

guard.me[®]

MORE CANADA ENHANCED-V2

POLICE D'ASSURANCE VOYAGE MÉDICALE

AVIS IMPORTANT

Prenez le temps de lire Votre police et de prendre connaissance de toutes les dispositions de Votre couverture. Votre couverture est assujettie à certaines restrictions, conditions et exclusions.

Portez une attention particulière aux termes employés avec une lettre majuscule. Ils ont un sens précis qui est expliqué dans la section « Définitions » à la page 7 de la présente police.

La présente police est complémentaire à toutes les autres sources de couverture (page 6). Toutes les prestations payables en vertu de la présente police sont versées en excédent de toute autre couverture que Vous pouvez avoir avec une autre compagnie d'assurance ou de toute autre source de recouvrement.

Les montants de prestations décrits dans la présente Police sont pour une période de 365 jours, sauf l'indemnité pour hospitalisation psychiatrique (A6) et l'indemnité pour Frais de psychiatre (A7), qui font l'objet d'un maximum à vie. Peu importe le nombre de polices auquel Vous souscrivez dans une période de 365 jours, les montants de prestations ne se renouvellent pas avant que 365 jours se soient écoulés à partir de la Date de prise d'effet de la police souscrite à l'origine et à l'anniversaire de cette date pour chaque année subséquente.

Une exclusion pour Condition préexistante s'applique aux Problèmes médicaux qui existaient avant Votre Période de couverture (page 1). Prenez soin de vérifier si l'exclusion pour Condition préexistante (page 5) s'applique à Vous.

En cas de Maladie, les antécédents médicaux seront examinés lors du dépôt d'une demande de règlement.

Vous êtes tenu d'aviser l'Administrateur avant un Traitement tel que décrit à la page 8. Les prestations sont limitées si Vous ne communiquez pas avec l'Administrateur dans le délai prescrit.

DROIT D'EXAMEN

Vous pouvez annuler la présente police dans les 10 jours suivant sa souscription et obtenir un remboursement complet, pourvu que Vous n'ayez pas quitté Votre Pays d'origine et qu'il n'y ait aucune demande de règlement en cours. Pour les remboursements après plus de 10 jours, veuillez consulter la section « Remboursement de la prime » à la page 7.

EXIGENCES RELATIVES À L'ADMISSIBILITÉ

Pour être admissible à la couverture, Vous devez :

- être âgé de moins de 65 ans; et
- être en train de voyager à l'extérieur de Votre Pays d'origine (ou être un Canadien qui retourne au Canada); et
- être un étudiant, un membre de faculté, un enseignant, un chaperon ou un participant à un échange éducatif, commercial ou culturel; et
- ne pas déjà avoir eu une couverture résiliée par une compagnie d'assurance en vertu de toute autre police; et
- ne pas être atteint d'un Problème de santé pour lequel un Médecin a conseillé d'éviter tout voyage; et
- ne pas avoir reçu un diagnostic de maladie terminale avant de venir au Canada.

Une Couverture est aussi offerte à Votre conjoint et à Vos personnes à charge âgées de plus de 15 jours et de moins de 19 ans.

Si Vous êtes âgé de 19 ans ou moins, Vos parents peuvent aussi souscrire une police.

Si Vous ne répondez pas aux exigences relatives à l'admissibilité indiquées ci-dessus, Votre assurance est annulée et la responsabilité de la Compagnie est limitée à un remboursement de la prime versée.

PÉRIODE DE COUVERTURE

Date de prise d'effet – Commencement de la couverture

La Couverture en vertu de la présente police commence à la date la plus tardive parmi les suivantes :

- la date et l'heure à laquelle la prime requise est versée; ou
- la date que Vous indiquez comme date de commencement sur Votre demande; ou
- la date à laquelle Vous quittez Votre Pays d'origine; ou
- la date à laquelle Vous retournez au Canada (pour les Canadiens qui retournent au pays seulement).

Fin de la couverture

Votre couverture prend fin à la date la plus tardive parmi les suivantes :

- la Date d'expiration indiquée dans Votre demande; ou
- la Date d'expiration de toute prolongation de la police; ou
- 90 jours suivant la date de Votre retour au Canada (pour les Canadiens qui retournent au pays seulement).
 - La Couverture ne peut être prolongée au-delà de 365 jours.

Couverture pour excursions hors du Canada

La présente police prévoit une couverture pour les frais que Vous engagez au Canada. La section « Prestations pour soins médicaux urgents » de la présente police est élargie pour inclure les Frais médicaux d'urgence que Vous engagez au cours d'une excursion à l'extérieur du Canada pendant Votre Période de couverture si :

- l'excursion commence au Canada; et
- Vous passez plus de 50 % de Votre Période de couverture au Canada; et
- la durée maximale pour toute excursion aux États-Unis est de 30 jours.

Il n'y a pas de couverture pour les frais engagés dans Votre Pays d'origine, sauf si :

- le voyage vers le Pays d'origine est effectué expressément afin de participer à un événement sportif ou parascolaire organisé par une école; ou
- Vous êtes un Canadien qui rentre au Canada.

TABLEAU DES INDEMNITÉS MAXIMALES

La limite générale de cette police est de 5 000 000 \$.

* des sous-limites additionnelles s'appliquent

SECTIONS D'INDEMNITÉS		MONTANT DE PRESTATIONS
A.	INDEMNITÉS POUR FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE	
1.	Services hospitaliers	Inclus
2.	Honoraires de médecins	Inclus
3.	Tests de laboratoire et de diagnostic	Inclus
4.	Services infirmiers privés	20 000 \$
5.	Médicament d'ordonnance	Réserve de 60 jours
6.	Hospitalisation psychiatrique	Maximum à vie de 50 000 \$
7.	Frais de psychiatre	Maximum à vie de 10 000 \$
8.	Transport par ambulance terrestre	Inclus*
9.	Transport aérien	300 000 \$
10.	Grossesse – Complications graves	50 000 \$
11.	Fournitures et équipements médicaux	Inclus*
12.	Transport des membres de la famille et allocation de subsistance	10 000 \$
13.	Rapatriement de la dépouille	Inclus
14.	Inhumation dans le pays d'accueil	15 000 \$
15.	Lésion dentaire	5 000 \$*
16.	Soins dentaires d'urgence	600 \$
B.	PRESTATION POUR SOINS MÉDICAUX NON URGENTS	
1.	Grossesse	25 000 \$
2.	Services paramédicaux	1 000 \$
3.	Services de physiothérapie ou d'orthophonie	2 000 \$
4.	Psychothérapie	2 000 \$
5.	Immunisations	150 \$
6.	Examen médical annuel	200 \$
7.	Examen de la vision annuel	120 \$
8.	Traitement pour verrues	500 \$
9.	Fournitures médicales pour les diabétiques	400 \$
10.	Test pour MTS-ITS	100 \$
11.	Tuteur privé	1 200 \$
12.	Accessibilité	2 500 \$
C.	INDEMNITÉS EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL OU DE MUTILATION	
1.	Accident – Personnel	50 000 \$
2.	Accident – Transporteur public	100 000 \$
3.	Services de counseling spécialisé en traumatismes	10 séances

Toutes les indemnités se revalorisent tous les 365 jours, sauf dans le cas des Hospitalisations psychiatriques (A6) et des Frais de psychiatre (A7), qui font l'objet d'un maximum à vie.

