

## INTERNATIONAL STUDENTS TO CANADA TRAVEL INSURANCE

In the event of an *emergency* or if you require *medical treatment* you must contact the *Assistance Company* immediately at:

**1-844-879-8379**  
toll-free from Canada and the USA

**+1-416-285-1722**  
collect where available

email: [assist@epicamericas.com](mailto:assist@epicamericas.com)

It is *your* responsibility to ensure that the *Assistance Company* has been contacted prior to receiving treatment. *Your* benefits will be limited to 80% of eligible expenses to a maximum of \$25,000 if you fail to do so, other than in extreme circumstances when treatment is required to resolve a life-threatening medical crisis.

### IMPORTANT NOTICE – Please read carefully

1. This insurance is designed to cover losses arising from sudden and unforeseeable circumstances. It is important that you read and understand your policy as your coverage may be subject to certain limitations or exclusions.
2. Your policy may not cover medical conditions and/or symptoms that existed prior to your effective date. Check to see how this applies in your policy and how it relates to your effective date.
3. In the event of an *accident, injury* or *sickness*, your prior medical history will be reviewed when a claim is reported.
4. You are required to notify the *Assistance Company* prior to *emergency* treatment. Your policy benefits may be limited should you not contact the *Assistance Company* before seeking medical treatment.
5. Please take the time to read this policy to ensure that it meets your needs and contact your agent if you have any questions. You may cancel this policy within 10 days of the purchase date for a full refund provided it is before the effective date. Other refunds available are described under Refunds in the General Provisions section of this policy.

**THIS POLICY CONTAINS A CLAUSE WHICH MAY LIMIT THE AMOUNT PAYABLE.**

NOTE: Italicized words are defined terms whose definition appears in the definitions section of the policy.

### ELIGIBILITY

To be eligible for coverage you, on the effective date, must be:

1. at least 15 days old and less than 65 years of age; and
2. ineligible for benefits under a *government health insurance plan*; and
3. residing in Canada on a temporary basis; and
4. one of the following:
  - a) a student with proof of full-time admission in a recognized Canadian institution of learning; or
  - b) a student completing post doctorate research in a recognized Canadian institution of learning; or
  - c) the *spouse* or *dependent child* of the insured student and residing with them on a full-time basis; or
  - d) the parent, legal guardian, *teacher* or *chaperone* of the insured student.

### INSURING AGREEMENT

1. In consideration of having paid the required premium in full the *insurer* agrees to pay to a maximum of \$2,000,000 CAD per *insured person* for the *reasonable and customary costs* incurred by you for eligible expenses while in Canada or while on a temporary visit to another country (other than your country of origin) provided you spend at least 51% of the coverage period in Canada. Travel in the United States of America (USA) is limited to 30 days per visit.
2. The *insurer* will pay such eligible expenses up to the amount shown in the schedule of fees set by the government plan in your province or territory of residence for non-Canadian residents and only in excess of those reimbursable by any group or individual, private or public plan or contract of insurance, including any auto insurance plan.
3. Subject to all terms and conditions of the policy, the benefits are payable to a maximum of the sum insured insofar as such services are *medically necessary*. Benefit limits are per *insured person*, per period of 12 consecutive months.
4. This policy, the application and the confirmation of insurance constitute your contract of insurance.
5. The *insurer* reserves the right to decline any application or any request for an extension of coverage.
6. Only one policy can be issued to you and all premiums paid for any additional policy will be returned to you. When more than one policy of this form is issued by the *insurer* and is in force with respect to you at the time of claim, only one such policy, the earliest by effective date, will apply.

## DURATION OF COVERAGE

### 1. Effective Date of Coverage

Your insurance under this policy commences on the latest of:

- the date and time you apply for and pay for this insurance;
- 12:01 a.m. (local time) on the effective date as shown on your confirmation of insurance;
- the date you depart your country of origin to travel to Canada provided the journey, including any layovers, takes no more than 7 days.

School breaks and travel outside Canada during the coverage period are valid provided at least 51% of the coverage period is spent in Canada. Coverage for travel to the USA is limited to a maximum of 30 days per visit and cannot exceed 49% of the coverage period.

Visits to your country of origin are permitted, however, coverage will be suspended and expenses will not be covered, nor premiums refunded while in the insured person's country of origin, except where travel to the insured person's country of origin is expressly taken in order to participate in a school-organized sporting or extra-curricular event. 51% of the coverage period must still be spent in Canada.

### 2. Waiting Period

If you purchase this coverage after your arrival in Canada there is no coverage for any sickness that began or for which you experienced symptoms during the 5 days after the effective, even if related expenses are incurred after the waiting period.

Exception: The Waiting Period will be waived if this policy is purchased on or prior to the expiry date of an existing International Students to Canada Insurance policy already issued

by the insurer, to take effect on the day following such expiry date provided no change in plan type. The existing policy must be in effect on the date of purchase and there must be no gap in coverage.

### 3. Expiry Date of Coverage

Your insurance under this policy terminates on the earliest of:

- 11:59 p.m. (local time) on the expiry date indicated on your confirmation of insurance;
- the date and time you arrive in your country of origin with no intention to return to Canada during the coverage period;
- the date when you exceed 49% of your coverage period while visiting another country;
- the date you exceed 30 consecutive days in the USA.

### 4. Extending Your Coverage

If you wish to remain in Canada beyond the expiry date of this policy, you may purchase a new policy subject to the policy terms, conditions and premium schedule in effect at the time the new policy is requested. The cost of additional days of insurance will be calculated using the age of the insured on the effective date of the new policy provided that:

- you remain eligible for insurance;
- you have not experienced any changes in your health since your effective date or departure date;
- the request for the new policy is received prior to the expiry date of your coverage.

Note: The minimum premium is \$20 per policy.

## BENEFITS

The insurer will reimburse the reasonable and customary costs for eligible expenses described in this section that are incurred as the result of a covered emergency up to \$2,000,000 CAD, subject to all policy limitations, exclusions and provisions. However, certain expenses, as specified below, are covered only with the prior approval of the Assistance Company.

### 1. Hospital Accommodation:

- Charges up to the semi-private room rate charged by the hospital. If medically necessary, expenses for treatment in an intensive care or coronary care unit are also covered. If coverage terminates for any reason during the hospital stay, benefits continue until discharge, to a maximum of one year. In no case will expenses for in-patient stays be covered for a period greater than 365 days per insured person.
- Emergency room fees.
- Emergency out-patient services provided by a hospital when medically necessary.

### 2. Medical Services:

- Medical treatment by a legally licensed physician, surgeon, anaesthetist or registered graduate nurse (other than an immediate family member of the insured person).
- Blood plasma, whole blood or oxygen including their administration.

### 3. Diagnostic Services: Laboratory tests and x-rays that are ordered by the attending physician and that are part of the

emergency medical treatment. This policy does not cover magnetic resonance imaging (MRI), cardiac catheterization, computerized axial tomography (CAT) scans, digital x-rays, sonograms or ultrasounds and biopsies unless such services are approved in advance by the Assistance Company.

- Prescriptions:** Drugs, including injectable drugs and sera, that can only be obtained upon medical prescription, that are prescribed by a physician and that are supplied by a licensed pharmacist when medically necessary for emergency medical treatment. This benefit is limited to a 30-day (60-day for Premium plan) supply per prescription, except while the insured person is hospitalized.
- Private Duty Nurse:** When approved in advance by the Assistance Company and prescribed by an attending physician, the professional services of a registered private duty nurse (other than by an immediate family member) as the result of a covered emergency when medically necessary and while hospitalized or in lieu of hospitalization. When in lieu of hospitalization this benefit is limited to \$5,000.

6. **Dental:** When performed by a legally qualified dentist or oral surgeon, *emergency* dental treatment up to \$2,500 (\$4,000 for Enhanced or Premium plans) to repair or replace whole or sound natural teeth or permanently attached artificial teeth damaged as a result of an accidental blow to the face.  
Treatment must be initiated within 7 days from the time the *emergency* began and be completed no later than 90 days after treatment began and before *your* expiry date.
7. **Medical Appliances:** When approved in advance by *The Assistance Company*, and prescribed by the attending *physician*:
- minor appliances such as crutches, casts, splints, canes, slings, trusses, braces, walkers; and/or
  - the temporary rental of a hospital type bed, wheelchair, iron lung or other durable equipment for therapeutic treatment, not exceeding the purchase price.
8. **Emergency Transportation:**
- Licensed ambulance services (includes taxi fare in lieu of ambulance) to the nearest medical facility capable of providing the required *emergency medical treatment*;
  - Transportation between *hospitals* when ordered by the attending *physician* for *emergency medical treatment*;
  - If, as the result of a covered *emergency*, *your* treating physician or the *Assistance Company's* Medical Team recommends that *you* be returned to Canada or *your country of origin*, the costs incurred for:
    - one-way economy airfare on a commercial flight via the most direct route, including the cost for additional seats to accommodate a stretcher;
    - return economy airfare via the most direct route for a qualified medical attendant to accompany *you* if required by the airline or if *your* attending physician states in writing that it is *medically necessary*;
    - air ambulance if *medically necessary* only when approved and arranged by the *Assistance Company*.
9. **Maternity:** In the event of pregnancy of an *insured* commencing during the coverage period the *insurer* will reimburse *reasonable and customary costs* incurred in Canada for *emergency medical treatment* for a maximum period of 6 months following the birth of the child and up to a maximum amount of \$5,000 (\$10,000 for Enhanced plan) for complications arising from such pregnancy and/or childbirth.  
This benefit is provided only when coverage has been in force for the entire term of the pregnancy. Costs incurred outside of Canada are not covered.  
Spontaneous, or non-induced, pregnancy terminations are covered. Induced terminations are limited to one per coverage period.
10. **Psychiatric/Psychological:** When deemed essential by the attending *physician*, the actual costs for:
- visits to a licensed psychiatrist, psychologist or social worker for the relief of acute symptoms, up to a maximum of \$500 per *insured person*; or
  - hospitalization* of the *insured person* due to psychological, mental or emotional disorders, up to a lifetime maximum of \$10,000.  
This benefit includes the cost of the initial visit to a *physician*.
11. **Repatriation of Remains:** In the event of *your* death as a result of covered *accident* or unforeseen *sickness*:
- up to a maximum of \$5,000 (\$10,000 for Enhanced or Premium plans) toward the actual cost incurred for the preparation of remains and transportation (including a standard shipping container) to *your country of origin*; or
  - up to \$5,000 (\$10,000 for Enhanced or Premium plans) for cremation and/or burial at the place of death.  
The cost of the casket, urn or funeral is not covered.
12. **Accidental Death & Dismemberment:** The *insurer* agrees to pay up to \$10,000 (\$15,000 for Enhanced or Premium plans) for loss of life, limb or sight of an *insured person* resulting directly from accidental *injury* occurring during the coverage period.  
Benefits are payable according to the following schedule:
- 100% of sum insured resulting from the same accidental *injury* for loss of:
    - life; or
    - entire sight of both eyes; or
    - both hands; or
    - both feet; or
    - one hand and entire sight of one eye; or
    - one foot and entire sight of one eye.
  - 50% of sum insured resulting from the same accidental *injury* for loss of:
    - entire sight of one eye; or
    - one hand; or
    - one foot.
- Loss of hand or hands, or foot or feet means severance through or above the wrist joint or ankle joint, respectively. Loss of eye or eyes means total and irrecoverable loss of the entire sight.  
Only one amount is payable (the largest) if *you* suffer more than one of these losses.
- Exposure and Disappearance**  
If *you* are exposed to the elements or disappear as a result of an *accident*, a loss will be covered if:
- as a result of such exposure, *you* suffer one of the losses specified in the schedule of losses above; or
  - your* body has not been found within 52 weeks from the date of the *accident*. It will be presumed, subject to evidence to the contrary, that *you* suffered loss of life.
13. **Common Carrier:** The *insurer* agrees to pay up to \$25,000 (\$100,000 for Enhanced or Premium plans) in case of death of an *insured person* as a result of an *injury* sustained during the coverage period while travelling as a fare-paying passenger on a *common carrier*. If the total claims for the same *accident* exceed \$300,000, the *insurer's* liability for that *accident* is limited to \$300,000 which will be shared proportionately among all claimants involved in the same *accident* and who are covered under all policies underwritten by the *insurer*.

The following benefits apply only if you have selected and paid for the Enhanced or Premium plan as shown on your confirmation of insurance.

14. **Paramedical Services:** When approved in advance by the Assistance Company, the services (including x-rays) of a licensed chiropractor, physiotherapist, podiatrist or osteopath to a maximum of \$500 per insured person, per profession listed above.
15. **Dental:** When performed by a legally qualified dentist or oral surgeon, emergency dental treatment up to \$600 for relief of pain caused other than by a blow to the face and including impacted wisdom teeth for which you have not previously received treatment or advice.  
Treatment must be initiated within 7 days from the time the emergency began and be completed no later than 90 days after treatment began and before your expiry date.
16. **Physical Examination:** Up to \$150 for one annual medical examination by a physician in any consecutive 12-month period provided a minimum of 9 months of consecutive coverage has been purchased.
17. **Eye Examination:** Up to \$100 for one eye examination by a licensed optometrist or ophthalmologist in any consecutive 12-month period provided a minimum of 6 months of consecutive coverage has been purchased.

