telle que celle-ci courrait un danger continu sans l'intervention immédiate, d'un **médecin** ou d'un dentiste et qui nécessite un examen ou un traitement par ce **médecin** ou par ce dentiste, autorisé à pratiquer sa profession. Il n'y a plus d'**urgence** lorsque, selon l'opinion du **médecin** ou du dentiste traitant, la **personne assurée** est en mesure de retourner dans sa province ou dans son territoire habituel de résidence. Une fois l'**urgence** passée, aucune autre somme n'est payable à l'égard de l'état qui a causé l'**urgence**.

Lorsque l'examen ou le traitement révèle un état qui, de par sa nature, nécessite une intervention et un traitement continus, ceux-ci ne constituent alors pas des **frais médicaux admissibles** remboursables.

Voyage couvert s'entend d'un voyage débutant à la date de chaque départ de la **personne assurée** de sa province ou de son territoire habituel de résidence et prenant fin soit après le nombre de jours indiqués ci-dessous, soit à chaque retour de la **personne assurée** dans sa province ou dans son territoire habituel de résidence au Canada, selon le premier de ces événements à se produire.

- (a) En ce qui concerne les **titulaires de carte** qui ont souscrit la garantie facultative qui prend effet à l'occasion d'un transport aérien, le **voyage couvert** se limite aux 14 premiers jours consécutifs d'un voyage débutant par transport aérien, effectué au cours de la **période d'assurance**.
- (b) En ce qui concerne les **titulaires de cartes** qui ont souscrit la couverture facultative, telle qu'elle est décrite dans la *Confirmation des garanties* annexée au présent **certificat** pour en faire partie intégrante, le **voyage couvert** comprend les 14 ou

30 premiers jours consécutifs d'un voyage (selon l'option choisie), effectué au cours de la **période d'assurance**.

CHAPITRE I

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE - FRAIS MÉDICAUX ET HOSPITALISATION - FORMULE ANNUELLE

Montant d'assurance : 1 000 000 \$ par personne assurée, par voyage couvert.

Si une **personne assurée** doit être hospitalisée pour des soins d'**urgence** relativement à une **maladie** soudaine et imprévue ou à des **dommages corporels accidentels** survenus au cours d'un **voyage couvert** à l'extérieur de sa province ou de son territoire habituel de résidence, la **Compagnie** convient de rembourser le **titulaire de carte assuré**, le fournisseur des soins médicaux ou l'établissement médical de tous les **frais médicaux admissibles** à concurrence des sommes assurées.

Afin d'être admissibles, les frais doivent être nécessaires du point de vue médical dans le traitement d'une **maladie** soudaine et imprévue ou de **dommages corporels accidentels** survenus au cours d'un **voyage couvert**. Le traitement doit avoir été prescrit par un **médecin** et les frais doivent avoir été engagés en dehors de la province ou du territoire habituel de résidence au Canada de la **personne assurée** dans les 365 jours suivant la **maladie** ou la **blessure**.

FRAIS MÉDICAUX ADMISSIBLES

La **Compagnie** convient de rembourser à la **personne assurée** les frais ordinaires, habituels et raisonnables décrits ci-dessous, sous réserve de la validité de la demande de règlement de la **personne assurée**.

- (1) **Hospitalisation d'urgence**, hébergement, traitement et visites de suivi lorsque le processus médical relié à l'**urgence** nécessite de telles visites de suivi.
- (2) Services d'un **médecin**.
- (3) Services d'un physiothérapeute et d'un chiropraticien, à concurrence de 300 \$ par praticien, pour une **urgence par voyage couvert**.
- (4) Radiographies et analyses de laboratoire diagnostiques.
- (5) Médicaments (à l'exception des vitamines, des minéraux, des suppléments alimentaires et des médicaments brevetés) prescrits par le **médecin** traitant. La **Compagnie** remboursera le coût

total de ces médicaments durant l'hospitalisation d'une **personne assurée** et les doses nécessaires pour un maximum de 30 jours suivant son congé de l'**hôpital**.