A. INDEMNITÉS POUR FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE

Application

Si Vous vous retrouvez en situation d'urgence médicale pendant Votre Période de couverture.

Ce que nous couvrons et ce que nous payons

Vous êtes couvert pour les Frais raisonnables et habituels engagés pour le traitement d'une Maladie ou Blessure urgente jusqu'à concurrence du montant de prestations indiqué dans le « Barème des indemnités maximales » sous réserve de la limite globale de la police de 5 000 000 \$ pour les frais médicaux d'urgence admissibles indiqués ci-dessous. Certaines sections prévoient une limite des prestations telle que décrite.

- Services hospitaliers** : les frais engagés pour le Traitement d'un patient hospitalisé ou d'un patient non hospitalisé d'urgence suivants :
 - la chambre d'hôpital et les repas jusqu'à concurrence du tarif pour une chambre à deux lits (chambre individuelle lorsque cela est médicalement nécessaire); et
 - les médicaments administrés pendant l'hospitalisation; et
 - tout autre service ou fourniture.
 - Toute intervention chirurgicale nécessite une autorisation préalable de la part de l'Administrateur.
- Honoraires de médecins** : les frais exigés par un Médecin pour le Traitement ou les services professionnels dispensés, y compris tous les soins de suivi Médicalement nécessaires jusqu'à ce que l'Urgence initiale soit réglée et que l'état se soit stabilisé.
- Tests de laboratoire et de diagnostic** : les frais pour les services techniques et d'interprétation.
 - Une procédure diagnostique majeure nécessite une approbation écrite préalable de la part de l'Administrateur, y compris, mais sans s'y limiter, les tomodynamétries (TDM), les imageries par résonance magnétique (IRM), les cathétérismes cardiaques, les endoscopies, etc.
- Services infirmiers privés** : lorsque ces services sont exigés par le Médecin traitant, les frais engagés pour les services d'une infirmière autorisée, d'une infirmière auxiliaire autorisée ou d'un travailleur en soins à domicile jusqu'à un maximum de 20 000 \$. Les services fournis par Vous, un Membre de la famille (même si cette personne est infirmière autorisée, infirmière auxiliaire autorisée ou travailler en soins à domicile) ou une personne qui demeure habituellement avec Vous ne sont pas couverts.
- Médicament d'ordonnance** : lorsque ces médicaments sont prescrits par un Médecin et délivrés par un pharmacien autorisé pour Traiter un Problème de santé ou une Blessure en Urgence. Les Médicaments sont limités à une réserve de 60 jours pour chaque type, sauf s'ils sont prescrits pendant que le Patient est hospitalisé.
- Hospitalisation psychiatrique** : si Vous êtes admis à l'Hôpital pour un suicide, une tentative de suicide, des sévices auto-infligés, des troubles mentaux ou affectifs (y compris, mais sans s'y limiter, le stress, l'anxiété, les crises de panique, la dépression, les troubles de l'alimentation ou les problèmes de poids) ou un Traitement psychiatrique, Nous paierons les Traitements médicaux ou psychiatriques reçus pendant Votre séjour à l'Hôpital décollant d'au moins une de ces causes jusqu'à une limite maximale globale de 50 000 \$.
- Frais de psychiatre** : les frais facturés séparément par un Psychiatre pour des services au patient hospitalisé jusqu'à un Maximum à vie de 10 000 \$.
- Transport par ambulance terrestre** : les frais de transport par service ambulancier autorisé jusqu'à l'Hôpital le plus près, y compris les transferts entre Hôpitaux lorsque cela est ordonné par le Médecin traitant. Si vous devez avoir recours à un service de taxi local ou de voiturage commercial pour Vos déplacements entre un Hôpital, une clinique médicale ou une pharmacie aux fins de la réception de vos Traitements admissibles, Nous Vous rembourserons jusqu'à un maximum de 150 \$.
- Transport aérien** : les frais en réponse à une Maladie ou à une Blessure urgente pour Vous transporter jusqu'à l'Hôpital le plus près ou le plus approprié, jusqu'à un maximum de 300 000 \$ comme suit :
 - les frais additionnels pour un aller simple sur une ligne aérienne commerciale; ou
 - les frais de civière pour Votre transport sur une ligne aérienne commerciale si une civière est Médicalement nécessaire, ainsi que le tarif aller-retour, les frais raisonnables pour les repas et l'hébergement et les honoraires professionnels pour les services d'un accompagnateur médical qualifié (autre qu'un Membre de la famille) qui Vous accompagnera, lorsque la présence d'un accompagnateur est Médicalement nécessaire ou exigée par la compagnie aérienne; ou
 - les coûts pour le transport par ambulance aérienne lorsque cela est Médicalement nécessaire.
 - Les coûts d'une ambulance terrestre à aller et au retour du vol ou des correspondances sont inclus si cela est Médicalement nécessaire.
 - Le Médecin traitant doit certifier que Vous êtes médicalement apte au type de transport choisi.
 - Cette indemnité nécessite une autorisation préalable de la part de l'Administrateur.
- Grossesse – Complications graves** : les frais liés à des complications de grossesse grave, y compris les soins aux nouveau-nés (jusqu'à 15 jours), sont couverts jusqu'à un maximum combiné de 50 000 \$.
 - La grossesse doit commencer après la Date de prise d'effet de la présente Police, sauf si la couverture est souscrite au moment d'une inscription à un programme collégial ou universitaire, auquel cas la grossesse doit commencer au plus tard 30 jours avant la Date d'entrée en vigueur de la présente Police.
 - Les complications graves comprennent les fausses couches, les mortinaissances, les infections, les menaces à la vie de la mère ou du bébé, la prééclampsie ou l'éclampsie, l'insuffisance cervicale et les hémorragies, et n'incluent pas les conditions de grossesse normales, y compris, mais sans s'y limiter, les nausées et les saignements vaginaux légers, ainsi que les ultrasons et les analyses du sang ou de l'urine, y compris les tests de dépistage du diabète gestationnel.
 - La présente Police doit être en vigueur pendant toute la durée de la grossesse.
- Fournitures et équipements médicaux** : si cela est requis à la suite d'une Maladie ou Blessure couverte, les frais pour le matériel médical comme les pansements et les appareils de prothèse ainsi que les frais de location pour les fauteuils roulants, les béquilles, les lits de type hôpital ou d'autres appareils, jusqu'à concurrence du prix d'achat. Les limites suivantes s'appliquent :
 - verres correcteurs ou verres de contact – 200 \$;
 - prothèses auditives – 300 \$;
 - orthèses fabriquées sur mesure – 300 \$;
 - attelle de genou fabriquée sur mesure – 800 \$.
- Transport des membres de la famille et allocation de subsistance** : si Vous êtes Hospitalisé à l'extérieur de Votre Pays d'origine pour une période minimale prévue de sept (7) jours et que Vous n'avez pas de Membre de la famille dans un rayon de 500 kilomètres de Votre lieu de séjour, ou en cas de Votre décès, Nous paierons jusqu'à concurrence de 5 000 \$ pour le coût du voyage aller-retour, selon le tarif disponible le plus bas pour le trajet le plus direct, de deux personnes désignées par Vous pour voyager jusqu'à Votre chevet. Nous paierons également jusqu'à concurrence de 5 000 \$ pour l'hébergement commercial et les repas de ces deux personnes pendant un maximum de 10 jours.
 - Le Médecin traitant doit certifier que la situation est suffisamment grave pour justifier la visite au chevet du malade.
- Rapatriement de la dépouille** : en cas de Décès, Nous paierons les frais Raisonnables et Habituels pour la préparation et le retour de Votre dépouille ou de Vos cendres à Votre Pays d'origine dans un contenant d'expédition standard.