**Benefit #5 Private Duty Nurse is deleted in its entirety and replaced with the following:**

18. **Private Duty Nurse:** When approved in advance by the Assistance Company and prescribed by an attending physician, the professional services of a registered private

The following benefits apply only if you have selected and paid for the Premium plan as shown on your confirmation of insurance.

22. **Sexual Health Consultation:** Up to \$100 for elective testing for sexually transmitted diseases (STD) during any consecutive 12-month period provided a minimum of 6 months of consecutive coverage had been purchased.

**Benefit #10 – Psychiatric/Psychological is deleted in its entirety and replaced with the following:**

23. **Psychiatric/Psychological:** When deemed essential by the attending physician, the actual costs for:
  - a) visits to a licensed psychiatrist, psychologist or social worker for the relief of acute symptoms, up to a maximum of \$1,000 per insured person; or
  - b) hospitalization of the insured person due to psychological, mental or emotional disorders, up to a lifetime maximum of \$15,000.

This benefit includes the cost of the initial visit to a physician.

24. **Tutorial Services:** If you are confined to a hospital for a minimum period of 30 consecutive days due to a covered sickness or injury, the insurer will pay up to \$20 per hour to a maximum of \$500, for the expenses incurred for a

duty nurse (other than by an immediate family member) as the result of a covered emergency when medically necessary and while hospitalized or in lieu of hospitalization.

19. **Transportation to Bedside:** When approved in advance by the Assistance Company up to a maximum of \$5,000 for single round-trip economy airfare plus up to \$150 per day to a maximum of \$1,500 for the reasonable commercial living expenses for one person of your choice to:
  - a) be with the insured if the insured is hospitalized as the result of a covered emergency and the attending physician provides written certification that the situation was serious enough to warrant the visit; or
  - b) identify the deceased insured person prior to the release of the body, where necessary.
20. **Trauma Counselling:** Up to 6 trauma counselling sessions if you suffer a loss under Benefit #12 - Accidental Death & Dismemberment within 90 days from the date of an accident which occurred during the coverage period.
21. **Corrective Devices:** Up to \$1,000 to repair or replace a corrective device required by you if, during the coverage period, your required corrective device is stolen and not recovered or suffers a malfunction or defect which renders it unusable. This benefit does not cover defects or malfunctions which are covered by the manufacturer's warranty.

qualified private tutorial service, provided a minimum of 9 months of consecutive coverage has been purchased and a minimum of 4 months has passed since the inception of the policy.

**Benefit #9 – Maternity is deleted in its entirety and replaced with the following:**

25. **Maternity:** In the event of pregnancy of an insured commencing during the coverage period the insurer will reimburse reasonable and customary costs incurred in Canada for a maximum period of 6 months following the birth of the child and up to a maximum amount of \$15,000 for pre-natal care, complications arising from such pregnancy, childbirth and post-natal care. This benefit is provided only when coverage has been in force for the entire term of the pregnancy. Costs incurred outside of Canada are not covered. Spontaneous, or non-induced, pregnancy terminations are covered. Induced terminations are limited to one per coverage period.

## EXCLUSIONS

This policy does not cover losses or expenses related in whole or in part, directly or indirectly, to any of the following:

1. Any sickness, injury or medical condition that was not stable in the 90 days prior to the effective date.
2. Any medical condition for which, prior to the departure from your country of origin, medical evidence suggests a reasonable expectation that treatment or hospitalization could be required.
3. Any medical treatment that is not emergency medical treatment for the immediate relief of acute pain and suffering, including any elective, plastic or cosmetic surgery or treatment including complications thereof.
4. Any sickness or injury which occurred prior to the effective date of your policy when coverage has been extended after your arrival in Canada.

5. Any costs incurred in the USA, after *you* exceed 30 consecutive days in the USA during the coverage period.
6. Any costs incurred due to *your* travelling against the advice of a *physician* or any loss resulting from *your sickness* or medical condition that was diagnosed by a *physician* as a *terminal illness* prior to the effective date.
7. Expenses incurred as a result of HIV or HIV related conditions and AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), including any associated charges.
8. Any *medical treatment* which can reasonably be delayed until *you* return to *your country of origin* by the next available means of transportation, whether *you* intend to or not.
9. Any *medical treatment* of an ongoing condition, regular care of a chronic condition, home health care, investigative testing, rehabilitation or convalescent or ongoing care.
10. Any *medical treatment* of an acute sickness and/or *injury* after the initial *emergency* has ended.
11. Pregnancy, childbirth, miscarriage, voluntary termination of pregnancy or their complications except as provided in Benefit #9 or #25— Maternity.
12. Non-compliance with any prescribed *medical treatment* or therapy.
13. Drugs and medications which are:
  - a) commonly available without a prescription, preventative medications or vaccines, acne medications, baldness remedies, nicotine resin products, dietary supplements or weight loss products;
  - b) any type of contraceptive, pregnancy test, fertility drug or test, or erectile dysfunction drugs;
  - c) not legally registered and approved in Canada or not medically necessary.
14. Expenses incurred whereby this policy was purchased specifically to obtain *medical treatment* outside *your country of origin*, whether or not recommended by *your attending physician*.
15. Any *medical treatment* in *your country of origin* or any medical condition for which symptoms were present during a temporary visit to *your country of origin* during the coverage period unless there expressly in order to participate in a school-organized sporting or extra-curricular event.
16. Any claims for *sickness, injury, losses* or damages arising directly or indirectly from any *sickness, injury, loss* or damage, fear or threat (whether actual or perceived) related to one or more of *Diseases and Infections of Global Concern* identified in the Definitions section of this policy whether acquired within Canada, external to Canada, or in an international jurisdiction.
17. Transplants including, but not limited to, cornea or organ transplants or bone marrow transplants, artificial joints, prosthetic devices or implants including any associated charges. Implants required to stabilize an *emergency* medical condition may be covered if pre-approved by the *Assistance Company*.
18. Medical examinations performed at the request of a third party (including medical examinations for immigration purposes) or consultations with a *physician* by telephone or e-mail.
19. Expenses for any benefit or *medical treatment* that requires prior approval by the *Assistance Company* if such approval was not provided, except in extreme circumstances where such *medical treatment* is performed on an *emergency* basis immediately upon admission to *hospital*.
20. Loss, death or injury, if at the time of the loss, death or injury, evidence supports that *you* were affected by, or the medical condition causing the loss was in any way contributed to by, the use of alcohol, prohibited drugs or any other intoxicant.
21. Committing or attempting to commit an illegal act or a criminal act by an *insured person*.
22. A disorder, disease, condition or symptom that is emotional, psychological or mental in nature except as provided in Benefit #10 or #23 - Psychiatric/Psychological.
23. An *insured person's* suicide, attempted suicide or self-inflicted *injury*, whether the *insured person* is sane or insane.
24. Rock or *mountain climbing*, hang gliding, parachuting, bungee jumping, or skydiving; participation in any motorized race or speed contest sport; participation in any sport as a professional athlete (for which the *insured person* is remunerated) or scuba diving (except if certified by an internationally recognized and accepted program such as NAUI or PADI, or if diving depth does not exceed 30 metres).
25. Death or injury sustained while operating or learning to operate any aircraft as pilot or crew.
26. Travel to, from or through any country, region or city for which, prior to the effective date or *your* departure date, any department of the Canadian Government has issued a warning to avoid all travel or to avoid non-essential travel if the loss is the result of the reason for which the warning was issued.
27. War, invasion, act of a foreign enemy, declared or undeclared hostilities, civil war, riot, rebellion, revolution or military power or *your* unlawful visit in any country.
28. *Terrorism* or by any activity or decision of a government agency or any other entity to prevent, respond to or terminate *terrorism* except for ensuing loss or damage which results directly from fire or explosion. Such loss or damage is excluded regardless of any other cause or event that contributes concurrently or in any sequence to the loss or damage.
29. Contamination resulting from radioactive material or nuclear fuel or waste or the release of weapon(s) of mass destruction (nuclear, chemical or biological).
30. Service in, or training for, the armed forces, national guard or organized reserve corps of any country or international authority.
31. *Medical treatment* or services normally covered or reimbursable under any other insurance the *insured person* might have.

## DEFINITIONS

Certain italicized terms used in this policy are defined in this section.

**Accident** means a sudden, unforeseen, unexpected and unintentional event exclusively attributable to an external cause resulting in bodily *injury*.

**Assistance Company** is the company designated by the *insurer* to provide *emergency* assistance services.

**Chaperone** means an individual who is temporarily visiting Canada for the purposes of accompanying one or more insured students to monitor their behavior and/or to ensure their safety while they are enrolled at a recognized Canadian institution of learning.

**Common Carrier** means a public conveyance which is licensed to transport passengers for hire; and is provided and operated for regular passenger service by land, water or air on a regular passenger route with a definite regular schedule of departures and arrivals between established and recognized points of departure and arrival.

**Corrective Device** means a device that is required by *you* on the advice of a *physician* to compensate for a physical impairment and without which it would be a physical impossibility for *you* to continue *your* studies at the institution of learning in which *you* are enrolled. Includes prosthetic limbs, wheelchairs, seeing-eye dogs and hearing aids but not eyeglasses.

**Country of Origin** means the country for which the *insured person* holds a passport. Where the *insured person* holds more than one passport, the country of origin will be taken to mean the country that the *insured person* has declared on the application.

**Dependent Children** means unmarried persons residing with *you* and dependent on *you* for support if *you* are their parent, grandparent or legal guardian, and on the effective date they are at least 15 days of age and:

- a) 21 years of age or less; or
- b) 26 years of age or less and a full-time student; or
- c) have a mental or physical impairment.

**Diseases and Infections of Global Concern** means any one or more of: African Tick-Bite Fever, African Trypanosomiasis, Avian Flu, Bird Flu, Murray Valley Encephalitis Virus, Chagas Disease, Chikungunya, Crimean-Congo Haemorrhagic Fever (CCHF), Cholera, Dengue, Ebola, Ebola virus disease, Hendra virus infection, Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C, Hepatitis E, Japanese Encephalitis, Lassa fever, Leptospirosis, Marburg virus disease, Meningococcal Meningitis, MERS-CoV, Monkey Pox, Malaria of any kind, Middle Eastern Respiratory Syndrome (MERS), Nipah virus infection, Plague, Polio, Polio virus of any kind, Rift Valley Fever, Ross River virus disease, SARS-CoV-1, Schistosomiasis, Tick-borne Encephalitis, Typhoid Fever, Tuberculosis of any kind, Tularaemia or Tullaraemia, West Nile Virus, Yellow Fever or Zika.

**Emergency** means an unexpected and unforeseen *sickness* or *injury* occurring during the coverage period for which *you* require immediate *medical treatment* to alleviate danger to life or health occurring while on a covered trip, and that such *medical treatment* cannot be delayed until *you* return to *your country of origin* by the next available means, whether *you* intend to or not. An emergency no longer exists when *you* are deemed medically fit to travel and no further benefits are payable in respect of the medical condition which caused the emergency.

**Government Health Insurance Plan** means the health care coverage provided by Canadian federal, provincial and territorial governments to their residents.

**Hospital** means an institution which is designated as a hospital by law; which is continuously staffed by one or more *physicians* available at all times; which continuously provides nursing services by graduate registered nurses; which is primarily engaged in providing diagnostic services and medical and surgical treatment of a *sickness* and/or *injury* in the acute phase, or active treatment of a chronic condition; which has facilities for diagnosis, major surgery and *in-patient* care. The term hospital does not include convalescent, nursing, rest or skilled nursing facilities whether separate from or part of a regular general hospital, or a facility operated mainly as a clinic, extended or palliative care facility, rehabilitation facility, addiction treatment centre or health spa.

**Hospitalization** or **Hospitalized** means an *insured* occupies a hospital bed for more than 24 hours for *medical treatment* and for whom admission was recommended by a *physician* when *medically necessary*.

**Immediate Family Member** means the *spouse*, natural or adopted child, step-child, parent, step-parent, legal guardian, legal ward, brother, sister, step-brother, step-sister, in-law, grandparent, grandchild, aunt, uncle, niece, nephew of the *insured person*.

**Injury** means an unexpected and unforeseen harm to the body that is caused by an *accident*, sustained by an *insured person* during the coverage period and that requires *emergency* treatment that is covered by this policy.

**Insured, Insured Person** means any eligible person named on the application and confirmation of insurance for whom the required premium has been paid.

**Insurer** means Berkley Insurance Company, which provides this insurance.

**In-patient** means a patient who occupies a *hospital* bed for more than 24 hours for *medical treatment* and for whom admission was recommended by a *physician* when *medically necessary*.

**Medical Treatment** means any reasonable procedure which is medical, therapeutic or diagnostic in nature, which is *medically necessary* and which is prescribed by a *physician*. Medical treatment includes *hospitalization*, basic investigative testing, surgery, prescription medication (including prescribed as needed) or other treatment directly related to the *sickness, injury* or symptom.

**Medically Necessary**, in reference to a given service or supply, means such service or supply:

- a) is appropriate and consistent with the diagnosis according to accepted community standards of medical practice;
- b) is not experimental or investigative in nature;
- c) cannot be omitted without adversely affecting the condition of the *insured person* or quality of medical care;
- d) cannot be delayed until the *insured person* returns to their *country of origin*.