- (6) Location d'appareils médicaux essentiels, notamment fauteuils roulants, béquilles et cannes.
- (7) Transport médical (par le moyen le plus approprié, y compris par le biais d'un service ambulancier autorisé ou d'un service ambulancier aérien, si l'état de santé de la **personne assurée** empêche le recours à d'autres moyens de transport) jusqu'à l'**hôpital** le plus proche muni de l'équipement nécessaire pour procurer les soins requis, ou jusqu'à la province ou jusqu'au territoire habituel de résidence de la **personne assurée**, à la discrétion de la **Compagnie** et conformément aux mesures et aux arrangements pris par la **Compagnie**. Le transport médical comprend également le coût des services du personnel médical nécessaires pendant le transport.
- (8) Services d'une infirmière particulière autorisée lorsque ces soins sont prescrits par écrit par le **médecin** traitant. Le remboursement de la **Compagnie** à l'égard de ces frais est limité à 3 000 \$ par **voyage couvert**.
- (9) Soins d'un dentiste ou d'un chirurgien dentiste pour le traitement d'une **blesseure** accidentelle causée par un traumatisme externe violent aux dents naturelles. Les soins doivent être procurés dans les 90 jours suivant un **voyage couvert**. Le remboursement de la **Compagnie** à l'égard de ces frais ne saurait excéder 2 000 \$ par **voyage couvert**.

CHAPITRE II

FRAIS MÉDICAUX ET DE VOYAGE ADDITIONNELS

La **Compagnie** convient de rembourser au **titulaire de carte assuré** les frais ordinaires et raisonnables, nécessairement engagés lors d'un **voyage couvert** qui sont énumérés ci-dessous, sous réserve de la validité de la demande de règlement de la **personne assurée** au titre du Chapitre I du présent **certificat**.

(1) Frais médicaux et de voyage additionnels :

Si, à la suite d'une **blessure** ou d'une **maladie** soudaine et imprévue au cours d'un déplacement à l'extérieur de sa province ou de son territoire habituel de résidence, la **personne assurée** doit retourner dans sa province ou dans son territoire habituel de résidence et que le **médecin** traitant ou le **transporteur public** stipule par écrit que la **personne assurée** doit être accompagnée par un membre du personnel médical qualifié, la **Compagnie** rembourse les frais engagés pour le billet aller-retour en classe économique de cette personne.

De plus, si l'état de la **personne assurée** nécessite l'utilisation de plus d'un siège de passager, la **Compagnie** rembourse les coûts additionnels engagés.

Le remboursement de ces frais par la **Compagnie** ne saurait excéder le coût du transport de la **personne assurée** selon le trajet le plus direct à sa province ou à son territoire habituel de résidence.

(2) Frais de repas et d'hébergement additionnels :

Si une **personne assurée** doit demeurer sur place après la date prévue pour le retour du **voyage couvert**, parce qu'une **personne assurée** qui l'accompagnait, couverte au titre du présent **certificat**, nécessite des soins d'**urgence** relativement à une **maladie** soudaine et imprévue ou à des **dommages corporels accidentels**, la **Compagnie** rembourse les frais additionnels engagés par une **personne assurée** pour les repas et l'hébergement. Le remboursement de ces frais par la **Compagnie** ne saurait excéder 1 500 \$ par **voyage couvert**, sous réserve d'un maximum de 100 \$ par jour.

(3) Coûts de transport de la famille :

(a) Lorsqu'une **personne assurée** est hospitalisée et que le **médecin** traitant le juge nécessaire,

la **Compagnie** rembourse les coûts de transport du **conjoint** de la **personne assurée** ou d'une **personne à charge** afin qu'il se rende au chevet de la **personne assurée**.

Le remboursement de ces frais par la **Compagnie** ne saurait excéder le coût d'une place de transport aller-retour en classe économique par le trajet le plus direct.

- (b) Lorsqu'il est nécessaire d'identifier une **personne assurée** décédée avant de libérer la dépouille, la **Compagnie** rembourse les coûts de transport du **conjoint** de la **personne assurée** ou d'une **personne à charge** afin qu'il se rende au lieu de décès de la **personne assurée** afin de l'identifier.