- Si vous choisissez cette indemnité, Vous ne pouvez pas sélectionner l'indemnité A14 – Inhumation dans le pays d'accueil.
 - Les dépenses engagées dans le pays d'origine ne sont pas couvertes.
 - Les dépenses liées à des cérémonies ou à des rituels funéraires traditionnels particuliers ne sont pas couvertes.
 - Cette indemnité nécessite une autorisation écrite préalable de la part de l'Administrateur.
 - Les Exclusions à la page 5 ne s'appliquent pas à cette indemnité.
- Inhumation dans le pays d'accueil** : en cas de décès, Nous paierons les frais d'incinération ou d'inhumation de Votre dépouille dans le pays où le décès est survenu, y compris le lot de cimetière et le cercueil, jusqu'à un maximum de 15 000 \$.
 - Si vous choisissez cette indemnité, Vous ne pouvez pas sélectionner l'indemnité A13 – Rapatriement de la dépouille.
 - Les dépenses liées à des cérémonies ou à des rituels funéraires traditionnels particuliers ne sont pas couvertes.
 - Les dépenses liées aux pierres tombales ne sont pas couvertes.
 - Cette indemnité nécessite une autorisation écrite préalable de la part de l'Administrateur.
 - Les Exclusions à la page 5 ne s'appliquent pas à cette indemnité.
 - Lésion dentaire** : les frais exigés par un Dentiste ou un chirurgien dentiste autorisé aux fins d'un Traitement d'Urgence pour réparer ou remplacer des dents naturelles auparavant en bon état ou des prothèses fixes à la suite d'une Blessure causée par un coup Accidentel à la tête ou à la bouche jusqu'à un maximum de 5 000 \$. Les frais de réparation d'un pont ou d'un dentier sont limités à 500 \$.
 - Tous les traitements doivent être réalisés dans les 90 jours suivant l'Accident.
 - Les frais engagés à la suite d'un Accident de mastication ou d'une Blessure causée par le placement d'un objet devant ou dans la bouche ne sont pas couverts.
 - Cette indemnité nécessite une autorisation écrite préalable de la part de l'Administrateur.
 - Soins dentaires d'urgence** : les frais exigés par un Dentiste ou un chirurgien dentiste autorisé aux fins d'un Traitement d'urgence pour le soulagement immédiat de la douleur et de la souffrance, y compris les traitements de canal et l'extraction des dents de sagesse, jusqu'à un maximum de 600 \$.

Limite des prestations pour soins médicaux urgents

En ce qui concerne les couvertures d'Urgence ci-dessus, Nous nous réservons le droit de demander Votre retour dans Votre Pays d'origine avant un Traitement ou à la suite d'un Traitement d'urgence pour une Maladie ou une Blessure si la preuve médicale recueillie auprès de Notre médecin-conseil et de Votre Médecin traitant local confirme que Vous pouvez retourner au pays sans mettre Votre vie ou santé en danger. Si vous choisissez de ne pas retourner dans Votre Pays d'origine à la suite de Notre recommandation, Nous ne paierons pas pour les autres frais directement ou indirectement liés à la condition pour laquelle Vous êtes Traité.

B. PRESTATIONS MÉDICALES POUR SOINS NON URGENTS

Application

Si vous engagez des frais médicaux non urgents pendant Votre Période de couverture.

Ce que nous couvrons et ce que nous payons

Vous êtes couvert pour les frais Raisonnables et Habituels jusqu'à concurrence du montant de prestations indiqué dans le « Barème des indemnités maximales » en ce qui concerne les dépenses admissibles indiqués ci-dessous :

- Grossesse** : les frais liés aux soins prénatals, à l'accouchement et aux nouveau-nés (jusqu'à 15 jours) sont couverts jusqu'à un maximum combiné de 25 000 \$.
 - La grossesse doit commencer après la Date de prise d'effet de la présente Police, sauf si la couverture est souscrite au moment d'une inscription à un programme collégial ou universitaire, auquel cas la grossesse doit commencer au plus tard 30 jours avant la Date d'entrée en vigueur de la présente Police.
 - Cette indemnité se limite à un maximum de deux (2) grossesses par année.
 - La présente Police doit être en vigueur pendant toute la durée de la grossesse.
- Frais pour services paramédicaux** : lorsque ces services sont prescrits par un Médecin, les frais exigés par un chiropraticien, un ostéopathe, un naturopathe, un acupuncteur, un thérapeute du sport, un podologue, un podiatre, un diététiste ou un nutritionniste jusqu'à un maximum de 1 000 \$. Le prestataire de services paramédicaux doit être autorisé par la loi à exercer dans le lieu où les services sont dispensés. Les services fournis par Vous, un Membre de la famille ou une personne qui demeure habituellement avec Vous ne sont pas couverts.
- Services de physiothérapie ou d'orthophonie** : les frais exigés par un physiothérapeute ou un orthophoniste agréé jusqu'à un maximum de 2 000 \$.
- Psychothérapie** : les frais pour les soins en santé mentale dispensés à un patient non hospitalisé, y compris le counseling psychiatrique et psychologique par un psychologue ou un psychiatre agréé, jusqu'à un maximum de 2 000 \$.
- Immunisations** : si cela est requis par Votre programme d'études, les frais pour les immunisations, y compris le dépistage de la tuberculose (TB), sont couverts jusqu'à un maximum de 150 \$.
- Examen médical annuel** : les frais de visite à un Médecin au Canada pour un examen non urgent et les tests connexes sont couverts jusqu'à un maximum de 200 \$.
- Examen de la vision annuel** : les frais pour un examen de la vision annuel réalisé au Canada par un optométriste autorisé sont couverts jusqu'à un maximum de 120 \$. Remarque : Le coût des verres correcteurs ou des verres de contact N'EST PAS couvert.
- Couverture pour verrues** : les frais pour le Traitement de tout type de verrue sont couverts jusqu'à un maximum de 500 \$.
- Fournitures médicales pour les diabétiques** : les frais pour les fournitures médicales pour les diabétiques, y compris les seringues, les bâtonnets diagnostiques et l'insuline, sont couverts jusqu'à un maximum de 400 \$.
- Dépistage des MTS-ITS** : les frais de consultation non urgente, de dépistage ou de test pour les maladies transmises sexuellement ou d'infections transmises sexuellement réalisées au Canada sont couverts jusqu'à un maximum de 100 \$.
- Tuteur privé** : Si Vous êtes confiné à un Hôpital, à un centre de réadaptation ou à Votre domicile pendant 100 jours, en raison d'une Maladie ou d'une Blessure, et que le confinement se poursuit pendant au moins 30 jours d'école consécutifs, Nous paierons, à partir du premier jour de confinement, les frais réels engagés pour les services de tuteur privés fournis par un enseignant qualifié jusqu'à un maximum de 20 \$ l'heure et de 1 200 \$ au total.
- Accessibilité – Protection contre le défaut, le mauvais fonctionnement ou le vol d'un appareil correctif** : Si un Appareil correctif requis par Vous est volé et n'est pas récupéré, ou présente un mauvais fonctionnement ou un défaut pendant que Vous êtes couvert en vertu de la présente police et qui rend Votre Appareil correctif inutilisable, Nous paierons jusqu'à un maximum de 2 500 \$ pour le remplacement ou la réparation de Votre Appareil correctif. Nous ne payons pas pour les défauts ou les mauvais fonctionnements qui sont couverts par la garantie du fabricant.
 - Cette indemnité nécessite une autorisation écrite préalable de la part de l'Administrateur.