**Mountain Climbing** means the ascent or descent of a mountain requiring the use of specified equipment including crampons, pick axes, anchors, bolts, carabiners and lead-rope or top rope anchoring equipment.

**Physician** means a medical practitioner who is registered and licensed to practice in accordance with the regulations applying in the jurisdiction where the person practices. A physician must be a person other than the *insured person* or an *immediate family member*.

**Reasonable and Customary Costs** means costs that are incurred for approved, covered medical services or supplies that do not exceed the standard fee of other providers of similar standing in the same geographical area, for the same treatment of a similar *sickness and/or injury*.

**Sickness** means a sudden and unforeseen disease or disorder of the body which results in loss during the coverage period. The sickness must be sufficiently serious to prompt a reasonably prudent person to consult a *physician* for the purpose of *medical treatment*.

**Spouse** means the person to whom the *insured* is legally married or with whom the *insured* has been living with in a common-law relationship for at least the last 12 months.

**Stable** means any medical condition, whether or not the diagnosis has been determined, for which there has been:

- a) no *hospitalization*; and
- b) no new diagnosis, treatment or prescribed medication; and
- c) no change\* in treatment or medication; and
- d) no new, more frequent or more severe symptoms; and
- e) no new test results showing deterioration; and
- f) no referral to a specialist (made or recommended) and *you* are not awaiting surgery or the results of further investigations performed by any medical professional.

\*Change includes any new treatment or medication, stopped treatment or medication, increase or decrease in treatment or medication but does not include transition between generic and brand-name versions of drugs with the same active ingredient and dosage or the routine adjustment of dosage within prescribed parameters when *you* are taking insulin or oral diabetes medication or asthma medication.

**Teacher** means an individual in the education profession who is temporarily visiting Canada for the purpose of accompanying one or more insured students and/or is sponsored by recognized Canadian institution of learning as part of a cultural or similar exchange program.

**Terminal Illness** means the *insured person* has a condition that is cause for the *physician* to estimate that the *insured person* has less than 6 months to live.

**Terrorism** means an ideologically motivated unlawful act or acts including, but not limited to, the use of violence or force or threat of violence or force, committed by or on behalf of any groups(s), organization(s) or government(s) for the purpose of influencing any government and/or instilling fear in the public or a section of the public.

**You, Your, Yourself** means the *insured person*.

## LIMITATIONS AND RESTRICTIONS

### Notification to Assistance Company

The *Assistance Company* must approve in advance any surgery, invasive procedure, diagnostic testing or treatment (including, but not limited to, cardiac catheterization), prior to the *insured* undergoing such surgery, procedure, testing or treatment. It remains *your* responsibility to inform *your* attending *physician* to call the *Assistance Company* for approval, except in extreme circumstances where such action would delay surgery required to resolve a life-threatening medical crisis.

In the event of a medical *emergency*, *you* must notify the *Assistance Company* prior to receiving any medical treatment and within 24 hours of admission to a *hospital* and before any surgery is performed.

If *you* fail to do so, without reasonable cause, then the *insurer* will pay 80% of the claim payable to a maximum of \$25,000. *You* will be responsible for any expenses that are not payable by the *insurer*.

### Limitation of Benefits

Once the *insured person* is deemed medically stable to return to their *country of origin* or by virtue of discharge from a medical facility, the *emergency* will be deemed to have ended, whereupon any further consultation, treatment, recurrence or complication related to the *emergency* will no longer be eligible for coverage under this policy.

### Inability to Obtain Medical Records

In the event that the *insurer* is unable to obtain medical records from *your country of origin* your medical history will be based on information developed from *your* attending

*physician's* report, medical examination or other sources of pertinent information.

### Availability and Quality of Care

Neither the *insurer* nor the *Assistance Company* shall be responsible for the availability or quality of any *medical treatment* (including the results thereof) or the failure of the *insured person* to obtain *medical treatment* during the coverage period.

### Medical Transfer or Repatriation

The *insurer* reserves the right, as reasonably required and at its expense, to transfer *you* to any *hospital* or to transport *you* to Canada or *your country of origin* during an *emergency* for *medical treatment of your sickness or injury*.

If *you* refuse to be transferred or transported when declared medically fit to travel by the *Assistance Company's* Medical Team, any continuing costs incurred for such *sickness or injury* after *your* refusal will not be covered and the payment of such costs becomes *your* sole responsibility. Coverage for the *sickness or injury* ceases upon *your* refusal and no coverage will be provided for that *sickness or injury* for the remainder of the coverage period.

### Limitation of Assistance Services

The *Assistance Company* reserves the right to suspend, curtail or limit services in any area or country in the event that war, political instability or hostility renders the area inaccessible by the *Assistance Company*. The *Assistance Company* will use its best efforts to provide services during any such occurrence.

## GENERAL PROVISIONS

### AGGREGATE LIMIT

The total aggregate limit for all losses resulting from any one incident under all travel insurance policies underwritten by the *insurer* is \$20,000,000 CAD.

### APPLICABLE LAW

The relationships to which this contract of insurance applies shall be governed by and interpreted in accordance with the laws of the province of Ontario.

The relationship between the *insurer* and the *insured person* is governed by the law of the Canadian province or territory of

residence of the *insured person*. Any legal proceeding by the *insured person*, his/her heirs or assigns shall be brought in the courts of the Canadian province or territory of residence of the *insured person*.

The *insurer* will not be liable to provide any coverage or make any payment hereunder if to do so would be in violation of any sanctions law or regulation which would expose Berkley Canada, its parent company or its ultimate controlling entity to any penalty under any sanctions law or regulation.

#### **ARBITRATION**

Notwithstanding any clause in this policy, any *insureds* making a claim under this policy and the parties hereto undertake to submit to an arbitration process, to the exclusion of the courts, any present or future dispute relating to a claim. The arbitration proceedings shall be governed by the arbitration law in force in the Canadian province or territory of residence of the *insured*. In the event the *insured* is not a resident of any Canadian province or territory, the governing law shall be the law of the Province of Ontario.

Any *insureds* making a claim under this policy and the parties to this policy agree that all actions will be referred to arbitration.

#### **ARBITRATION PROCEDURE**

- a) Any *insureds* making a claim under this policy and the parties shall agree upon a single arbitrator by mutual agreement. In the event a single arbitrator cannot be agreed upon, each of the *insured* or party as applicant and the *insurer* or party as respondent shall unilaterally choose an arbitrator who will be instructed to agree upon a third arbitrator. The third arbitrator will be the sole individual seized as arbitrator of the arbitration.
- b) The party who initiates the arbitration shall bear 50% of the cost or fee of the Arbitrator(s), 50% of the cost or fee of any dispute involved in the selection of an arbitrator and 50% of the cost of the arbitration venue expenditures.
- c) Each party with standing in the arbitration shall bear his or her respective legal representation costs and disbursements.
- d) No evidence that is related to the subject matter of an arbitration is to be excluded or struck as evidence from the arbitration on the basis that it is opinion evidence or the evidence of an expert.
- e) The (third) arbitrator shall otherwise control procedure and shall provide a written determination within ninety (90) days of any motion, hearing or dispute related submissions. The determination of an arbitrator may be appealed on the basis of error of law and/or error of fact.

#### **CURRENCY**

All sums payable under this policy are in Canadian currency unless otherwise indicated.

#### **LIMITATION OF ACTIONS**

Every action or proceeding against an *insurer* for the recovery of insurance money payable under the contract is absolutely barred unless commenced within the time set out in the Insurance Act or any other applicable legislation.

#### **LIMITATION OF BENEFITS**

Once the *insured person* is deemed medically stable to return to Canada or by virtue of discharge from a medical facility, the *emergency* will be deemed to have ended, whereupon any further consultation, treatment, recurrence or complication

related to the *emergency* will no longer be eligible for coverage under this policy.

#### **MISREPRESENTATION AND NON-DISCLOSURE**

The entire coverage under this policy shall be voidable if the *insurer* determines, whether before or after loss, that the *insured person* has concealed, misrepresented or failed to disclose any material fact or circumstance concerning this policy or his/her interest therein, or if the *insured person* refuses to disclose information or to permit the use of such information, pertaining to any of the *insured persons* under this policy. Consequently, and following a loss, no claim shall be payable by the *insurer* and the *insured person* shall be solely responsible for all expenses relating to his/her claim, including medical repatriation costs.

#### **OTHER INSURANCE**

This insurance is a second payor plan. For any loss or damage insured by, or for any claim payable under any other liability, group or individual basic or extended health insurance plan, or contracts including any private or provincial or territorial auto insurance plan providing *hospital*, medical, or therapeutic coverage, or any other insurance in force concurrently herewith, amounts payable hereunder are limited to those covered benefits incurred that are in excess of the amounts for which an *insured person* is insured under such other coverage.

#### **OVERPAYMENT OF BENEFITS**

Nothing in this policy will prevent the *insurer* from recovering from the person or organization to which such payment has been made any overpayment of benefit, irrespective of the cause of such overpayment.

#### **PREMIUM PAYMENT**

The required premium is due and payable at the time of application and will be determined according to the rate schedule then in effect. Premium rates, policy terms and conditions are based on *your age* as of the effective date. If the premium paid is insufficient for the coverage selected, the *insurer* will charge and collect any underpayment. Coverage will be null and void if the premium is not received, if a cheque is not honoured for any reason, if credit card charges are invalid or if no proof of *your* payment exists.

#### **PROTECTING YOUR PRIVACY**

The *insurer* places great importance on the protection of *your* privacy. *Your* personal information will be collected, used and disclosed only for the purpose of providing *you* with the insurance services *you* requested. This information remains confidential, as is required under applicable federal and provincial laws. In the event of a claim, the *Assistance Company* and the *insurer* may collect *your* personal health information held by a third party. This information may be released to employees of the *Assistance Company* and the *insurer* for claims analysis and to better serve *you*.

In no case will the *insurer* release this information to any person or organization that is not clearly entitled to it without first seeking *your* consent. For details of the *insurer's* privacy policy please see: [www.berkleycanada.com/privacy](http://www.berkleycanada.com/privacy).

#### **REFUNDS**

1. If cancellation of *your* policy is requested prior to the effective date, the full premium will be refunded.
2. A pro-rata refund for the unused portion of the premium may be granted if:

- a) the required visa necessary for admission to a recognized Canadian institution of learning has been refused;
- b) the student permanently leaves the recognized Canadian institution of learning;
- c) *you* permanently return to *your* country of origin with no intention to return 30 days or more before the expiry date; or
- d) *you* become eligible for a *government health insurance* plan in *your* province or territory of residence in Canada.

A request for a premium refund will be considered only if no claim has been paid or is pending.

No refund will be issued if the amount of premium to be reimbursed is less than \$20 per policy.

#### **SUBROGATION**

If an *insured person* suffers a loss covered under this policy, the *insurer* is granted the right from the *insured person* to take action to enforce all the *insured person's* rights, powers,

privileges, and remedies, to the extent of benefits paid under this policy, against any person, legal person or entity which caused such loss. Additionally, if "no fault" benefits or other collateral sources of payment of medical expenses are available to the *insured person*, regardless of fault, the *insurer* is granted the right to make demand for, and recover, those benefits. If the *insurer* institutes an action it may do so at its own expense, in the name of the *insured person*, and the *insured person* will attend at the place of loss to assist in the action, in addition to providing the *insurer* all information, cooperation and assistance as the *insurer* may reasonably require. If the *insured person* institutes a demand or action for a covered loss, the *insured person* shall immediately notify the *insurer* so that the *insurer* may safeguard its rights. The *insured person* shall take no action after a loss that will impair the rights of the *insurer* set forth in this paragraph and shall do all such things as are necessary to secure such rights.

### **STATUTORY CONDITIONS (GENERAL CONDITIONS IN QUEBEC)**

**Notwithstanding any other provision herein contained, this contract is subject to the Statutory Conditions in the Insurance Act respecting contracts of accident insurance.**

#### **THE CONTRACT**

The application, this policy, any document attached to this policy when issued, and any amendment to the contract agreed upon in writing after the policy is issued, constitute the entire contract, and no agent has authority to change the contract or waive any of its provisions.

#### **WAIVER**

The *insurer* is deemed not to have waived any condition of this contract, either in whole or in part, unless the waiver is clearly expressed in writing signed by the *insurer*.

#### **COPY OF APPLICATION**

The *insurer* shall, upon request, furnish to the *insured* or to a claimant under the contract a copy of the application.

#### **MATERIAL FACTS**

No statement made by the *insured* or person insured at the time of application for this contract shall be used in defence of a claim under or to avoid this contract unless it is contained in the application or any other written statements or answers furnished as evidence of insurability.