Le remboursement de ces frais par la **Compagnie** ne saurait excéder le coût du transport aller-retour en classe économique par le trajet le plus direct.

(4) Rapatriement de la dépouille en cas de décès de la personne assurée :

La **Compagnie** rembourse le coût de préparation de la **personne assurée** pour l'enterrement et du transport de la dépouille dans la province ou dans le territoire habituel de résidence de la **personne assurée**, lorsque le décès résulte d'une **maladie soudaine** et imprévue ou de **dommages corporels accidentels** pendant que la **personne assurée** se trouvait à l'extérieur de sa province ou de son territoire habituel de résidence.

Le remboursement de ces frais par la **Compagnie** ne saurait excéder 5 000 \$.

(5) Frais de crémation ou d'enterrement :

Dans le cas où la dépouille de la **personne assurée** n'est pas retournée dans la province ou dans le territoire habituel de résidence de la **personne assurée**, la **Compagnie** rembourse les frais de crémation ou d'enterrement au lieu du décès.

Le remboursement de ces frais par la **Compagnie** ne saurait excéder 1 500 \$.

(6) Retour du véhicule :

Si le **médecin** traitant considère que la **personne assurée** est incapable de continuer son **voyage couvert** au moyen du véhicule utilisé pour ce **voyage couvert**, la **Compagnie** rembourse les frais engagés afin qu'une entreprise retourne le véhicule à la province ou au territoire habituel de résidence de la **personne assurée** ou au comptoir le plus proche de l'entreprise qui a donné le véhicule en location.

Le remboursement de la **Compagnie** à l'égard de ces frais ne saurait excéder 1 000 \$ par **voyage couvert**.

PROLONGATION DE L'ASSURANCE

À la fin d'une **période d'assurance** ou d'un **voyage couvert**, le **certificat** sera prolongé d'office :

- (a) pour 72 heures, lorsque le retour de la **personne assurée** à sa province ou à son territoire habituel de résidence est reporté à cause d'un retard du **transporteur public** de plus de 12 heures.
- (b) au bénéfice de la **personne assurée** pendant la durée de son hospitalisation et les 72 heures qui suivent son congé, afin que la **personne assurée** qui a été hospitalisée pendant la durée du présent **certificat** puisse retourner dans sa province ou dans son territoire habituel de résidence.

EXCLUSIONS

La **Compagnie** ne rembourse pas les **frais médicaux admissibles** ni les frais médicaux et de voyage additionnels engagés directement ou indirectement pour les motifs suivants :

1. Un **état pathologique déjà diagnostiquée**, à moins :
 - (a) qu'un tel état ne soit contrôlé par l'usage régulier de médicaments, et qu'aucune modification aux médicaments, à leur posologie ou à leur utilisation n'ait été conseillée ou effectuée au cours des 90 jours précédant le début du **voyage couvert**; ou
 - (b) qu'un tel état pathologique ait été inactif ou stable et que la **personne assurée** n'ait pas pris de médicament ni reçu de traitement s'y rapportant dans les 90 jours précédant le début du **voyage couvert**.
2. Une chirurgie ou un traitement facultatif ou non **urgent**.
3. Une grossesse ou un accouchement, et les complications qui leur sont reliées, qui se produisent dans les 60 jours de la date prévue pour l'accouchement ou lorsque la **personne assurée** voyage à l'encontre des directives du **médecin**.
4. Tout acte de guerre que celle-ci ait ou non été déclarée.
5. Un suicide ou une tentative de suicide.
6. Une **blessure** survenue en participant à un sport professionnel, à une épreuve de vitesse, au

cours d'une escalade avec câbles ou cordes, en pratiquant la spéléologie, en faisant du vol libre, du vol à voile, du parachutisme, de l'ultra-léger, de la plongée en eau profonde ou sous-marine, ou du saut à l'élastique («bungee»).