C. INDEMNITÉS EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL OU DE MUTILATION

Application

Si Vous décédez ou subissez une Blessure pendant votre Période de couverture.

Ce que nous couvrons et ce que nous payons

1. **Accident – Personnel** : Si dans les 90 jours suivant l'Accident Vous décédez ou êtes frappé d'une invalidité permanente causée par cet Accident, Nous paierons l'indemnité indiquée dans le *Tableau des pertes* ci-dessous.

Tableau des pertes

Décès	50 000 \$
Perte d'au moins deux membres	50 000 \$
Perte de la vue dans les deux yeux	50 000 \$
Perte d'un membre et de la vue dans un œil	50 000 \$
Perte d'un membre	25 000 \$
Perte de la vue dans un œil	25 000 \$

La « Perte d'un membre » s'entend du sectionnement d'une main ou d'un pied à partir du poignet ou à partir de la cheville, respectivement, ou d'une paralysie complète irréversible.

La « Perte de la vue » doit être complète et irrémédiable.

EXPOSITION AUX ÉLÉMENTS ET DISPARITION – Si Vous n'êtes pas retrouvé dans l'année suivant :

- la disparition, le naufrage ou la destruction de Votre moyen de transport; ou
- la destruction de l'immeuble dans lequel Vous vous trouvez;

Nous présumerons que Vous êtes décédé d'une Blessure causée par un Accident et l'indemnité pour perte de vie s'appliquera.

Si Vous êtes exposé aux éléments à la suite d'un Accident et que Vous subissez des Blessures en raison de cette exposition, l'indemnité s'appliquera.

Si un Accident entraîne plus d'une perte, Nous paierons seulement l'indemnité la plus élevée dans la liste ci-dessus. Aucune indemnité n'est payable pour une perte qui n'est pas indiquée ci-dessus.

2. **Transporteur public** : Si Vous décédez en raison d'une Blessure survenant alors que vous êtes un passager payant d'un :

- transport public de toute sorte; ou
- vol prévu à bord d'un avion ou d'un hélicoptère.

L'indemnité pour perte de vie sera de 100 000 \$.

En ce qui concerne les indemnités 1 et 2 de la présente section, la responsabilité maximale de la Compagnie en vertu de toute police guard.me concernant un incident est limitée à une somme globale de 1 250 000 \$, qui sera partagée proportionnellement parmi tous les demandeurs ayant droit à la réclamation.

3. **Service de counseling spécialisé en traumatismes** : Si Vous subissez une perte couverte figurant dans le *Tableau des pertes* (autre qu'une perte de vie) dans les 90 jours suivant la date d'un Accident qui est survenu pendant la Période de couverture, Nous paierons jusqu'à 10 séances de counseling spécialisé en traumatismes.

EXCLUSIONS

Nous n'acquitterons aucun des frais occasionnés directement ou indirectement par :

- une Condition préexistante qui n'était pas stable au cours des 90 jours précédant immédiatement Votre Date de prise d'effet. L'exclusion ne s'applique pas lorsque la demande de couverture obligatoire est reçue dans les 30 jours suivant la date de commencement du semestre ou de l'inscription.

Remarque : Nous ne paierons aucuns frais qui dépassent 20 000 \$ ou, si le montant correspondant est moins élevé, 30 jours d'Hospitalisation pendant toute période de 365 jours, pour une Condition préexistante d'un enfant qui n'était pas stable dans les 90 jours précédant la date à laquelle l'enfant est devenu couvert en vertu de la présente police;

- toute maladie, toute blessure ou tout Problème de santé qui, à Notre avis, Vous auraient amené à demander un avis médical, un diagnostic, des soins ou un Traitement dans les 90 jours précédant immédiatement Votre date de prise d'effet. L'exclusion ne s'applique pas lorsque la demande de couverture obligatoire est reçue dans les 30 jours suivant la date de commencement du semestre ou de l'inscription.
- un Traitement administré pour assurer la stabilité d'une Maladie ou d'une condition chronique;
- les visites pour le renouvellement des Médicaments;
- les tests ou les examens faisant partie d'un régime normal;
- les frais liés à la réadaptation;
- les Traitements pour les conditions ou les troubles congénitaux ou génétiques;
- Traitement non urgent ou non requis pour le soulagement immédiat de la douleur et de la souffrance, ou qui pourrait raisonnablement être repoussé jusqu'à Votre retour à Votre Pays d'origine. Cette exclusion ne s'applique pas aux « Prestations médicales pour soins non urgents » de la Section B.
- une Blessure ou une Maladie pour laquelle Nous avons demandé que Vous retourniez à Votre Pays d'origine pour les Traitements en vertu de cette police ou d'une police antérieure;
- les Médicaments non requis pour un Traitement d'Urgence, y compris, mais sans s'y limiter :
 - les médicaments en vente libre (comme l'acétaminophène ou les remèdes contre le rhume ou les allergies); ou
 - les inducteurs d'ovulation; ou
 - les contraceptifs; ou
 - les Médicaments traitant la dysfonction érectile; ou
 - les Médicaments traitant la calvitie; ou
 - les Médicaments pour arrêter de fumer; ou
 - les vaccins ou les immunisations (sauf ceux expressément prescrits dans la section « Immunisations »); ou
 - les préparations, les suppléments ou les injections à base de vitamines; ou
 - les Médicaments dispensés à des fins de prévention ou de maintien;
- les chirurgies plastiques ou cosmétiques, sauf :
 - donnant suite à une Blessure couverte; ou
 - donnant suite à la substitution, à l'extraction ou à la réparation d'une prothèse existante; ou
 - tel que cela est prévu en vertu de l'indemnité Accessibilité;
- des frais engagés :
 - hors de la Période de couverture; ou
 - pendant que Vous vous trouvez dans Votre Pays d'origine (à l'exception de ce qui est prévu à la section « Couverture pour excursions hors du Canada » à la page 1); ou
 - liés à une Blessure qui est survenue ou qui a été Traitée, ou à une Maladie qui a commencé ou qui a été diagnostiquée ou Traitée dans Votre Pays d'origine pendant la Période de couverture;