#### **NOTICE AND PROOF OF CLAIM**

The *insured* or a person insured, or a beneficiary entitled to make a claim, or the agent of any of them, shall,

- a) give written notice of claim to the *insurer*,
  - i. by delivery thereof, or by sending it by registered mail to the head office or chief agency of the *insurer* in the province, or
  - ii. by delivery thereof to an authorized agent of the *insurer* in the province,

not later than 30 days from the date a claim arises under the contract on account of an *accident*, *sickness* or disability;

- b) within 90 days after the date a claim arises under the contract on account of an *accident* or *sickness*, furnish to the *insurer* such proof as is reasonably possible in the circumstances of:
  - i. the happening of the *accident* or the start of the *sickness*,
  - ii. the loss caused by the *accident* or *sickness*,

- iii. the right of the claimant to receive payment,
- iv. the claimant's age, and
- v. if relevant, the beneficiary's age; and
- c) if so required by the *insurer*, furnish a satisfactory certificate as to the cause or nature of the *accident*, *sickness* or disability for which claim may be made under the contract and as to the duration of such *sickness* or disability.

#### **FAILURE TO GIVE NOTICE OR PROOF**

Failure to give notice of claim or furnish proof of claim within the time prescribed by this statutory condition does not invalidate the claim if,

- a) the notice or proof is given or furnished as soon as reasonably possible, and in no event later than one year from the date of the accident or the date a claim arises under the contract on account of sickness or disability if it is shown that it was not reasonably possible to give notice or furnish proof within the time so prescribed; or
- b) in the case of the death of the *insured person*, if a declaration of presumption of death is necessary, the notice or proof is given or furnished no later than one year after the date a court makes the declaration.

#### **INSURER TO FURNISH FORMS FOR PROOF OF CLAIM**

The *insurer* shall furnish forms for proof of claim within 15 days after receiving notice of claim, but where the claimant has not received the forms within that time the claimant may submit his or her proof of claim in the form of a written statement of the cause or nature of the *accident*, *sickness* or disability giving rise to the claim and of the extent of the loss.

#### **RIGHTS OF EXAMINATION**

As a condition precedent to recovery of insurance money under this contract,

- a) the claimant shall afford to the *insurer* an opportunity to examine the person of the *insured person* when and so often as it reasonably requires while the claim is pending; and

- b) in the case of death of the *insured person*, the *insurer* may require an autopsy subject to any law of the applicable jurisdiction relating to autopsies.

**WHEN MONEYS PAYABLE**

All money payable under this contract shall be paid by the *insurer* within 60 days after it has received proof of claim.

**CLAIMS**

**In the event of an *emergency* please contact the *Assistance Company* immediately at:**

**1-844-879-8379**

**toll-free from Canada and the USA**

**+1-416-285-1722**

**collect where available**

**email: [assist@epicamericas.com](mailto:assist@epicamericas.com)**

**CLAIMS PROCEDURES**

Claims must be submitted within 30 days of the first medical expense. The *insured person* is responsible for providing all the documents outlined below and for any charges levied for these documents. To file a claim, the *insured person* must:

- a) complete and submit a claim form for each new *sickness* or *injury*;
- b) submit all original itemized bills from the medical provider(s) stating the patient's name, diagnosis, all dates and type of treatment, and the name of the medical facility and/or *physician*;
- c) provide original prescription drug receipts (not cash receipts) from the pharmacist, *physician* or *hospital* showing

the name of the prescribing *physician*, prescription number, name of preparation, date, quantity and total cost;

- d) provide proof of the *departure date*(s) and return date(s);
- e) provide written proof of claim within 90 days of the date of receipt of services covered under this policy;
- f) provide additional information pertinent to the *insured person's* claim, as may be required by the *Assistance Company* after receipt of the claim;
- g) return the unused portion of the *insured person's* air ticket to the *Assistance Company*, if the Emergency Air Transportation benefit is used.

**All pertinent documents should be sent to the *Assistance Company*.**

**Epic Health Solutions  
2<sup>nd</sup> Floor, 25 Millard Ave West  
Newmarket, Ontario L3Y 7R6  
[claims-tor@epicamericas.com](mailto:claims-tor@epicamericas.com)**

**IDENTIFICATION OF INSURER**

Underwritten by:

Berkley Insurance Company  
145 King Street West  
Suite 1000  
Toronto, Ontario M5H 1J8

Administered Through:

Risk Care General Insurance Inc.  
7895 Tranmere Drive  
Suite 30  
Mississauga, Ontario L5S 1V9  
(905) 672-9172

Claims Administered by:

Epic Health Solutions  
2<sup>nd</sup> Floor, 25 Millard Avenue West  
Newmarket, Ontario L3Y 7R6

Please contact Epic for emergency assistance, medical management, coordination of benefits and to arrange direct billing with a healthcare provider.

**1-844-879-8379**

**toll-free from Canada and the USA**

**+ 1-416-285-1722**

**collect where available**



## ASSURANCE VOYAGE – ÉTUDIANTS ÉTRANGERS AU CANADA

**En cas d'urgence ou si vous avez besoin de soins médicaux, vous devez communiquer immédiatement avec la compagnie d'assistance au :**

**1 844 879-8379**

**sans frais du Canada et des États-Unis**

**courriel : assist@epicamericas.com**

**+1 416 285-1722**

**à frais virés si disponible**

**Vous avez la responsabilité de veiller à ce que la compagnie d'assistance soit jointe avant l'obtention de tout traitement. Vos indemnités seront limitées à 80 % des dépenses admissibles, jusqu'à concurrence de 25 000 \$, si vous négligez de le faire, sauf dans les cas extrêmes où des soins sont nécessaires pour pallier une situation grave qui mettrait votre vie en danger.**

### AVIS IMPORTANT – Prière de lire attentivement

1. La présente assurance est destinée à couvrir les pertes découlant de circonstances soudaines et imprévisibles. Il est *important* que vous lisiez et compreniez votre police, car vos garanties peuvent être assujetties à certaines limitations ou exclusions.
2. *Votre* police peut ne pas couvrir des affections médicales et/ou symptômes qui existaient avant la date d'effet de  *votre*  police. Vérifiez comment ceci s'applique dans le cadre de  *votre*  police et l'importance que peut avoir à cet égard la date d'effet de  *votre*  police.
3. En cas d'*accident*, de *blessure* ou de *maladie*, vos antécédents médicaux pourront être examinés si une demande de règlement est présentée.
4. Vous devez aviser la compagnie d'assistance avant de recevoir des soins d'urgence. *Votre* police peut limiter les garanties si vous n'informez pas la compagnie d'assistance avant de recevoir des soins médicaux.
5. Veuillez prendre le temps de lire cette police pour vous assurer qu'elle répond à vos besoins et communiquez avec  *votre*  agent si vous avez des questions. Vous pouvez résilier cette police dans les 10 jours suivant la date de son achat et obtenir un remboursement complet, pourvu que l'annulation ait lieu avant la date d'effet de la police. D'autres possibilités de remboursement sont décrites sous la rubrique Remboursements de la section Dispositions générales de la présente police.

**CETTE POLICE CONTIENT UNE CLAUSE POUVANT LIMITER LE MONTANT DE L'INDEMNITÉ.**

REMARQUE : Les termes en italique sont définis à la section « Définitions » de cette police.

### ADMISSIBILITÉ

**Afin d'être admissible à l'assurance, vous devez, à la date d'effet :**

1. être âgé d'au moins 15 jours et de moins de 65 ans; et
2. ne pas être admissible aux indemnités d'aucun régime public d'assurance maladie; et
3. résider au Canada sur une base temporaire; et
4. respecter l'un des critères suivants :
  - a) être étudiant détenant une preuve d'admission à temps plein dans un établissement d'enseignement canadien reconnu; ou
  - b) être étudiant inscrit à un programme postdoctoral dans un établissement d'enseignement canadien reconnu; ou
  - c) être le conjoint ou un enfant à charge de l'étudiant assuré et résider à temps plein avec celui-ci; ou
  - d) être le parent, le tuteur légal, l'enseignant ou l'accompagnateur de l'étudiant assuré.

### CONVENTION D'ASSURANCE

1. En contrepartie du paiement complet de la prime exigée, l'assureur s'engage à acquitter jusqu'à concurrence de 2 000 000 \$ CAD par personne assurée pour les frais raisonnables et courants que vous engagez au titre de dépenses admissibles durant votre séjour au Canada ou en visite temporaire dans un autre pays (autre que votre pays d'origine) à condition que vous ayez passé au moins 51 % de la période d'assurance au Canada. Les voyages aux États-Unis (USA) sont limités à une durée de 30 jours par visite.
2. L'assureur paye les dépenses admissibles jusqu'à concurrence du montant énoncé dans la grille des tarifs établie par le régime public de votre province ou territoire de résidence pour les non-résidents canadiens, et uniquement en excédent des dépenses remboursables par tout régime ou contrat d'assurance de groupe ou individuel, privé ou public, y compris toute assurance automobile.
3. Sous réserve de toutes les dispositions et les conditions de la police, les indemnités sont payables jusqu'à concurrence de la somme assurée dans la mesure où les services en question sont nécessaires du point de vue médical. Les limites d'indemnités s'appliquent par personne assurée, par période de 12 mois consécutifs.
4. La présente police, la proposition et la confirmation d'assurance constituent votre contrat d'assurance.

5. *L'assureur* se réserve le droit de refuser toute proposition ou toute demande de prolongation ou de complément d'assurance.
6. Une seule police peut être émise à *vos* intention et toutes les primes payées pour toute police supplémentaire *vous* seront

remboursées. Lorsque plus d'une police sous cette forme est émise par *l'assureur* et est en vigueur à *vos* intention au moment du sinistre, seulement une telle police s'appliquera, soit la plus antérieure par date d'effet.

## DURÉE DE LA GARANTIE

### 1. Date d'effet de la garantie

*Votre* assurance en vertu de la présente police commence à la dernière des dates suivantes :

- a) l'heure et la date de *vos* proposition et du paiement de cette assurance;
- b) 00 h 01 (heure locale) à la date d'effet stipulée à *vos* confirmation d'assurance;
- c) la date à laquelle *vous* partez de *vos* pays d'origine pour *vous* rendre au Canada à condition que le voyage, y compris toute escale, n'excède pas sept (7) jours.

Les congés scolaires et les voyages à l'extérieur du Canada durant la période d'assurance sont valides pourvu que la *personne assurée* passe au moins 51 % de la période d'assurance au Canada. Pour les voyages aux États-Unis, l'assurance se limite à une durée maximale de 30 jours par visite et la période passée aux États-Unis ne doit pas excéder 49 % de la période d'assurance.

Les visites dans *vos* pays d'origine sont permises. Cependant, l'assurance sera alors suspendue, les dépenses ne seront pas couvertes et les primes ne seront pas remboursées durant *le séjour dans le pays d'origine de la personne assurée*, sauf si le voyage dans *le pays d'origine de la personne assurée* s'effectue expressément dans le but de participer à une activité parascolaire ou à un événement sportif organisé par l'école. La *personne assurée* doit tout de même passer au moins 51 % de la période d'assurance au Canada.

### 2. Période d'attente

Si *vous* souscrivez cette assurance après *vos* arrivée au Canada, aucune garantie n'existe pour quelque maladie ayant commencé ou pour laquelle *vous* avez éprouvé des symptômes pendant les cinq (5) premiers jours suivant la date d'effet, même dans le cas où des frais connexes sont engagés après la période d'attente.

Exception : Il n'y aura pas de période d'attente si la présente police est souscrite à la date d'expiration d'une assurance pour

les étudiants étrangers au Canada déjà émise par *l'assureur* ou avant cette date, et qu'elle doit entrer en vigueur le lendemain de ladite date d'échéance, pourvu que le type de régime ne soit pas modifié. La police existante doit être en vigueur à la date d'achat et il ne doit y avoir aucune interruption entre les deux assurances.

### 3. Date d'expiration de la garantie

*Votre* assurance en vertu de la présente police prend fin à la première des dates suivantes :

- a) 23 h 59 (heure locale) à la date d'expiration indiquée sur *vos* confirmation d'assurance;
- b) l'heure et la date de *vos* arrivée dans *vos* pays d'origine sans intention de revenir au Canada durant la période de garantie;
- c) la date à laquelle *vous* excédez la proportion permise de 49 % de *vos* période de garantie à l'extérieur du pays;
- d) la date à laquelle *vous* aurez passé plus de 30 jours aux États-Unis.

### 4. Prolongation de *vos* garantie

Si *vous* désirez poursuivre *vos* séjour au Canada au-delà de la date d'expiration de la présente police, *vous* pouvez souscrire une nouvelle police conformément aux dispositions, aux conditions et au barème de tarifs en vigueur au moment de la demande d'adhésion à la nouvelle police. Le calcul du coût des jours d'assurance supplémentaires reposera sur l'âge de *l'assuré* à la date d'entrée en vigueur de la nouvelle police, pourvu :

- a) que *vous* demeuriez admissible à l'assurance;
- b) que *vos* état de santé n'ait pas changé depuis la date d'effet de *vos* assurance ou depuis la date de *vos* départ;
- c) que nous recevions la demande d'adhésion à une nouvelle police avant la date d'échéance de *vos* assurance;

Remarque : La prime minimale est de 20 \$ par police.