7. La perte causée par les dommages aux lunettes, aux lentilles cornéennes ou aux prothèses, notamment les prothèses auditives.
8. Les frais engagés à la suite d'un abus de médicaments, de drogues ou d'alcool, ou d'un traitement de psychothérapie ou de réadaptation.
9. Les consultations pour tests ou investigations (notamment les biopsies) sauf pour ceux effectués au moment d'une **urgence** reliée à une **maladie** ou à une **blessure**.
10. Les troubles psychologiques, mentaux ou émotifs.
11. Le syndrome immuno-déficitaire acquis.
12. Une chirurgie cardio-vasculaire, à moins que la chirurgie cardio-vasculaire ne soit nécessaire en raison d'une **maladie** soudaine et imprévue ou à des **dommages corporels accidentels** survenant pendant que la **personne assurée** est à l'extérieur de sa province ou de son territoire habituel de résidence.
13. Une intervention médicale et des traitements médicaux continus pour la **personne assurée**, si ceux-ci révèlent un état qui, de par sa nature, nécessiterait cette intervention et ces traitements médicaux continus.
14. Si une **personne assurée** souffre d'une **maladie** ou d'une **blessure** soudaine et imprévue pendant son **voyage couvert**, donnant droit à un remboursement au titre du présent **certificat**, et qu'elle continue de recevoir des soins médicaux une fois retournée dans sa province ou dans son territoire habituel de résidence au Canada, aucune garantie ne s'applique à l'égard de cet état pour tout **voyage couvert** subséquent, à moins que cet état pathologique ne soit demeuré stable pendant 90 jours avant le début du **voyage couvert** subséquent.
15. Les **blessures** intentionnelles que la personne s'est infligées.
16. Le fait pour une **personne assurée** d'être sous l'influence de narcotiques, à moins qu'ils ne soient pris sur conseil d'un **médecin**.
17. Tout voyage entrepris malgré l'indication contraire d'un **médecin** ou après avoir reçu un pronostic terminal d'un **médecin**.
18. Les soins hospitaliers pour lesquels les prestations excèdent le montant déterminé comme étant nécessaire à des fins médicales par un **médecin**

ou par un organisme médical indépendants. Un tel **médecin** ou organisme médical passe en revue la demande de règlement pour la **Compagnie** et indique les montants en question à l'**hôpital** et à la **personne assurée** avant l'admission à l'**hôpital** ou dans les 72 heures suivant l'admission.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Modalités et conditions :

1. Un avis de sinistre doit être présenté, conformément à la disposition du présent **certificat** traitant de la procédure de demande de règlement, dans le plus court délai raisonnablement possible. La **personne assurée** devrait également dans les 90 jours suivant la date à laquelle le sinistre est survenu au titre du présent **certificat** fournir la preuve et les renseignements additionnels qu'il lui est raisonnablement possible de fournir et, si la **Compagnie** le demande, une attestation d'un **médecin** décrivant la cause ou la nature de la **maladie** ou de la **blessure** à l'origine de la demande de règlement.
2. **Fausse déclaration et fraude** - L'assurance au titre du présent **certificat** est nulle, dans la mesure permise par la loi applicable, si, avant ou après un sinistre, une **personne assurée** cache une circonstance ou un fait important concernant le présent **certificat** ou l'intérêt de la **personne assurée** dans celui-ci ou fait une fausse déclaration s'y rapportant. Il en est de même dans le cas de fraude ou faux serment d'une **personne assurée**.
3. **Subrogation** - Si la **personne assurée** acquiert un droit d'action contre une personne, une entreprise ou un organisme relativement à un sinistre couvert par la présente, la **personne assurée** devra, si la **Compagnie** en fait la demande, céder et transférer ce droit d'action ou de réclamation à la **Compagnie** et permettre qu'une action soit intentée, au nom de la **personne assurée** dans la mesure permise par la loi applicable, sous la direction et aux frais de la **Compagnie**. La **personne assurée** ne doit poser aucun geste après le sinistre qui serait de nature à compromettre l'exercice de ces droits.
4. Toute disposition du **certificat** incompatible avec les lois de la province ou du territoire où le **certificat** est émis est par les présentes modifiée afin de se conformer à ces lois.
5. Advenant un désaccord avec la décision médicale du conseiller médical de la **Compagnie**, ce