- un suicide, une tentative de suicide, des sévices auto-infligés, des troubles mentaux ou affectifs (y compris, mais sans s'y limiter, le stress, l'anxiété, les crises de panique, la dépression, les troubles de l'alimentation ou les problèmes de poids), ou un Traitement psychiatrique. Cette exclusion ne s'applique pas aux indemnités Hospitalisations psychiatriques, Frais de psychiatre et Psychothérapie;
- Vos actes, lorsqu'ils sont affaiblis par l'alcool ou affectés de façon indésirable par les Médicaments, les stupéfiants, l'alcool ou les substances intoxicantes; toute réclamation médicale liée à l'usage ou au mauvais usage des drogues ou de l'alcool. Cette exclusion ne s'applique pas aux indemnités Hospitalisations psychiatriques, Frais de psychiatre et Psychothérapie;
- Votre conduite d'un moyen de transport loué;
- une greffe de toute sorte;
- une participation à des sports professionnels;
- une participation à une compétition de vitesse motorisée;
- la conduite de tout type d'aéronef ou le déplacement en tant que passager sur tout vol non commercial;
- la conduite de tout moyen de transport motorisé terrestre ou maritime sans permis valide pour le lieu de son utilisation;
- une Blessure, une Maladie ou un Décès survenant pendant que :
 - Vous vous entraînez ou Vous serviez à n'importe quel titre en qualité de membre de toutes forces armées; ou
 - Vous participiez activement à un conflit armé; ou
 - Vous preniez part à des activités criminelles.Cette exclusion ne s'applique pas si Vous subissez une Blessure dans un délai de 48 heures suivant le déclenchement d'actes guerriers auxquels Vous ne participiez pas activement;
- tous frais de prépaiement, de dépôt, d'intérêts, de crédit, de paiement tardif ou d'administration;
- une Blessure ou une Maladie en lien avec un avis aux voyageurs émis par le gouvernement du Canada ou le gouvernement de Votre Pays d'origine avant la date de départ de toute excursion qui était ou qui continue d'être en vigueur pour tout pays, région ou ville de destination de Votre excursion. Cette exclusion s'applique seulement aux excursions à l'extérieur du Canada;
- un voyage effectué contrairement à l'avis d'un Médecin ou dans le but d'obtenir un Traitement;
- tout :
 - examen ou test médical aux fins de l'immigration, d'un travail ou d'un voyage;
 - certificat de santé ou;
 - demande de remplir des formulaires ou documents;
- Votre défaut d'accepter ou de suivre l'avis d'un Médecin, un Traitement ou un Traitement recommandé.

Les exclusions 1 à 26 ne s'appliquent pas aux indemnités Rapatriement de la dépouille (A-13) ou Inhumation dans le pays d'accueil (A-14).

CONDITIONS GÉNÉRALES

Autopsie : Advenant Votre décès, la Compagnie peut demander une autopsie ou un examen assujéti à toutes les lois applicables liées aux autopsies.

Cession des prestations : Lorsque la Compagnie Vous paie Vos frais ou Vos indemnités ou le fait pour Votre compte en vertu de la présente police, la Compagnie a le droit de récupérer, à ses frais, les prestations auxquelles vous avez droit à partir de toute source ou police d'assurance applicable. La présente police autorise aussi la Compagnie à recevoir, à endosser et à négocier les paiements admissibles de ces parties pour Votre compte.

Coordination des prestations : Tout paiement effectué en vertu de la présente police sera coordonné avec tout autre régime offrant une couverture secondaire de sorte que le total des indemnités payables aux termes de toutes les polices ou régimes ne dépassera pas 100 % des dépenses admissibles engagées.

Couverture secondaire : Les prestations prévues par la présente police sont secondaires à celles qui sont disponibles en vertu de toute autre police ou de tout autre régime d'assurance valide et recouvrable en vertu duquel Vous avez le droit de présenter une demande de règlement, y compris, mais sans s'y limiter, un régime d'assurance maladie du gouvernement, une assurance collective ou individuelle contre les accidents et les maladies ou une couverture d'assurance maladie complémentaire, une assurance automobile ou un régime de prestations, une assurance des propriétaires, une assurance de responsabilité locative ou une autre assurance multirisque, une assurance de carte de crédit et une autre assurance voyage.

Plus particulièrement, dans le cas de blessures à la suite d'un accident automobile en Ontario, si Vous êtes déclaré atteint d'une déficience invalidante en vertu de l'annexe sur les indemnités d'accident de la *Loi sur les assurances* de l'Ontario, après que les indemnités ont été payées en vertu de la présente police, ces indemnités sont secondaires à l'annexe sur les indemnités d'accident et la Compagnie a le droit de se prévaloir de la disposition Cession des prestations de la présente police pour récupérer les prestations payées en vertu de la police.

Déclarations sous serment : Nous avons le droit d'exiger que les documents de demande de règlement soient accompagnés d'une déclaration sous serment et de Vous interroger sous serment concernant tout document lié à la demande de règlement qui a été soumise.

Devise : Toutes les primes et les prestations en vertu de la présente police sont payables en devises canadiennes au taux de change à la date à laquelle les frais ont été payés et établi par un établissement financier choisi par l'Administrateur. À Notre gré, Nous pourrions payer une demande de règlement dans la devise de l'endroit où la perte s'est produite.

Dissimulation et fausse déclaration : La couverture dans son ensemble sera annulée, si avant, pendant ou après une perte, une circonstance ou un fait important lié à la présente police a fait l'objet d'une dissimulation ou d'une fausse déclaration.

Dossiers médicaux : En cas de demande de règlement, Vous convenez de Nous fournir accès à tous les dossiers médicaux ou documents liés à Votre Demande provenant de tout Médecin autorisé, Dentiste, praticien, Hôpital, clinique, assureur, particulier, établissement ou de tout autre fournisseur de services afin de déterminer la validité de Votre demande, et Nous nous réservons le droit d'examiner tout ce qui précède.

Droit de recouvrement : Dans l'éventualité où Vous êtes considéré comme inadmissible à une couverture, que des prestations sont payées par erreur, qu'un paiement dépasse le montant permis en vertu des dispositions de la présente police, qu'une réclamation est considérée comme invalide, ou que des prestations sont réduites conformément à une disposition de la police, Nous nous réservons le droit de recouvrer auprès de Vous tout montant que Nous avons payé pour Votre compte à des fournisseurs de soins médicaux ou à d'autres parties, ou d'exiger un remboursement auprès de Vous, de Votre succession, d'un établissement, d'un assureur ou d'un particulier à qui le paiement a été versé.