## GARANTIES

***L'assureur* remboursera les frais raisonnables et courants pour les dépenses admissibles décrites dans la présente section qui sont engagées à la suite d'une urgence assurée jusqu'à concurrence de 2 000 000 \$ CAD, sous réserve de toutes les limites, exclusions et dispositions de la police. Cependant, certaines dépenses, conformément aux stipulations apparaissant ci-dessous, ne sont couvertes que moyennant l'approbation préalable de la compagnie d'assistance.**

### 1. Hospitalisation :

- a) Une somme maximale équivalant au coût d'une chambre à deux lits facturé par *l'hôpital*. S'ils sont nécessaires du point de vue médical, les frais liés aux soins administrés dans une unité de soins intensifs ou une unité de soins coronariens sont également couverts. Si l'assurance prend fin pour quelque raison que ce soit durant *l'hospitalisation*, les garanties sont maintenues jusqu'à l'obtention du congé de l'hôpital, jusqu'à concurrence d'un an. Les dépenses d'*hospitalisation* ne sauraient en aucun cas être couvertes pour une période de plus de 365 jours par *personne assurée*.

- b) Les frais de salle d'urgence.

- c) Les services d'urgence prodigués en consultation externe par un *hôpital* lorsqu'ils sont nécessaires du point de vue médical.

### 2. Services médicaux :

- a) Les soins médicaux dispensés par un *médecin*, chirurgien, anesthésiste ou infirmier autorisé, reconnu par la loi (autre qu'un *membre de la famille immédiate* de la *personne assurée*).
- b) Le plasma sanguin, le sang entier ou l'oxygène, y compris leur administration.

3. **Services diagnostiques** : Les tests de laboratoire et les radiographies recommandés par le *médecin* traitant et qui

- font partie de *soins médicaux d'urgence*. Cette police ne couvre pas le recours à l'imagerie par résonance magnétique (IRM), au cathétérisme cardiaque, à la tomographie axiale informatisée (scanographie), aux radiographies numériques, aux sonogrammes ou aux échographies et aux biopsies sauf si la *compagnie d'assistance* y a consenti au préalable.
4. **Ordonnances** : Les médicaments, y compris les médicaments injectables et sérums, ne pouvant être obtenus que sur ordonnance d'un *médecin*, fournis par un pharmacien diplômé, lorsque *nécessaire du point de vue médical pour des soins médicaux d'urgence*. Cette garantie est limitée à une provision de 30 jours par ordonnance (60 jours dans le cas du régime prestige) sauf si la *personne assurée est hospitalisée*.
  5. **Infirmière privée** : Sous réserve de leur approbation préalable par la *compagnie d'assistance* et de leur prescription par un *médecin* traitant, les services professionnels d'une infirmière privée diplômée (autre qu'un *membre de la famille immédiate*) découlant d'une *urgence couverte* lorsque *nécessaire du point de vue médical* et lors de *l'hospitalisation* ou à la place de *l'hospitalisation*. Lorsque ces services sont retenus à la place de *l'hospitalisation*, cette garantie est limitée à 5 000 \$.
  6. **Soins dentaires** : Pourvu qu'ils soient administrés par un dentiste ou un chirurgien stomatologiste autorisé reconnu par la loi, les soins dentaires *d'urgence* jusqu'à concurrence de 2 500 \$ (4 000 \$ pour les régimes étendu ou prestige) pour la réparation ou le remplacement de dents naturelles saines ou de dents artificielles permanentes endommagées par suite d'un coup accidentel reçu au visage.  
Les soins doivent commencer dans les sept (7) jours suivant l'apparition de *l'urgence* et doivent être complétés au plus tard 90 jours après le début des soins et avant la date d'expiration de *votre* police.
  7. **Appareils médicaux** : Sous réserve de leur approbation préalable par la *compagnie d'assistance* et d'une ordonnance du *médecin* traitant :
    - a) les appareils médicaux légers tels que béquilles, plâtres, attelles, cannes, écharpes, bandages herniaires, appareils orthopédiques, déambulateurs; et/ou
    - b) la location temporaire d'un lit d'hôpital, d'un fauteuil roulant, d'un poumon d'acier ou de tout autre équipement durable à des fins de soins thérapeutiques, pourvu que le montant n'excède pas le prix d'achat.
  8. **Transport d'urgence** :
    - a) Service d'ambulance autorisé (y compris des frais de taxi à la place du transport par ambulance) jusqu'au plus proche établissement médical ayant la capacité de prodiguer les *soins médicaux d'urgence* requis;
    - b) transport entre des *hôpitaux* lorsque le *médecin* traitant le demande à des fins de *soins médicaux d'urgence*;
    - c) Si, en raison d'une *urgence couverte*, *votre* *médecin* traitant ou l'équipe médicale de la *compagnie d'assistance* recommande de *vous* ramener au Canada ou dans *votre pays d'origine*, les frais engagés pour :
      - i. le coût d'un billet d'avion aller simple en classe économique à bord d'un vol commercialisé par l'itinéraire le plus direct, y compris les sièges supplémentaires nécessaires au transport d'une civière;
      - ii. le coût d'un billet d'avion retour en classe économique par l'itinéraire le plus direct pour qu'un accompagnateur médical qualifié *vous* accompagne si le transporteur aérien l'exige ou si *votre* *médecin* traitant déclare par écrit que cela est *nécessaire du point de vue médical*;
      - iii. le coût d'une ambulance aérienne si c'est *nécessaire du point de vue médical* seulement si la *compagnie d'assistance* l'a préalablement approuvé et a pris des dispositions à cet égard.
  9. **Maternité** : Si une *personne assurée* devient enceinte durant la période d'assurance, *l'assureur* remboursera les *frais raisonnables et courants* engagés au Canada pour des *soins médicaux d'urgence* pour une période maximale de six (6) mois suivant la naissance de l'enfant et jusqu'à concurrence de 5 000 \$ (10 000 \$ pour le régime étendu) pour les soins prénataux, les complications liées à la grossesse en question ou à l'accouchement.  
Cette garantie n'est accordée que si l'assurance est en vigueur durant la totalité de la grossesse. Les frais engagés à l'extérieur du Canada ne sont pas couverts.  
Les interruptions naturelles ou involontaires de grossesse sont assurées. Dans le cas des interruptions volontaires de grossesse, une seule intervention par période d'assurance sera couverte.
  10. **Soins psychiatriques/psychologiques** : Lorsque le *médecin* traitant le juge essentiel, les coûts réels :
    - a) des visites chez un psychiatre, un psychologue ou un travailleur social autorisé pour l'apaisement de symptômes aigus, jusqu'à concurrence de 500 \$ par *personne assurée*; ou
    - b) *l'hospitalisation* de la *personne assurée* en raison de problèmes d'ordre psychologique, mental ou émotif, jusqu'à concurrence d'une limite viagère de 10 000 \$.
 Cette garantie comprend le coût de la visite initiale chez un *médecin*.
  11. **Rapatriement de la dépouille** : Advenant *votre* décès ou fait d'un *accident* couvert ou d'une *maladie* imprévue :
    - a) jusqu'à concurrence de 5 000 \$ (10 000 \$ pour les régimes étendu ou prestige) pour couvrir les frais réels de préparation et de transport de la dépouille (y compris un contenant de transport standard) à destination de *votre pays d'origine*; or
    - b) jusqu'à concurrence de 5 000 \$ (10 000 \$ pour les régimes étendu ou prestige) pour la crémation ou l'inhumation à l'endroit où est survenu le décès.  
Le coût du cercueil, de l'urne ou des funérailles n'est pas couvert par cette garantie.
  12. **Décès accidentel et mutilation** : *L'assureur* s'engage à payer jusqu'à concurrence de 10 000 \$ (15 000 \$ pour les régimes étendu ou prestige) pour la perte de vie, la perte d'un membre ou la perte de la vue d'une *personne assurée* découlant directement d'une *blesseure* accidentelle survenue durant la période d'assurance.  
Les indemnités sont versables conformément au barème suivant :
    - a) 100 % de la somme assurée liée à une même *blesseure* accidentelle pour la perte :

- i. de vie, ou
  - ii. totale de la vue des deux yeux, ou
  - iii. des deux mains, ou
  - iv. des deux pieds, ou
  - v. d'une main et de la vue totale d'un œil, ou
  - vi. d'un pied et de la vue totale d'un œil.
- b) 50 % de la somme assurée à la suite d'une même *blessure* accidentelle pour la perte :
- i. totale de la vue d'un œil, ou
  - ii. d'une main; ou
  - iii. d'un pied.

La perte d'une main ou des mains, de même que la perte d'un pied ou des pieds, s'entend d'une perte au niveau de l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus de ceux-ci.

La perte d'un œil ou des yeux s'entend d'une perte totale et irréversible de la vue.

Seul un montant est versable (soit le plus élevé) si vous subissez plus de l'une de ces pertes.

#### **Exposition aux éléments et disparition**

Si vous êtes exposé aux éléments ou disparaîsez à la suite d'un *accident*, une perte sera couverte si :

### **Les garanties suivantes ne s'appliquent que si vous avez choisi et payé le régime étendu ou prestige et que votre confirmation d'assurance en témoigne.**

14. **Soins paramédicaux** : Sous réserve de leur approbation préalable par la *compagnie d'assistance*, les services (y compris les radiographies) d'un chiropraticien, physiothérapeute, podiatre ou ostéopathe autorisé, jusqu'à concurrence de 500 \$ par *personne assurée*, par spécialité mentionnée ci-dessus.
15. **Soins dentaires** : Pourvu qu'ils soient administrés par un dentiste ou un chirurgien stomatologiste autorisé reconnu par la loi, les soins dentaires *d'urgence* jusqu'à concurrence de 600 \$ pour le soulagement d'une douleur causée par des raisons autres qu'un coup direct au visage, y compris les dents de sagesse incluses, et pour laquelle vous n'avez pas reçu de traitement ou de conseils auparavant.
- Les soins doivent commencer dans les sept (7) jours suivant l'apparition de *l'urgence* et doivent être complétés au plus tard 90 jours après le début des soins et avant la date d'expiration de *votre* police.
16. **Examen physique** : Jusqu'à concurrence de 150 \$ pour un examen médical annuel effectué par un *médecin* au cours de toute période consécutive de 12 mois, pourvu qu'un minimum de neuf (9) mois consécutifs d'assurance ait été acheté.
17. **Examen de la vue** : Jusqu'à concurrence de 100 \$ pour un examen de la vue effectué par un ophtalmologiste ou un optométriste autorisé au cours de toute période consécutive de 12 mois, pourvu qu'un minimum de six (6) mois consécutifs d'assurance ait été acheté.

### **La garantie 5 – Infirmière privée est entièrement supprimée et remplacée par ce qui suit :**

18. **Infirmière privée** : Sous réserve de leur approbation préalable par la *compagnie d'assistance* et de leur prescription par un *médecin* traitant, les services professionnels d'une infirmière privée diplômée (autre

- a) à la suite d'une telle exposition aux éléments, vous subissez l'une des pertes indiquées dans le barème des pertes ci-dessus; ou
- b) *votre* corps n'est pas retrouvé dans les 52 semaines suivant la date de *l'accident*. Il sera alors présumé, sauf en cas de preuve du contraire, que vous avez perdu la vie.

13. **Transporteur public** : *L'assureur* consent à payer jusqu'à concurrence de 25 000 \$ (100 000 \$ pour les régimes étendu ou prestige) advenant le décès d'une *personne assurée* à la suite d'une *blessure* subie durant la période d'assurance durant un voyage effectué à titre de passager payant à bord d'un *transporteur public*. Si le total des demandes de remboursement liées à un même *accident* excède 300 000 \$, la responsabilité de *l'assureur* en lien avec ledit *accident* se limite à 300 000 \$ et cette somme sera alors répartie proportionnellement entre tous les demandeurs victimes du même *accident* et assurés en vertu d'une police d'assurance voyage pour les visiteurs au Canada souscrite par *l'assureur*.

qu'un membre de la famille immédiate) découlant d'une *urgence couverte* lorsque *nécessaire du point de vue médical* et lors de *l'hospitalisation* ou à la place de *l'hospitalisation*.

19. **Transport au chevet** : Sous réserve de l'approbation préalable de la *compagnie d'assistance*, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ pour un billet d'avion aller-retour en classe économique et jusqu'à concurrence de 150 \$ par jour jusqu'à un maximum de 1 500 \$ pour les frais raisonnables de repas et d'hébergement dans un établissement commercial pour permettre à une personne de *votre* choix :
- a) d'être au chevet de la *personne assurée* si celle-ci est *hospitalisée* à la suite d'une *urgence* assurée et que le *médecin* traitant a déclaré dans une attestation écrite que la gravité de la situation justifie la visite; ou
  - b) d'identifier, le cas échéant, le corps de la *personne assurée* avant qu'il ne soit remis à la famille.
20. **Soutien psychologique** : Un nombre maximal de six (6) séances de soutien psychologique si vous subissez une perte en lien avec la garantie 12 – Décès accidentel et mutilation dans les 90 jours suivant la date d'un *accident* survenu durant la période d'assurance.
21. **Appareils correctifs** : Jusqu'à concurrence de 1 000 \$ pour la réparation ou le remplacement d'un *appareil correctif* dont vous avez besoin si, durant la période d'assurance, *l'appareil correctif* dont vous avez besoin est volé et non récupéré ou présente un défaut ou un mauvais fonctionnement qui le rend inutilisable. Cette indemnité ne couvre pas les défauts ou les mauvais fonctionnements qui sont couverts par la garantie du fabricant.