- désaccord doit être, dans la mesure permise par la loi applicable, soumis à l'arbitrage conformément aux lois régissant l'arbitrage dans la province ou dans le territoire dans lequel le **certificat** est émis.
6. Si la **personne assurée** est admissible au régime d'assurance **maladie** public de sa province ou de son territoire habituel de résidence au Canada, mais qu'elle n'y participe pas, les montants payables au titre des Chapitres I et II seront en complément de tout montant qui aurait été payé au titre du régime d'assurance **maladie** public de sa province, si la **personne assurée** avait été couverte par un tel régime.
 7. Le **certificat** ne peut être ni résilié ni résolu pendant la **période d'assurance**, à l'exception suivante :
Droit d'examen de l'assurance : si dans les 10 jours suivant la date d'émission du **certificat**, le **titulaire de carte assuré** avise la **Compagnie** que cette assurance ne répond pas aux besoins du **titulaire de carte assuré**, la **Compagnie** remboursera la totalité de la prime versée sauf si une **personne assurée** est déjà partie en voyage et a subi un sinistre.
 8. **Renonciation** - La **Compagnie** sera réputée ne pas avoir renoncé à toute condition, ou partie de condition, du présent **certificat**, à moins que la renonciation ne soit clairement stipulée par écrit et signée par la **Compagnie**.
 9. **Déclaration inexacte sur l'âge** - Dans le cas de déclaration inexacte sur l'âge ou le sexe de la **personne assuré**, nous rajusterons la prime ou le montant du capital selon l'âge et le sexe véritable à la date à laquelle la personne est devenue assurée. Tout rajustement de prime est exigible dès réception d'un avis de prime.
 10. Fourniture par la **Compagnie** des formulaires de demande de règlement - La **Compagnie** fournira les formulaires de demande de règlement dans les 15 jours suivant la réception d'un avis de sinistre. Si le demandeur n'a pas reçu ces formulaires dans ce délai, il peut soumettre une preuve de sinistre sous la forme d'une déclaration écrite sur la cause ou sur la nature de la **maladie** ou de la **blesure** qui a donné lieu à la demande de règlement et sur l'étendue du sinistre.
 11. **Droits d'examen** - Les conditions suivantes constituent des préalables au remboursement au titre du **certificat** :
 - (a) la **Compagnie** se réserve le droit d'exiger que la **personne assurée** se soumette à un examen aussi souvent qu'elle peut raisonnablement

exiger, pendant qu'une demande de règlement est à l'étude;

- (b) la **Compagnie** peut demander qu'une autopsie soit pratiquée lorsque la loi applicable le permet dans le cas du décès de la **personne assurée**.
12. Lorsque les **frais médicaux admissibles** sont remboursables: Tous les **frais médicaux admissibles** remboursables au titre du **certificat** sont réglés par la **Compagnie** dans les 60 jours suivant la réception d'une preuve de sinistre satisfaisante.
13. **Diligence raisonnable** - La **personne assurée** doit agir en tout temps de manière à réduire au minimum les coûts pour la **Compagnie**.
14. **Recours judiciaires** - Aucune action de justice pour un sinistre ne peut être intentée contre la **Compagnie** dans les 60 jours suivant la date à laquelle une preuve écrite du sinistre a été fournie à la **Compagnie**. Toute action en justice ou procédure judiciaire intentée contre un assureur pour percevoir des sommes dues en vertu du contrat est strictement interdite, à moins qu'elle ne soit intentée à l'intérieur du délai prescrit dans *l'Insurance Act* (pour une action en justice ou une procédure judiciaire régie par les lois de l'Alberta et de la Colombie-Britannique), la *Loi sur les assurances* (pour une action en justice ou une procédure judiciaire régie par les lois du Manitoba), la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (pour une action en justice ou une procédure judiciaire régie par les lois de l'Ontario), le *Limitations Act* (pour une action en justice ou une procédure judiciaire régie par les lois de la Saskatchewan) ou dans toute autre loi applicable. Pour ces actions en justice ou procédures judiciaires régies par les lois du Québec, le délai de prescription est prévu dans le *Code Civil du Québec*.
15. **Monnaie** - Tout montant indiqué comme montant de garantie ou de prestation dans le présent **certificat** est réputé, par la **Compagnie**, être en monnaie canadienne.