Examen médical : En cas de demande de règlement, la Compagnie se réserve le droit de Vous faire subir un examen médical à un endroit et par un Médecin approuvés à la seule discrétion de la Compagnie.

Limitation de responsabilité : La responsabilité de la Compagnie en vertu de la présente police est exclusivement limitée au paiement des prestations admissibles, jusqu'au montant maximal pour les pertes ou les frais. Au moment de verser le paiement en vertu de la présente police, la Compagnie ou l'Administrateur n'assume aucunement la responsabilité quant à la disponibilité, à la qualité ou aux résultats de tout Traitement, ou à Votre défaut d'obtenir un Traitement ou un transport, et ne saurait être tenu responsable de la négligence, des omissions ou des actes fautifs commis par tout fournisseur de services.

Loi applicable : La présente police est régie par les lois de la province ou du territoire où la police a été émise. Toute action ou poursuite en justice contre la Compagnie pour le recouvrement de réclamations en vertu de la présente police doit être entreprise dans un délai de deux (2) ans à partir de la date à laquelle la cause d'action est survenue. Toutefois, si cette limite est invalide selon les lois de la province ou du territoire où la police a été émise, Vous devez entreprendre une action en justice dans le délai le plus court permis par les lois de la province ou du territoire. Nonobstant toutes les autres dispositions contenues dans la présente police, cette dernière est assujéti aux conditions statutaires de la *Loi sur les assurances* concernant les contrats d'assurance contre les accidents et les maladies.

Modifications du contrat : La présente police est un contrat juridique entre Vous et Nous. Elle constitue, avec tout avenant et document annexé, le contrat dans son intégralité. Aucune modification à la présente police n'est valide si elle n'est pas approuvée par écrit par un de Nos agents. Aucun de Nos agents n'a le droit de modifier la police ni de renoncer à ses dispositions.

Montant des prestations : Les montants de prestations décrits dans la présente Police sont pour une période de 365 jours, sauf l'indemnité pour Hospitalisation psychiatrique (A6) et l'indemnité pour Frais de psychiatre (A7), qui font l'objet d'un maximum à vie. Peu importe le nombre de polices auquel Vous souscrivez dans une période de 365 jours, les montants de prestations ne se renouvellent pas avant que 365 jours se soient écoulés à partir de la Date de prise d'effet de la police souscrite à l'origine et à l'anniversaire de cette date pour chaque année subséquente.

Non-observation des obligations : Nous pouvons choisir de limiter ou de refuser des paiements dans les conditions suivantes :

- Vous ou les parties concernées par le paiement êtes négligentes quant à l'exécution des obligations qui vous reviennent et avez donc nui aux intérêts de la Compagnie;
- des faits ont été :
 - fournis de manière inexacte ou insuffisante; ou
 - déformés; ou
 - falsifiés.
- Vous omettez d'obtenir un Traitement immédiat et de suivre les avis, ordonnances et ordres des médecins après avoir subi une Blessure ou en cas de Maladie.

Paiement de la prime : La prime est calculée en fonction des taux de prime en vigueur à la date à laquelle Vous présentez votre demande de couverture, en fonction de Votre âge à la Date de prise d'effet. La totalité de la prime est due et exigible lorsque Vous souscrivez une assurance. Si, pour quelque raison que ce soit, la prime payée pour la couverture demandée est inexacte, Nous :

- facturerons et percevrons la différence; ou
- raccourcirons la Période de couverture si un versement insuffisant de prime ne peut être perçu; ou
- rembourserons tout versement excédentaire.

La Couverture sera nulle et sans effet si, pour quelque raison que ce soit, Votre paiement n'est pas accepté par l'établissement financier. Nous nous réservons le droit de refuser toute proposition d'assurance.

Polices redondantes : Au cas où plus d'une police Vous est émise, les prestations se limiteront à la somme maximale payable en vertu d'une seule police, et un remboursement des polices redondantes sera effectué.

Prolongation de la couverture :

- Prolongation automatique : Votre assurance sera automatiquement prolongée au-delà de la Date d'expiration qui est indiquée dans Votre confirmation d'assurance :
 - de 72 heures si Votre déplacement prévu en transporteur public ou en voiture privée est retardé en raison d'une panne mécanique, d'un accident de la route ou d'intempéries; ou
 - de la durée pendant laquelle Vous n'êtes pas en mesure de voyager pour des raisons médicales, y compris Votre confinement en tant que patient dans un Hôpital, plus 72 heures. Cette prolongation automatique ne s'applique pas si Votre confinement en tant que patient hospitalisé découle de troubles psychiatriques et que Vous avez dépassé la limite maximale de l'indemnité Hospitalisation psychiatrique.
- Prolongation après le départ : Si Vous décidez de prolonger Votre Période de couverture après Votre date de commencement, communiquez avec l'Administrateur. Nous prolongerons Votre couverture en vertu de la présente police au-delà de Votre Date d'expiration, à condition :
 - que Votre police ne soit pas échu; et
 - que la Période de couverture, y compris les prolongations, ne dépasse pas 365 jours; et
 - que Vous payiez toute prime additionnelle requise pour la prolongation.

Toutes les prolongations sont assujetties à l'approbation de l'Administrateur ou de la Compagnie.

Remboursement de la prime : Outre le droit d'examen de 10 jours, les remboursements sont calculés au prorata à partir de la date du cachet postal de Votre demande écrite ou à la date à laquelle une telle demande envoyée par télécopieur ou courriel est reçue par l'Administrateur. Si la présente Police est annulée avant la Date de prise d'effet, Vous recevrez un remboursement complet des primes payées. Si la présente police est annulée pour toute autre raison ou annulée après la Date de prise d'effet, des frais d'administration de 25 \$ s'appliqueront. Tous les remboursements sont assujettis à un remboursement minimal de 10 \$. GHIP Aucun remboursement ne sera payé si une demande de règlement a été faite en vertu de la police ou de la couverture de remplacement de 90 jours du régime d'assurance maladie gouvernemental (GHIP) pour les Canadiens qui retournent au pays. La présente police est incessible. Tous les remboursements comportent une période d'attente.

Résiliation par l'assureur : Nous pouvons résilier le présent contrat en tout temps en Vous fournissant un avis de résiliation écrit. Les primes inutilisées seront remboursées dans l'éventualité où aucune réclamation n'a été payée ou n'est en instance. Un avis de résiliation peut Vous être envoyé, à Vous ou à Votre agent autorisé, par la poste, télécopieur ou courriel. Un préavis de résiliation de cinq jours est donné, entrant en vigueur à la date de l'expédition par la poste, télécopieur ou courriel.