### **Les garanties suivantes ne s'appliquent que si vous avez choisi et payé le régime prestige et que votre confirmation d'assurance en témoigne.**

22. **Consultation en santé sexuelle** : Jusqu'à concurrence de 100 \$ aux fins de la réalisation de tests électifs de

dépistage des maladies transmissibles sexuellement (MTS) au cours de toute période consécutive de 12 mois

pourvu qu'un minimum de six (6) mois consécutifs d'assurance ait été acheté.

**La garantie 10 – Soins psychiatriques/psychologiques est entièrement supprimée et remplacée par ce qui suit :**

23. **Soins psychiatriques/psychologiques** : Lorsque le *médecin* traitant le juge essentiel, les coûts réels :
- des visites chez un psychiatre, un psychologue ou un travailleur social autorisé pour l'apaisement de symptômes aigus, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par *personne assurée*; ou
  - l'hospitalisation* de la *personne assurée* en raison de problèmes d'ordre psychologique, mental ou émotif, jusqu'à concurrence d'une limite viagère de 15 000 \$.
24. **Services de tutorat** : Si *vous* devez demeurer *hospitalisé* pour une période minimale de 30 jours consécutifs en raison d'une *maladie* ou d'une *blessure* assurée, *l'assureur* paiera jusqu'à concurrence de 20 \$ l'heure jusqu'à un maximum de 500 \$ pour les dépenses engagées pour des services de tutorat privé qualifiés, pourvu qu'un minimum de neuf (9) mois consécutifs d'assurance ait été acheté et

qu'il se soit écoulé au moins quatre (4) mois depuis l'entrée en vigueur de la police.

**La garantie 9 – Maternité est entièrement supprimée et remplacée par ce qui suit :**

25. **Maternité** : Si une *personne assurée* devient enceinte durant la période d'assurance, *l'assureur* remboursera les *frais raisonnables et courants* engagés au Canada pour une période maximale de six (6) mois suivant la naissance de l'enfant et jusqu'à concurrence de 15 000 \$ pour les soins prénataux, les complications liées à la grossesse en question, l'accouchement et les soins postnataux.

Cette garantie n'est accordée que si l'assurance est en vigueur durant la totalité de la grossesse. Les frais engagés à l'extérieur du Canada ne sont pas couverts.

Les interruptions naturelles ou involontaires de grossesse sont assurées. Dans le cas des interruptions volontaires de grossesse, une seule intervention par période d'assurance sera couverte.

## EXCLUSIONS

**La présente police ne couvre pas les pertes ni les dépenses liées en tout ou en partie, directement ou indirectement, à l'une des causes suivantes :**

- Toute *maladie*, *blessure* ou affection médicale qui n'était pas *stable* dans les **90 jours** précédant la date d'effet.
- Toute affection médicale pour laquelle, avant le départ de *votre pays d'origine*, les preuves médicales permettaient raisonnablement de prévoir que des soins ou une *hospitalisation* pouvaient se révéler nécessaires.
- Tous les *soins médicaux* qui ne sont pas des *soins médicaux d'urgence* pour le soulagement immédiat d'une douleur ou souffrance aiguë, y compris toute chirurgie élective, plastique ou esthétique ou tout traitement esthétique.
- Toute *maladie* ou *blessure* survenue avant la date d'effet de *votre* police dans le cas d'une extension de l'assurance après *votre* arrivée au Canada.
- Tous les coûts engagés aux États-Unis, suivant la date à laquelle *vous* aurez passé 30 jours aux États-Unis au cours de la période d'assurance.
- Tous les frais engagés alors que *vous* voyagez contre l'avis d'un *médecin*, ou toute perte découlant de votre *maladie* ou affection médicale ayant été diagnostiquée par un *médecin* comme étant une *maladie en phase terminale* avant la date d'effet de cette police.
- Les dépenses engagées en lien avec le VIH ou des problèmes liés au VIH et le SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), y compris les frais connexes.
- Tous les *soins médicaux* pouvant être raisonnablement retardés jusqu'à votre retour dans *votre pays d'origine* par le prochain moyen de transport disponible, que ce soit ou non *votre* intention.
- Tous les *soins médicaux* liés à une affection continue, soins courants liés à une affection chronique, soins de santé à domicile, tests approfondis, réadaptation ou soins continus ou de convalescence.
- Tous les *soins médicaux* liés à une maladie ou *blessure* aiguë après que *l'urgence* initiale ait pris fin.
- Une grossesse, un accouchement, une fausse-couche, une interruption volontaire de grossesse ou des complications connexes, sauf en lien avec la garantie 9 ou 25 – Maternité.
- Le non-respect de toute thérapie ou de tout *soin médical* prescrit.
- Les drogues et les médicaments :
  - que l'on peut normalement se procurer sans ordonnance, les vaccins ou les médicaments préventifs, les médicaments contre l'acné ou la calvitie, les produits de résine de nicotine, les compléments alimentaires ou les produits amaigrissants;
  - qui constituent tout type de contraceptif, de test de grossesse, de médicament ou de test pour le traitement de la stérilité ou de médicament contre la dysfonction érectile;
  - qui ne sont pas enregistrés et approuvés légalement au Canada ou qui ne sont pas nécessaires *du point de vue médical*.
- Les dépenses engagées durant un voyage lorsque le voyage est entrepris expressément pour obtenir des *soins médicaux* à l'extérieur de *votre pays d'origine*, que ces soins aient été recommandés ou non par *votre médecin* traitant.
- Tous les *soins médicaux* obtenus dans *votre pays d'origine* ou toute affection médicale dont les symptômes étaient présents durant une visite temporaire dans *votre pays d'origine* durant la période d'assurance à moins que ce soit expressément dans le but de participer à une activité sportive organisée par l'école ou à une activité parascolaire.
- Toutes réclamations pour une *maladie*, une *blessure*, une perte ou des dommages découlant directement ou indirectement d'une *maladie*, d'une *blessure*, d'une perte ou de dommages, d'une crainte ou d'une menace (réelle ou perçue) liés à une ou plusieurs des *Maladies et infections de préoccupation mondiale* mentionnées dans la section Définitions de la présente police, qu'elles aient été

- contractés au Canada, à l'extérieur du Canada ou dans une juridiction internationale.
17. Les greffes, incluant, mais sans s'y limiter, greffes de cornée ou d'organes ou greffes de moelle osseuse, articulations artificielles, prothèses externes ou implants, incluant tous frais associés.
  18. Les examens médicaux effectués à la demande d'un tiers (y compris les examens médicaux à des fins d'immigration) ou les consultations par téléphone ou par courriel auprès d'un *médecin*.
  19. Les frais visant toute garantie ou les *soins médicaux* nécessitant l'approbation au préalable de la *compagnie d'assistance* si telle approbation n'est pas obtenue, sauf dans les cas extrêmes où tels *soins médicaux* sont administrés *en urgence* immédiatement à l'admission à l'hôpital.
  20. La perte, le décès ou la blessure si, à ce moment, il existait des preuves indiquant que *vous* aviez les facultés affaiblies par une consommation d'alcool, de drogues interdites ou de toute autre substance intoxicante ou que le problème de santé à l'origine de la perte, du décès ou de la blessure y était lié de quelque façon que ce soit.
  21. La perpétration ou la tentative de perpétration, par une *personne assurée*, d'un acte illégal ou d'un acte criminel.
  22. Des troubles émotifs, psychologiques ou mentaux ou une maladie, un état de santé ou un symptôme du même ordre, sauf en lien avec la garantie 10 ou 23 – Soins psychiatriques/psychologiques.
  23. Le suicide, une tentative de suicide ou une *blessure* auto-infligée d'une *personne assurée*, que la *personne assurée* soit saine d'esprit ou non.
  24. L'escalade de rochers ou l'*alpinisme*, le deltaplane, le saut en parachute, saut à l'élastique ou parachutisme; la participation dans tout sport motorisé ou course de véhicule à moteur; la participation dans tout sport en tant qu'athlète professionnel (pour lequel la *personne assurée* est rémunérée) ou la plongée sous-marine (à moins d'avoir passé avec succès un programme reconnu et accepté internationalement tel que NAUI ou PADI ou si la profondeur de la plongée n'excède pas 30 mètres).
  25. Une blessure ou un décès subi lors du pilotage d'un avion, ou pendant l'apprentissage de pilotage d'un avion, à titre de pilote ou de membre d'équipage.
  26. Un voyage à, dans ou à travers tout pays, toute région ou toute ville où le gouvernement du Canada ou l'un de ses ministères a, avant la date de  *votre voyage*, avisé les gens de ne pas voyager pour des motifs non essentiels durant la période de  *votre voyage*, si la perte découle du motif de l'émission de l'avis en question.
  27. La guerre, l'invasion, les actes des ennemis étrangers, les hostilités déclarées ou non, la guerre civile, l'émeute, la rébellion, la révolution ou le pouvoir militaire ou  *votre visite* illégale dans tout pays.
  28. Le *terrorisme* ou par toute activité ou décision d'un organisme gouvernemental ou de toute autre entité dans le but de prévenir, le *terrorisme*, d'y répondre ou de l'éliminer, sauf pour la perte ou le dommage qui s'ensuit résultant directement d'un incendie ou d'une explosion. Telle perte ou tel dommage est exclu sans égard à toute autre cause ou tout autre événement qui contribue simultanément ou dans n'importe quel ordre à la perte ou au dommage.
  29. La contamination résultant de substances radioactives, de combustible ou de déchets nucléaires ou la libération d'armes de destruction massive (nucléaires, chimiques ou biologiques).
  30. Le service ou l'entraînement dans les forces armées, la garde nationale ou une unité de réserve organisée de tout pays ou de toute autorité internationale.
  31. Les services ou les *soins médicaux* normalement couverts ou remboursables en vertu d'une autre assurance détenue par la *personne assurée*.

## DÉFINITIONS

### Certains termes en italique utilisés dans cette police sont définis dans cette section.

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

**Accompagnateur** signifie une personne qui séjourne temporairement au Canada afin d'accompagner un ou plusieurs étudiants assurés pour encadrer leur comportement ou veiller à leur sécurité pendant qu'ils sont inscrits dans un établissement d'enseignement canadien reconnu.

**Alpinisme** signifie l'ascension et la descente d'une montagne exigeant l'utilisation d'équipement précis, y compris des crampons, piolets, ancrages, mousquetons et cordages.

**Appareil correctif** signifie un appareil dont *vous* avez besoin conformément à la recommandation d'un *médecin* pour compenser une déficience physique et sans lequel il *vous* serait physiquement impossible de poursuivre vos études dans l'établissement d'enseignement dans lequel *vous* êtes inscrit. Cela inclut les membres artificiels, les fauteuils roulants, les chiens-guides et les prothèses auditives, mais non les lunettes.

**Assuré, personne assurée** signifie toute personne admissible dont le nom figure dans la proposition et à la confirmation d'assurance, pour laquelle la prime exigée a été payée.

**Assureur** désigne la Compagnie d'assurance Berkley, qui fournit la présente assurance.

**Blessure** signifie toute atteinte corporelle inattendue et imprévue résultant d'un *accident* subi par une *personne assurée* au cours de la période de garantie et nécessitant un traitement *d'urgence* couvert par la présente police.

**Compagnie d'assistance** signifie la compagnie désignée par l'*assureur* pour fournir des services de sinistres et d'assistance *d'urgence*.

**Conjoint** signifie la personne avec laquelle la *personne assurée* est mariée légalement ou avec laquelle la *personne assurée* vit en union de fait depuis au moins 12 mois.

**Enfants à charge** signifie des personnes non mariées qui résident avec *vous* et dont *vous* assurez la subsistance si *vous* êtes leur parent, leur grand-parent ou leur tuteur légal et qui, à la date d'effet, ont au moins 15 jours et :

- a) ont moins de 21 ans; ou
- b) ont moins de 26 ans et sont étudiants à temps plein; ou
- c) sont atteints d'une déficience physique ou intellectuelle.

**Enseignant** signifie une personne de la profession enseignante qui séjourne temporairement au Canada afin d'accompagner un ou plusieurs étudiants étrangers et/ou dont la visite est commanditée par un établissement d'enseignement canadien reconnu participant dans le cadre d'un échange culturel ou d'un programme semblable.

**Frais raisonnables et courants** signifie les frais engagés pour des fournitures ou des services médicaux approuvés et couverts, qui n'excèdent pas les frais normaux d'autres fournisseurs de niveau similaire dans la même région géographique, pour le même traitement d'une *maladie* ou *blessure* similaire.

**Hôpital** signifie un établissement reconnu légalement comme étant un hôpital; lequel offre en permanence les services d'un ou plusieurs *médecins* disponibles en tout temps, ainsi que les services également en permanence d'infirmières diplômées; dont la vocation première est de fournir des services diagnostiques et traitements médicaux et chirurgicaux pour les *maladies* ou *blessures* aiguës, ou le traitement actif des maladies chroniques; lequel est équipé de manière à effectuer des diagnostics, 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 principalement à titre de clinique, de centres de soins palliatifs ou prolongés, de centres de réadaptation, de centres de traitement de la toxicomanie ou de stations de cure.