SERVICES D'ASSISTANCE MÉDICALE PARTOUT DANS LE MONDE

Sans frais

(au Canada et aux États-Unis) 1 866 865-2617

À frais virés (ailleurs) 416-977-7743

Un service multilingue peut vous fournir des renseignements et prendre des dispositions, 24 heures

par jour, afin de vous aider lorsqu'une **personne assurée** a un problème de santé lors d'un **voyage couvert**. Gardez avec vous, en tout temps, les numéros de téléphone ci-dessus lorsque vous voyagez. Donnez ces numéros ainsi que votre numéro de **certificat** (si vous souscrivez à un programme facultatif) aux membres de votre famille, à votre employeur, à vos autres assureurs et à votre **médecin** personnel pour que ceux-ci puissent y faire référence rapidement.

LORSQU'UNE PERSONNE ASSURÉE EST AUX PRISES AVEC UNE URGENCE MÉDICALE LORS D'UN VOYAGE COUVERT, DEMANDEZ TOUJOURS IMMÉDIATEMENT L'AIDE ET LES SOINS D'UN SERVICE AMBULANCIER, D'UN MÉDECIN OU DU SERVICE D'URGENCE DE L'HÔPITAL LE PLUS PROCHE. Dans le cas de situations non urgentes ou lorsque vous avez besoin d'aide pour trouver des fournisseurs de soins médicaux, appelez le service d'assistance téléphonique. **TOUTEFOIS VOUS DEVEZ TOUJOURS APPELER WTP LORSQUE VOUS ÊTES SUR LE POINT D'ÊTRE HOSPITALISÉ OU DANS LE PLUS COURT DÉLAI RAISONNABLEMENT POSSIBLE.**

Afin de vous aider à recevoir des traitements médicaux lors d'un **voyage couvert**, le service d'assistance :

- * collaborera avec vous pour trouver des soins médicaux;
- * confirmera vos garanties au titre du **certificat** auprès de vos **médecins** et de l'**hôpital**;
- * établira les communications avec vos **médecins** personnels à la maison et auprès de vos **médecins** traitants et des hôpitaux;
- * fournira les services d'un **médecin** conseil dans le cadre du programme afin de suivre votre cas et d'en discuter avec vos **médecins** traitants et de famille;
- * prendra les dispositions nécessaires pour le transport d'**urgence** ou non à l'**hôpital** approprié lorsque l'hospitalisation est prescrite par vos **médecins** traitants et approuvée par le **médecin** conseil du programme.

Afin de vous aider à payer les soins médicaux, le service d'assistance :

- * interprétera votre **certificat**;
- * vous indiquera si un **médecin** ou un si **hôpital** participe à un programme de réduction pour les fournisseurs de soins privilégiés;
- * coordonnera les garanties au titre du présent **certificat**, du régime d'assurance **maladie** public, de votre province, de votre assurance

maladie complémentaire et de vos autres polices d'assurance voyage;

- * prendra les dispositions pour payer directement les **médecins** et les **hôpitaux** lorsque le régime d'assurance **maladie** public de votre province le permet;
- * vous aidera à obtenir des formulaires de demande de règlement et le remboursement des **frais médicaux admissibles** que vous avez payés pendant un **voyage couvert**.

Afin de vous aider et d'aider votre famille et votre employeur, le service d'assistance :

- * fournira un centre de transmission de messages d'**urgence**;
- * fournira une assistance multilingue et un service d'interprète local sur demande;
- * s'occupera du rapatriement de la dépouille dans le cas d'un décès à l'étranger;
- * prendra les arrangements de voyage pour votre famille;
- * s'occupera du retour du véhicule de l'assuré ou du véhicule de location;
- * coordonnera l'assistance des organismes gouvernementaux, des transporteurs aériens, des voyagistes, de votre agent de voyage et des autres personnes susceptibles de vous aider.