Subrogation : Si Vous subissez une perte causée par une tierce partie, Nous avons le droit de Vous subroger dans les droits de recouvrement à l'encontre d'une tierce partie pour toute indemnité payable à Vous ou pour Votre compte, et exécuterons les documents requis à Nos propres frais et en Votre nom et prendrons des mesures contre la tierce partie pour récupérer les paiements. Vous ne devez prendre aucune action ni exécuter aucun document après la perte qui nuira à Notre droit de recouvrement.

DÉFINITIONS

Accident/Accidentel s'entend d'un événement externe soudain, inattendu, imprévisible et inévitable qui provoque directement et indépendamment de toute autre cause une blessure corporelle subie par Vous pendant la Période de couverture.

Administrateur signifie Travel Healthcare Insurance Solutions Inc. faisant affaire sous le nom de **guard.me International Insurance**.

Appareil correctif s'entend d'un appareil dont Vous avez besoin sur l'avis d'un Médecin pour corriger une déficience physique invalidante, et sans lequel il serait physiquement impossible pour Vous de poursuivre Vos études ou Vos fonctions d'enseignant à l'établissement d'enseignement auquel Vous êtes inscrit ou enseignez. Les appareils correctifs comprennent les membres artificiels, les fauteuils roulants, les chiens-guides et les prothèses auditives, mais PAS les verres correcteurs.

Assuré, Vos, Votre ou Vous s'entend d'une personne admissible qui a présenté une demande de couverture et versé le montant correspondant à cette couverture prévu dans la présente police, et qui reçoit de l'Administrateur une confirmation d'adhésion sous forme d'un document écrit ou d'une carte d'accès aux soins de santé valide.

Dans la présente police, l'emploi de mots et de termes au singulier comprend le pluriel et vice versa, sauf si le contexte indique clairement que ce n'est pas le cas.

Assureur, Nous, Nos, Notre, Compagnie signifie Old Republic Insurance Company of Canada.

Blessure s'entend d'un préjudice corporel que Vous subissez à la suite d'un accident qui s'est produit pour la première fois au cours de la Période de couverture.

Condition préexistante signifie un Problème de santé qui existe avant Votre Date de prise d'effet.

Confirmation d'assurance signifie le document qui confirme la couverture que Vous avez souscrite, qui indique Votre numéro de police, Votre date d'achat, Votre Date de prise d'effet et Votre Date d'expiration. Ce document énonce Votre Période de couverture et constitue une partie intégrale du contrat de police.

Date d'expiration s'entend de la date à laquelle prend fin Votre couverture en vertu de la présente police.

Date de prise d'effet s'entend de la date à laquelle commence Votre couverture en vertu de la présente police (voir la page 1 – Période de couverture).

Dentiste s'entend d'un docteur en dentisterie autorisé par la loi à exercer la dentisterie dans le lieu où les soins dentaires sont dispensés, mais n'inclut pas l'Assuré ou un Membre de la famille.

Hôpital s'entend d'un établissement autorisé, dont le personnel et l'exploitation sont destinés à la prestation de soins et de Traitements aux patients hospitalisés et aux patients non hospitalisés. Le Traitement doit être supervisé par des Médecins, et des infirmières autorisées doivent être sur place 24 heures sur 24. Il doit aussi être possible de procéder à des diagnostics et à des chirurgies dans les locaux ou les installations contrôlées par l'établissement. Un Hôpital n'est pas un établissement principalement utilisé comme clinique, établissement de soins palliatifs ou prolongés, établissement de réadaptation, centre de traitement de la toxicomanie, centre de convalescence, maison de repos, foyer de soins, résidence pour personnes âgées ou spa santé.

Maladie s'entend de l'apparition soudaine d'un problème de santé ou d'une maladie qui s'est produite pour la première fois pendant que l'assurance est en vigueur, et qui nécessite que Vous obteniez un Traitement d'urgence.

Maximum à vie s'entend de la limite des prestations qui s'applique à toutes les polices **guard.me** qui vous sont émises. Ce montant ne se revalorise pas à chaque nouvelle police.

Médicalement nécessaire s'entend des services ou du matériel qui Vous sont fournis dans le but d'identifier ou de traiter votre Maladie ou Blessure urgente et qui sont nécessaires au soulagement d'une douleur aiguë ou de souffrances ou, en ce qui concerne les Services hospitaliers, ceux qui ne peuvent pas Vous être dispensés sans danger en tant que patient non hospitalisé.

Médicament s'entend de tout médicament jugé Médicalement nécessaire pour le Traitement ou le soulagement d'une Maladie ou d'une Blessure urgente et qui est uniquement accessible sur ordonnance d'un Médecin ou d'un Dentiste.

Médecin s'entend d'une personne qui n'est pas Vous ni un Membre de la famille et qui est légalement autorisée à exercer la médecine dans la province ou le territoire où les services sont fournis, pour prescrire et administrer un Traitement médical.

Membre de la famille s'entend des conjoints, des parents, des beaux-parents, des grands-parents, des parents par alliance, des enfants naturels ou adoptés, des enfants de votre conjoint, des frères, des sœurs, des beaux-frères, des belles-sœurs, des oncles, des tantes, des neveux et des nièces.

Pays d'origine s'entend du pays où Vous aviez la résidence permanente avant de venir Vous établir au Canada.

Période de couverture s'entend de la période s'écoulant de la Date de prise d'effet à la Date d'expiration (voir la page 1 – Période de couverture).

Problème de santé s'entend d'un problème médical, d'une maladie ou d'une Blessure, y compris les symptômes de conditions non diagnostiquées.

Psychiatre s'entend d'un docteur en psychiatrie autorisé par la loi à exercer la médecine psychiatrique dans le lieu où les soins psychiatriques sont dispensés, mais n'inclut pas l'Assuré ou un Membre de la famille.

Raisonnement et Habitude s'entend des montants habituellement exigés pour le Traitement, les services ou le matériel nécessaires pour dispenser un niveau de soins approprié selon la gravité de la condition faisant l'objet du Traitement, dans le lieu géographique où le Traitement, les services ou le matériel sont fournis.

Stable s'entend d'un Problème de santé :

- qui ne fait pas l'objet d'un nouveau Traitement prescrit ou recommandé, ni de modifications au Traitement existant (y compris un arrêt du Traitement); et
- qui n'a pas fait l'objet de modifications des médicaments prescrits (y compris une hausse, une baisse ou un arrêt des doses prescrites), ou d'une recommandation ou d'un commencement de prise d'un nouveau médicament d'ordonnance; et
- qui n'a pas empiré; et
- qui ne présente pas de nouveaux symptômes plus fréquents ou plus graves; et
- qui n'entraîne pas d'hospitalisation ou de renvoi vers un spécialiste; et
- qui n'a pas fait l'objet de tests, d'études ou de Traitements recommandés, mais incomplets, ni de tests en attente de résultats; et
- qui n'a pas de Traitement prévu ou en attente.

Toutes les conditions ci-dessus doivent être remplies pour qu'un Problème de santé soit considéré comme stable.