**Hospitalisation** ou **hospitalisé** signifie une *personne assurée* qui occupe un lit d'hôpital pendant plus de 24 heures en vue d'obtenir des *soins médicaux* et dont l'admission jugée *nécessaire du point de vue médical* a été recommandée par un *médecin*.

**Maladie** signifie une affection ou un problème de santé soudain ou imprévu donnant lieu à une perte pendant la période de garantie. La maladie doit être suffisamment grave pour obliger une personne raisonnable à obtenir des *soins médicaux* auprès d'un *médecin*.

**Maladie en phase terminale** signifie qu'en raison de l'état de santé de la *personne assurée*, un *médecin* estime que *celle-ci* a une espérance de vie de moins de six (6) mois.

**Maladies et infections d'intérêt mondial** désignent une ou plusieurs des maladies suivantes: la fièvre à tique africaine, la trypanosomiase africaine, la grippe aviaire, le virus de l'encéphalite de Murray Valley, la maladie de Chagas, le virus du chikungunya, la fièvre hémorragique de Crimée-Congo (FHCC), le choléra, la dengue, l'Ebola, la maladie à virus Ebola, l'infection à virus Hendra, l'hépatite A, l'hépatite B, l'hépatite C, l'hépatite E, l'encéphalite japonaise, la fièvre de Lassa, la leptospirose, la maladie du virus Marburg, la méningite à méningocoques, le Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), la variole du singe, le paludisme sous toutes ses formes, le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS), l'infection par le virus Nipah, la peste, la poliomyélite, le virus de la poliomyélite sous toutes ses formes, la fièvre de la vallée du Rift, la maladie virale de rivière de Ross, le SARS-CoV-1, la schistosomiase, l'encéphalite à tiques, la fièvre typhoïde, la tuberculose de toute forme, la tularémie, le virus du Nil occidental, la fièvre jaune ou l'infection à virus Zika.

**Médecin** signifie un praticien dûment autorisé à exercer conformément aux règlements applicables dans le territoire où la personne exerce. Le médecin doit être une personne autre que la *personne assurée* ou un *membre de la famille immédiate*.

**Membre de la famille immédiate** signifie *conjoint*, *conjointe*, enfant naturel ou adopté, beau-fils, belle-fille, père, mère, beau-père, belle-mère, tuteur légal, enfant en tutelle, frère, sœur, beau-frère, belle-sœur, parent par alliance, grand-parent, petit-enfant, tante, oncle, nièce, neveu de la *personne assurée*.

**Nécessaires du point de vue médical**, à propos de services ou de fournitures, signifie que ceux-ci :

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

**Patient hospitalisé** signifie un patient qui occupe un lit d'hôpital pendant plus de 24 heures en vue d'obtenir des *soins médicaux* et dont l'admission jugée *nécessaire du point de vue médical* a été recommandée par un *médecin*.

**Pays d'origine** signifie le pays pour lequel la *personne assurée* détient un passeport. Si la *personne assurée* détient plus d'un passeport, le pays d'origine sera réputé être le pays déclaré par la *personne assurée* sur la proposition.

**Régime public d'assurance maladie** signifie la garantie de soins de santé offerte par le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux canadiens à leurs résidents.

**Soins médicaux** signifie toute mesure raisonnable de nature médicale, thérapeutique ou diagnostique, *nécessaire du point de vue médical*, prescrite par un *médecin*. Les soins médicaux comprennent l'*hospitalisation*, les examens ou tests de base à des fins d'investigation, la chirurgie, les médicaments d'ordonnance (incluant ceux prescrits au besoin), ou tout autre soin directement attribuables à la *maladie*, à la *blessure* ou au symptôme en question.

**Stable** désigne tout état de santé (que le diagnostic ait été posé ou non), pour lequel il n'y a pas eu :

- a) d'*hospitalisation* durant la période de stabilité; et
- b) de nouveau diagnostic, traitement ou médicament d'ordonnance; et
- c) de changement\* dans le traitement ou la médication; et
- d) de nouveaux symptômes, n'est apparue aucune hausse dans la fréquence ou la gravité des symptômes; et
- e) de nouveaux résultats de tests témoignant d'une détérioration; et
- f) de renvoi à un spécialiste (effectué ou recommandé) et *vous n'êtes pas en attente d'une chirurgie ni de résultats d'une investigation plus approfondie effectuée par tout professionnel de la santé*.

\*Changement inclut tout nouveau traitement ou nouvelle médication, arrêt de traitement ou de médication, changement de quantité ou de fréquence de traitement ou de médication, mais n'inclut pas la transition entre les versions de médicaments d'origine et génériques avec le même ingrédient actif et dosage ou l'ajustement courant du dosage dans des paramètres prescrits en ce qui concerne l'insuline ou des médicaments oraux contre le diabète ou des médicaments contre l'asthme.

**Terrorisme** signifie tout acte ou toute série d'actes illégaux motivés par des considérations idéologiques, y compris, sans toutefois s'y limiter, le recours à la violence, à la force ou à la menace de violence ou de force, commis par ou pour un groupe, une organisation ou un gouvernement dans le but d'influencer un gouvernement ou de semer la peur au sein de la population ou d'une partie de la population ou des deux à la fois.

**Transporteur public** signifie un moyen de transport public autorisé à transporter des passagers payants, fourni et exploité pour le transport régulier des passagers sur terre, sur l'eau ou dans les airs, sur un circuit de passager régulier, avec un horaire précis de départs et d'arrivées entre des points de départ et d'arrivée établis et reconnus.

**Urgence** signifie une *maladie* ou une *blessure* inattendue et imprévue survenant durant la période d'assurance, qui nécessite que *vous* receviez des *soins médicaux* immédiats pour diminuer le risque pour la vie ou la santé qui se produit durant un voyage assuré, et que lesdits *soins médicaux* ne peuvent être retardés jusqu'à *votre* retour dans *votre pays d'origine* par le prochain moyen de transport disponible, que ce soit ou non *votre* intention. Il n'existe plus d'urgence lorsque *vous* êtes considéré, du point de vue médical, en état de voyager; et il n'y a plus d'autres indemnités payables à l'égard de l'affection qui a causé l'urgence.

**Vous, votre, vos, vous-même** signifient la personne assurée.

## LIMITATIONS ET RESTRICTIONS

### Avis à la compagnie d'assistance

La *compagnie d'assistance* doit approuver, au préalable, toute intervention chirurgicale, tout procédé invasif, traitement ou test diagnostique (y compris, mais non de façon limitative, le cathétérisme cardiaque), et ce, avant que la *personne assurée* ne subisse l'intervention, le test diagnostique, le traitement ou le procédé en question. C'est à *vous* qu'il incombe de demander à *votre médecin* traitant de communiquer avec la *compagnie d'assistance* pour obtenir son approbation, sauf dans les cas extrêmes où la demande d'approbation préalable retarderait une intervention chirurgicale nécessaire pour corriger une situation grave qui mettrait la vie de la *personne assurée* en péril.

En cas d'*urgence* médicale, *vous* devez aviser la *compagnie d'assistance* avant de recevoir quelque soin médical et dans les 24 heures de votre admission à un *hôpital* et avant que toute chirurgie ne soit effectuée.

Si *vous* négligez de le faire sans motif raisonnable, *l'assureur* ne paiera alors que 80 % de la demande de règlement admissible jusqu'à concurrence de 25 000 \$. *Vous* serez responsable du 20 % restant et pour tous les frais qui ne sont pas payables par *l'assureur*.

### Limitation des garanties

Lorsque la *personne assurée* est considérée comme stable du point de vue médical pour revenir dans son *pays d'origine*, ou en raison du congé d'un établissement médical, *l'urgence* sera réputée avoir pris fin. Toute consultation subséquente, complication ou rechute ou tout traitement lié à cette *urgence* ne sera plus admissible aux termes de la présente police.

### Incapacité d'obtenir les dossiers médicaux

Si *l'assureur* est incapable d'obtenir des dossiers médicaux auprès de *votre pays d'origine*, vos antécédents médicaux

seront établis à partir de renseignements tirés du rapport de votre *médecin* traitant, des examens médicaux réalisés ou d'autres sources d'information pertinentes.

### Accessibilité et qualité des soins

Ni *l'assureur*, ni la *compagnie d'assistance* ne seront responsables de l'accessibilité ou de la qualité de tout *soin médical* (résultats compris) ou de l'incapacité de la *personne assurée* à obtenir un *soin médical* pendant la période d'assurance.

### Transfert médical ou rapatriement

*L'assureur* se réserve le droit, tel que raisonnablement requis et à ses frais, de *vous* transférer à un *hôpital* ou de *vous* rapatrier au Canada ou dans *votre pays d'origine* durant une *urgence* pour y recevoir des *soins médicaux* pour votre *maladie* ou votre *blessure*.

Si *vous* refusez d'être transféré ou rapatrié alors que *vous* êtes déclaré médicalement apte à voyager par l'équipe médicale de la *compagnie d'assistance*, les frais engagés pour soigner la *maladie* ou la *blessure* en question à la suite de *votre* refus ne seront pas couverts et le paiement de ces frais sera *votre* entière responsabilité. La garantie pour la *maladie* ou la *blessure* cesse à *votre* refus et aucune garantie ne *vous* sera fournie pour la *maladie* ou la *blessure* en question pour le reste de la période d'assurance.

### Limitation liée aux services d'assistance

La *compagnie d'assistance* se réserve le droit de suspendre, réduire ou limiter les services dans toute région ou tout pays où une guerre, une instabilité politique ou une hostilité lui rend la zone inaccessible. La *compagnie d'assistance* fera de son mieux pour offrir des services en pareille circonstance.

## DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### LIMITE GLOBALE

La limite globale pour l'ensemble des sinistres découlant d'un même événement en vertu de toutes les polices d'assurance voyage souscrites par *l'assureur* s'élevé à 20 000 000 \$ CAD.

### LOIS APPLICABLES

Les relations auxquelles s'applique le présent contrat d'assurance sont régies et interprétées conformément aux lois de la province de l'Ontario.

Les relations entre *l'assureur* et la *personne assurée* sont régies par la loi de la province ou du territoire canadien de résidence de la *personne assurée*. Toute procédure judiciaire engagée par la *personne assurée*, ses héritiers ou ses ayants droit doit être portée devant les tribunaux de la province ou du territoire canadien de résidence de la *personne assurée*.

*L'assureur* ne sera pas tenu de fournir une couverture ou d'effectuer un paiement en vertu des présentes si cela constitue une violation d'une loi ou d'un règlement sur les sanctions qui exposerait Berkley Canada, sa société mère ou son entité de contrôle ultime à une pénalité en vertu d'une loi ou d'un règlement sur les sanctions.

### ARBITRAGE

Nonobstant toute clause de la présente police, tout *assuré* présentant une demande de règlement en vertu de la présente police et les parties aux présentes s'engagent à soumettre à un processus d'arbitrage, à l'exclusion des tribunaux, tout litige présent ou futur relatif à une demande de règlement. La procédure d'arbitrage sera régie par la loi sur l'arbitrage en vigueur dans la province ou le territoire

canadien de résidence de l'assuré. Si l'assuré n'est pas résident d'une province ou d'un territoire canadien, la loi applicable est celle de la province de l'Ontario.

Tout assuré présentant une demande de règlement en vertu de la présente police et les parties à la présente police conviennent que toutes les actions seront soumises à l'arbitrage.

#### PROCÉDURE D'ARBITRAGE

- a) Tout assuré qui présente une demande de règlement en vertu de la présente police et les parties conviennent d'un commun accord d'un arbitre unique. S'il est impossible de convenir d'un arbitre unique, l'assuré ou la partie requérante et l'assureur ou la partie défenderesse choisiront chacun unilatéralement un arbitre qui sera chargé de convenir d'un troisième arbitre. Le troisième arbitre sera la seule personne saisie comme arbitre de l'arbitrage.
- b) La partie qui prend l'initiative de l'arbitrage assumera 50 % du coût ou des honoraires de l'arbitre ou des arbitres, 50 % du coût ou des honoraires de tout litige lié à la sélection d'un arbitre et 50 % du coût des dépenses liées au lieu de l'arbitrage.
- c) Chaque partie ayant qualité pour agir dans l'arbitrage assumera ses frais et débours de représentation juridique respectifs.
- d) Aucun élément de preuve lié à l'objet d'un arbitrage ne doit être exclu ou rayé de la liste des preuves de l'arbitrage au motif qu'il s'agit d'un témoignage d'opinion ou d'un témoignage d'expert.
- e) Le (troisième) arbitre contrôlera par ailleurs la procédure et rendra une décision écrite dans les quarante-vingt-dix (90) jours suivant toute requête, audience ou soumission liée au différend. Il est possible d'en appeler de la décision d'un arbitre sur la base d'une erreur de droit ou d'une erreur de fait.

#### MONNAIE

Sauf indication contraire, toutes les sommes payables en vertu de la présente police sont en monnaie canadienne.

#### LIMITATION DES POURSUITES

Toute action ou procédure prise contre un assureur aux fins du recouvrement de sommes d'assurance versables en vertu du contrat est absolument interdite, sauf si elle est entamée dans les délais indiqués dans la *Loi sur les assurances* ou dans toute autre loi applicable.