Les services d'assistance médicale vous sont offerts sans frais. Ces services de renseignements et de coordination sont procurés par WTP. En raison des problèmes de distance et de communication, ces services sont offerts dans les limites du possible.

Chubb, WTP et Diners Club déclinent toute responsabilité à l'égard de la disponibilité des soins médicaux, de la qualité des traitements, et de l'issue de toute **maladie** ou **blessure**, que des traitements soient ou non reçus.

PROCESSUS DE DEMANDE DE RÈGLEMENT

1. Tout avis de sinistre ou toute correspondance relative à une demande de règlement devrait être communiquée **promptement** à World Travel Protection Canada inc. en téléphonant :

Sans frais

(au Canada et aux États-Unis) 1 866 865-2617

À frais virés (ailleurs) 416-977-7743

Un formulaire de demande de règlement sera envoyé à votre attention afin que vous le complétiez.

Les informations suivantes doivent accompagner les formulaires de demande de règlement complétés :

- Nom de la **personne assurée**
- Adresse complète de la **personne assurée**
- Date de naissance de la **personne assurée**
- Description de la **maladie** ou de la **blessure**
- Date de la survenance de la **maladie** ou de la **blessure**
- Numéro de la carte Diners Club
- Date du départ de la province ou du territoire
- Date de retour dans la province ou dans le territoire
- Nom du régime et numéro du régime d'assurance **maladie** public provincial
- Nom du régime et numéro du régime d'assurance **maladie** complémentaire
- Nom et adresse de l'employeur actuel ou du dernier employeur
- Noms et numéros de vos cartes de crédit
- Numéro de votre police d'assurance des propriétaires occupants et nom de l'assureur

Une fois complété, l'avis de sinistre doit être envoyé à :

World Travel Protection Canada inc.
901 King Street West, Suite 300
Toronto, Ontario M5V 3H5

2. **Note :** Dans toutes les provinces, à l'exception de la Colombie-Britannique, de l'Ontario et du Québec, toute demande de règlement des **frais médicaux admissibles** doit être en premier lieu soumise à la régie de l'assurance **maladie** public de la province aux fins de remboursement. Le relevé produit par cette régie devra être soumis à WTP avec les reçus des **médecins** ou des hôpitaux, ainsi qu'avec les attestations médicales des **médecins** traitants.
3. Au titre du présent **certificat**, il est obligatoire d'aviser WTP le plus tôt possible, en téléphonant à un des numéros indiqués précédemment, dans le cas où une **urgence** médicale résultant d'une **blessure** ou d'une **maladie** soudaine et imprévue nécessite ou entraîne l'hospitalisation.

Vous recevrez au moment d'une demande de règlement, entre autres, un formulaire d'autorisation médicale et un autre d'autorisation et de quittance.

Ces deux formulaires sont reproduits aux pages 20 et 21 pour votre information. Vous n'avez pas à compléter ces formulaires avant de soumettre une demande de règlement. Si vous désirez obtenir de plus amples renseignements sur ces formulaires

ou sur le présent document, n'hésitez pas à téléphoner à WTP.

Sans frais

(au Canada et aux États-Unis) 1 866 865-2617

À frais virés (ailleurs) 416-977-7743

PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE DU TITULAIRE DE CARTE

Chubb du Canada compagnie d'assurance a le souci de protéger la vie privée des **titulaires de carte** et la confidentialité de leurs renseignements personnels. Chubb du Canada compagnie d'assurance est responsable de tous les renseignements personnels dont elle a le contrôle et a désigné un agent de la protection de la vie privée qui rend compte à la direction du respect par Chubb du Canada compagnie d'assurance de sa politique relative à la vie privée. La politique relative à la vie privée de Chubb du Canada compagnie d'assurance peut de temps à autre être modifiée. Le **titulaire de carte** peut consulter la version intégrale et à jour de cette politique en visitant le site de l'Assureur à l'adresse suivante : <http://www.chubb.com/international/canada>. Pour obtenir des renseignements relatifs à cette politique sur la protection de la vie privée, le **titulaire de carte** peut téléphoner à notre directeur de la protection de la vie privée au 1-800-532-4822.

World Travel Protection Canada Inc. a le souci de protéger la vie privée des **titulaires de carte** et la confidentialité de leurs renseignements personnels. World Travel Protection Canada Inc. est responsable de tous les renseignements personnels dont elle a le contrôle et a désigné un agent de la protection de la vie privée qui rend compte à la direction du respect par World Travel Protection Canada Inc. de sa politique relative à la vie privée. La politique relative à la vie privée de World Travel Protection Canada Inc. peut de temps à autre être modifiée. Si le **titulaire de carte** désire une copie de cette politique relative à la vie privée ou pour obtenir des renseignements relatifs à celle-ci, le **titulaire de carte** peut nous téléphoner au 1-800-667-2523.

AUTORISATION MÉDICALE

J'autorise, par la présente, tout **médecin, hôpital**, et toute compagnie d'assurance ou autre personne qui m'a soigné ou examiné, ou qui a soigné ou examiné les membres de ma famille, à fournir à Chubb du Canada compagnie d'assurance ou à son administrateur de demandes de règlement autorisé, toute l'information relative à une **maladie**, à une **blessure**, aux antécédents médicaux, aux consultations, aux médicaments ou aux traitements ainsi que les copies de tout dossier médical ou hospitalier sur moi ou sur les membres de ma famille.

Une photocopie de la présente autorisation fournie par le demandeur uniquement sera considérée aussi valable et valide que l'original.

De plus, le **certificat** sera réputé nul, dans la mesure permise par la loi applicable, si, avant ou après un sinistre, une **personne assurée** a caché une circonstance ou un fait important relativement à la demande de règlement ou a fait une fausse déclaration s'y rapportant ou si un dossier médical reçu du demandeur dissimule une circonstance ou un fait important relativement à la présente demande de règlement ou les présente de manière inexacte.

Fait le _____

Signature _____

Personne assurée

AUTORISATION ET QUITTANCE

Je _____ demande au régime d'assurance maladie public de ma province et l'autorise irrévocablement à faire les paiements relativement à ma demande de règlement pour les services de santé reçus à l'extérieur de la province directement à Chubb du Canada compagnie d'assurance ou à son administrateur de demandes de règlement. Je libère, par la présente, le régime d'assurance maladie public de ma province, sur paiement à Chubb du Canada compagnie d'assurance ou à son administrateur de demandes de règlement, de toute autre action ou cause d'action s'y rapportant. Je consens également à indemniser le régime d'assurance maladie public de ma province à l'égard de tout paiement à Chubb du Canada compagnie d'assurance ou à son administrateur de demandes de règlement.

Par la présente, je consens à ce que le régime d'assurance maladie public de ma province recueille directement ou indirectement de l'information se rapportant à ma demande de règlement conformément à l'article 39(1) de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée (Ontario) et à l'article 4(2)(f) de la Loi sur l'assurance santé (Ontario) ou à toute loi semblable de toute province ou de tout territoire du Canada, et l'autorise à le faire.

Je consens à ce que le régime d'assurance maladie public de ma province communique à Chubb du Canada compagnie d'assurance, ou à son administrateur de demandes de règlement, les renseignements personnels qui peuvent être nécessaires au traitement de ma demande de règlement pour les services de santé reçus à l'extérieur de la province.

Fait le _____

Signature _____

Personne assurée

^{MD} † Diners Club et Diners Club International ainsi que son logo à cercle sectionné sont des marques de commerce enregistrées de Diners Club International Ltd utilisées en vertu d'une licence d'exploitation par Banque de Montréal.

^{MD} BMO Group financier est une marque déposée de la Banque de Montréal.

10043168 (12/19)