#### LIMITATION DES GARANTIES

Lorsque la personne assurée est considérée comme stable du point de vue médical pour revenir au Canada, ou en raison du congé d'un établissement médical, l'urgence sera réputée avoir pris fin. Toute consultation subséquente, complication ou rechute ou tout traitement lié à cette urgence ne sera plus admissible aux termes de la présente police.

#### FAUSSE DÉCLARATION ET OMISSION DE DÉVOILER DES FAITS ESSENTIELS

La totalité des garanties aux termes de la présente police pourrait être annulable si l'assureur établit, avant ou après un sinistre, que la personne assurée a dissimulé, faussement déclaré ou omis de déclarer des faits essentiels relativement à la présente police ou à son intérêt dans celle-ci, ou si la personne assurée refuse de communiquer des renseignements ou de permettre l'utilisation de tels renseignements concernant toute personne assurée en vertu de la présente police. Par conséquent, et en cas de sinistre,

l'assureur n'assumera aucune responsabilité et la personne assurée sera la seule responsable de tous les frais liés à sa demande de règlement, y compris les coûts de rapatriement médical.

#### AUTRE ASSURANCE

La présente assurance est une assurance de second payeur. Relativement à toute perte ou à tous dommages assurés ou à tout sinistre payable en vertu de tout régime ou contrat d'assurance, qu'il s'agisse d'une assurance de responsabilité, d'une assurance collective ou individuelle de base ou d'une assurance maladie complémentaire, d'une assurance automobile privée ou publique (provinces et territoires) offrant une couverture pour soins hospitaliers, médicaux ou thérapeutiques, ou encore de toute autre assurance concurremment en vigueur, les sommes payables, au titre de la présente assurance, se limitent aux frais admissibles engagés excédant le ou les montants d'assurance de la personne assurée au titre de cette autre assurance.

#### PAIEMENT D'INDEMNITÉS VERSÉES EN TROP

Aucune disposition de la présente police n'empêchera l'assureur de recouvrer le paiement d'indemnités versées en trop à une personne ou à une organisation, sans égard à la cause d'un tel versement en trop.

#### PAIEMENT DE LA PRIME

La prime est exigible et payable au moment de la souscription et est établie selon le barème de taux en vigueur. Les primes et les conditions de la police sont basées sur votre âge à la date de souscription de la police. Si la prime payée est insuffisante pour la garantie choisie, l'assureur facturera et percevra tout paiement insuffisant. La garantie sera nulle si le paiement de la prime n'est pas reçu, si un chèque n'est pas accepté pour quelque raison, si la carte de crédit n'est pas valide ou si la preuve de votre paiement n'existe pas.

#### PROTECTION DE VOTRE VIE PRIVÉE

L'assureur accorde une grande importance à la protection de votre vie privée. Vos renseignements personnels seront recueillis, utilisés et divulgués uniquement aux fins de services d'assurance que vous avez demandés. Ces renseignements demeurent confidentiels selon les exigences des lois provinciales et fédérales applicables. Dans l'éventualité d'un sinistre, la compagnie d'assistance et l'assureur peuvent recueillir vos renseignements médicaux personnels détenus par une tierce partie. Ces renseignements peuvent être communiqués aux employés de la compagnie d'assistance et à l'assureur aux fins d'analyse de demandes de règlement et de façon à mieux vous servir.

L'assureur ne divulguera en aucun cas ces renseignements à quelque personne ou organisation ne possédant pas clairement le droit de les consulter, sans obtenir votre consentement au préalable. Pour plus de détails sur notre politique en matière de protection de la vie privée, prière de consulter : [www.berkleycanada.com/privacy](http://www.berkleycanada.com/privacy).

#### REMBOURSEMENTS

1. En cas de demande de résiliation de votre police avant la date d'effet de celle-ci, la prime sera remboursée au complet.
2. Un remboursement au prorata du montant correspondant à la part non utilisée de la prime d'assurance peut être accordé dans les cas suivants :
  - a) le visa requis pour l'admission dans un établissement d'enseignement canadien reconnu a été refusé;
  - b) l'étudiant quitte de façon permanente l'établissement d'enseignement canadien reconnu;

- c) vous retournez de façon permanente dans votre pays d'origine sans intention de revenir au Canada 30 jours ou plus avant la date d'expiration; ou
- d) vous devenez admissible à un régime public d'assurance-maladie dans votre province ou territoire de résidence au Canada.

Les demandes de remboursement de prime seront prises en considération seulement si aucune demande de règlement n'a été réglée ou n'est en attente d'un règlement.

Aucun remboursement ne sera émis si le montant de la prime à rembourser est inférieur à 20 \$.

#### SUBROGATION

Dans le cas où une personne assurée subit un sinistre couvert au titre de la présente police, la personne assurée accorde le droit à l'assureur d'intenter une poursuite contre toute personne, personne morale ou entité juridique ayant causé le sinistre, et ce, afin de faire respecter tous les droits, pouvoirs, privilèges et recours relativement aux sommes payables au

titre de la présente police. En outre, si la personne assurée a droit à une assurance ou à d'autres garanties pour frais médicaux sans égard à la responsabilité, l'assureur a le droit d'exiger et d'obtenir les sommes payables au titre de ces garanties. Si l'assureur décide d'intenter une poursuite, il le fera à ses frais, au nom de la personne assurée, et la personne assurée devra se présenter sur les lieux du sinistre afin de faciliter le déroulement des procédures, en plus de fournir à l'assureur toute information, coopération et assistance que l'assureur peut raisonnablement exiger. Si la personne assurée présente une requête ou si elle intente une poursuite relativement à un sinistre couvert, la personne assurée devra en aviser immédiatement l'assureur afin que celui-ci puisse protéger ses droits. Après la survenance d'un sinistre, la personne assurée ne peut pas intenter une poursuite, qui porterait atteinte aux droits de l'assureur, tels qu'énoncés dans le présent paragraphe et doit tout mettre en œuvre pour permettre l'exercice de ces droits.

## CONDITIONS LÉGALES (CONDITIONS GÉNÉRALES AU QUÉBEC)

**Nonobstant toute autre condition stipulée dans la présente, ce contrat est soumis aux conditions statutaires de la Loi sur les assurances régissant les contrats d'assurance accident.**

#### LE CONTRAT

La proposition, le présent contrat et tout document y étant annexé lors de son émission, ainsi que toute modification au contrat acceptée par écrit une fois le contrat établi, constituent le contrat intégral et aucun mandataire ne peut le modifier ni renoncer à l'une de ses dispositions.

#### RENONCIATION

Aucune condition du présent contrat ne sera réputée avoir été abandonnée en tout ou en partie par l'assureur à moins que la renonciation ne soit clairement exprimée dans un écrit signé par l'assureur.

#### COPIE DE LA PROPOSITION

L'assureur doit, sur demande, fournir une copie de la proposition à la personne assurée ou à l'auteur d'une demande de règlement au titre du contrat.

#### FAITS ESSENTIELS

Aucune déclaration faite par l'assuré ou une personne assurée lors de la proposition du présent contrat d'assurance ne peut être invoquée pour contester une demande de règlement au titre du présent contrat ni pour annuler celui-ci à moins qu'elle ne figure dans la proposition ou dans toute autre déclaration ou réponse donnée par écrit comme preuve d'assurabilité.

#### AVIS ET PREUVE DE SINISTRE

La personne assurée ou une personne assurée, ou un bénéficiaire ayant le droit de présenter une demande de règlement, ou l'agent de l'un ou l'autre de ceux-ci doit :

- a) transmettre un avis de sinistre écrit à l'assureur,
  - i. en le lui livrant ou en le lui expédiant par courrier recommandé au siège social ou à l'agence principale de l'assureur dans la province, ou
  - ii. en le livrant à un agent autorisé de l'assureur dans la province,
 au plus tard 30 jours après la date de survenance du sinistre en vertu du contrat, en lien avec un accident, une maladie ou une incapacité;
- b) fournir à l'assureur, dans les 90 jours suivant la date de survenance d'un sinistre en vertu du contrat, en lien avec un accident ou une maladie, toutes les

preuves pouvant raisonnablement être fournies en ce qui a trait :

- i. aux circonstances de la survenance de l'accident ou du début de la maladie,
  - ii. à la perte causée par l'accident ou la maladie,
  - iii. au droit du demandeur à une indemnité,
  - iv. à l'âge du demandeur, et
  - v. le cas échéant, à l'âge du bénéficiaire; et
- c) si l'assureur l'exige, fournir un certificat satisfaisant en lien avec la cause ou la nature de l'accident, de la maladie ou de l'incapacité pour lesquels une demande de règlement peut être présentée en vertu du présent contrat, de même qu'avec la durée de ladite maladie ou incapacité.

#### DÉFAUT D'AVIS OU DE PREUVE

Le défaut de donner avis du sinistre ou d'en fournir la preuve dans le délai fixé par cette condition n'invalide pas la demande de règlement si :

- a) l'avis est donné ou la preuve est fournie dès que raisonnablement possible, mais en aucun cas plus d'une année après la date de l'accident ou la date à laquelle une demande de règlement prend naissance en vertu du présent contrat à la suite d'une maladie ou d'une invalidité, et qu'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner avis ou de fournir la preuve dans le délai fixé par cette condition, ou
- b) en cas de décès de la personne assurée, si une déclaration de décès présumé est nécessaire, l'avis sera donné ou la preuve fournie au plus tard une année suivant la date de déclaration de la Cour.

#### OBLIGATION POUR L'ASSUREUR DE FOURNIR LES FORMULAIRES DE PREUVE DE SINISTRE

L'assureur doit fournir des formulaires de preuve de sinistre dans les 15 jours de la réception de l'avis de sinistre. Toutefois, lorsque l'auteur de la demande de règlement n'a pas reçu les formulaires dans ce délai, il peut soumettre la preuve de sinistre sous forme d'une déclaration écrite énonçant la cause ou la nature de l'accident, de la maladie ou de l'invalidité donnant lieu à la demande et l'étendue du sinistre.

## DROITS D'EXAMEN

Comme condition préalable au recouvrement des sommes assurées aux termes du présent contrat,

- a) l'auteur de la demande de règlement doit donner à l'assureur la possibilité de faire subir à la *personne assurée* un examen quand et aussi souvent qu'il est raisonnable, tant que le règlement est en suspens; et

- b) en cas de décès de la *personne assurée*, l'assureur peut exiger une autopsie sous réserve des lois du ressort compétent.

## DÉLAI DE VERSEMENT DES SOMMES PAYABLES

Toutes les sommes payables en vertu du présent contrat doivent être versées par l'assureur dans les 60 jours suivant la réception de la preuve du sinistre.

## DEMANDES DE RÈGLEMENT

**En cas d'urgence, veuillez communiquer immédiatement avec la compagnie d'assistance au:**

**1 844 879-8379**

**sans frais du Canada et des États-Unis**

**+1 416 285-1722**

**à frais virés si disponible**

**courriel : assist@epicamericas.com**

## PROCÉDURES DE DEMANDES DE RÈGLEMENT

La demande de règlement doit être présentée dans les 30 jours suivant la première dépense d'ordre médical. Il est de la responsabilité de la *personne assurée* de fournir tous les documents énumérés ci-après et d'en régler les frais afférents. Pour présenter une demande de règlement, la *personne assurée* doit :

- a) remplir et présenter un formulaire de demande de règlement pour chaque nouvelle *maladie* ou *blessure*;
- b) fournir toutes les factures originales détaillées présentées par le ou les fournisseurs de services de santé indiquant le nom du patient, le diagnostic, toutes les dates et le genre de traitement reçu, ainsi que le nom de l'établissement médical et/ou du *médecin*;
- c) fournir les reçus originaux pour les médicaments d'ordonnance (et non les coupons 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 écrite de sinistre dans les 90 jours suivant la date de l'obtention des services assurés en vertu de la présente police;
- f) fournir tout renseignement supplémentaire pertinent à la demande de règlement de la *personne assurée* que pourrait demander la *compagnie d'assistance* à la suite de la réception de la demande;
- g) retourner la partie inutilisée du billet d'avion de la *personne assurée* à la compagnie d'assistance si la garantie Transport aérien d'urgence a été utilisée.

**Tous les documents pertinents doivent être envoyés à la compagnie d'assistance.**

**Epic Health Solutions**

**25, av. Millard Ouest, 2<sup>e</sup> étage**

**Newmarket (Ontario) L3Y 7R6**

**claims-tor@epicamericas.com**

## IDENTIFICATION DE L'ASSUREUR

Souscrit par :

Compagnie d'assurance Berkley

145, rue King Ouest

Bureau 1000

Toronto (Ontario) M5H 1J8

Administré par l'entremise de :

Assurance générale Risk Care Inc.

7895, promenade Tranmere

Bureau 30

Mississauga (Ontario) L5S 1V9

905 672-9172

Sinistres administrés par :

Epic Health Solutions

25, av. Millard O., 2<sup>e</sup> étage

Newmarket (Ontario) L3Y 7R6

Veuillez communiquer avec Epic pour obtenir de l'assistance d'urgence, pour la prise en charge par un médecin, pour la coordination des indemnités et pour prendre des dispositions liées à la facturation directe par un professionnel de la santé.

**1 844 879-8379**

**sans frais à partir du Canada ou des États-Unis**

**+ 1 416 285-1722**

**à frais virés si disponible**