Traiter, Traité ou Traitement s'entend d'une procédure décrite, réalisée ou recommandée par un Médecin pour un Problème de santé. Cette procédure comprend, mais sans s'y limiter, les Médicaments prescrits, les tests exploratoires et les chirurgies.

Urgence s'entend de toute Maladie ou Blessure inattendue qui survient pour la première fois pendant la Période de couverture et qui exige un Traitement immédiat pour soulager une douleur aiguë et des souffrances. Une Urgence prend fin lorsque Votre condition s'est stabilisée ou que la preuve médicale recueillie auprès de Notre médecin-conseil et de Votre Médecin traitant local confirme que Vous êtes apte à retourner à Votre Pays d'origine pour y poursuivre les Traitements.

PROCÉDURES DE DEMANDE DE RÈGLEMENT

- Vous **devez** téléphoner au numéro d'aide en cas d'urgence indiqué à la page 9 **AVANT de pouvoir être admis à l'Hôpital en tant que patient et pour recevoir une autorisation écrite préalable AVANT d'engager des frais pour ce qui suit :**
 - Tests de diagnostic importants
 - Intervention chirurgicale
 - Rapatriement ou inhumation
 - Lésion dentaire
 - Évacuation aérienne
 - Accessibilité
- Présentez Votre carte d'accès aux soins de santé **guard.me** à Vos fournisseurs de services médicaux ainsi qu'une pièce d'identité avec photo valide.
- Remplissez un formulaire de demande de règlement pour chaque nouvelle Maladie ou Blessure au moment de recevoir le Traitement initial. Apportez ce formulaire au moment de Votre première visite. Des formulaires de demande de règlement sont fournis avec chaque carte d'accès aux soins de santé délivrée. Vous pouvez obtenir une copie de Votre carte d'accès aux soins de santé ou d'un formulaire de demande de règlement auprès de Votre école/organisation ou en ouvrant une session dans « My Account » (mon compte) dans le microsite **guard.me** de Votre école ou dans Notre site Web au www.guard.me.
- Dans un délai de 30 jours suivant les premiers frais médicaux, ouvrez une session dans « My Account » (mon compte) dans le microsite **guard.me** de Votre école ou dans Notre site Web au www.guard.me afin de soumettre Votre demande de règlement par voie électronique. Vous pouvez également poster votre formulaire de demande de règlement dûment rempli à :

guard.me Claims
80, promenade Allstate
Markham (Ontario) L3R 6H3, Canada

Toutes les demandes de règlement doivent contenir :

- Le formulaire de demande de règlement dûment rempli
- Les **originaux** des factures et des reçus détaillés. Pour les services paramédicaux, le renvoi écrit du Médecin traitant ainsi que les factures et les paiements individuels pour chaque visite.
- Les rapports médicaux et les rapports des unités d'Urgence, y compris, mais sans s'y limiter, les résultats des tests de laboratoire, les radiographies, et les rapports chirurgicaux et de congés d'hôpital.

N'oubliez pas de conserver une copie pour vos dossiers.

5. Pour une réclamation en cas de décès, le bénéficiaire ou toute autre personne ayant droit à la réclamation doit téléphoner à l'Administrateur pour signaler la réclamation. Les détails de la réclamation doivent être transmis avec le certificat de décès original ou toute autre preuve de décès que Nous acceptons.

Dans le cas de toutes les réclamations, Vous, un bénéficiaire ayant le droit de faire une réclamation, ou l'agent de l'un ou l'autre :

- a. doit donner un avis écrit de la réclamation, y compris un formulaire de demande de règlement dûment rempli et les originaux de toutes les factures à l'Administrateur au plus tard 30 jours suivant la date à laquelle la demande de règlement a été faite en vertu du contrat; et
- b. dans les 90 jours suivant la date à laquelle une demande de règlement est faite en vertu du contrat, doit fournir à l'Administrateur une telle preuve selon ce qui est raisonnablement possible dans les circonstances; et
- c. si cela est exigé par l'Administrateur, doit fournir un certificat satisfaisant concernant la cause ou la nature de la perte pour laquelle une demande de règlement est faite en vertu de la police.

L'omission de donner un avis de demande de règlement ou de fournir une preuve d'une telle demande dans les délais prescrits précédemment n'a pas pour effet d'invalider la réclamation si l'avis est fourni ou que la preuve est donnée dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, et en aucun cas plus tard qu'un an à compter de la date de l'événement ou de la perte.

Les réclamations ne peuvent pas être prises en considération à moins que le formulaire de demande de règlement ne soit dûment rempli et signé par le demandeur et accompagné de tous les documents ORIGINAUX nécessaires qui doivent Nous être fournis gratuitement.

Paiements des réclamations

Nous paierons toutes les réclamations couvertes à la réception de toute l'information requise pour évaluer avec exactitude Votre réclamation.

Toutes les réclamations admissibles sont assujetties à un remboursement minimal de 10 \$. Si une réclamation est inférieure à 10 \$, le montant sera retenu jusqu'à ce que le montant de toutes les réclamations soumises dépasse 10 \$. Toutes les prestations Vous sont payables à moins que Vous ne cédiez Votre droit au paiement directement au fournisseur de services ou à un autre cessionnaire désigné. Dans le cas de Votre décès, toutes les prestations sont payables au bénéficiaire désigné par Vous. Si aucun bénéficiaire n'a été autrement désigné par Vous, les prestations seront payées au premier des bénéficiaires survivants suivants :

1. Votre conjoint;
2. Votre enfant ou Vos enfants, conjointement;
3. Vos parents, conjointement, si les deux parents sont vivants, ou le parent survivant si un seul parent Vous survit;
4. Vos frères et sœurs, conjointement; ou
5. Votre succession.

Les paiements des prestations ne prévoient le paiement d'aucun intérêt, quel qu'il soit.

PROCÉDURES D'URGENCE

Communiquez avec le numéro d'aide en cas d'urgence sans frais, accessible 24 heures sur 24, en composant le :

- Amérique du Nord – 1-888-756-8428
 - À l'extérieur de l'Amérique du Nord, téléphonez à frais virés au +1 905-752-6230
1. dans les 24 heures suivant l'admission à l'Hôpital ou, si Vous êtes incapable de le faire, dès qu'il est raisonnablement possible de le faire;
 2. pour toute prestation pour laquelle une autorisation préalable est exigée;
 3. pour toute excursion, avant d'engager TOUS frais médicaux.

L'omission d'aviser l'Administrateur tel que cela est exigé limiterait notre responsabilité à 50 % de la valeur des dépenses admissibles engagées.

CONFIDENTIALITÉ

La compagnie s'engage à protéger votre vie privée. Notre capacité à vous offrir des produits et des services d'assurance de grande qualité dépend de la collecte de renseignements personnels à votre sujet. Les renseignements que vous nous fournissez serviront exclusivement à établir votre admissibilité à la couverture en vertu de la police, à évaluer les risques d'assurance, à gérer les réclamations et à statuer sur ces dernières, ou encore à négocier ou à conclure des règlements avec de tierces parties. Vos renseignements peuvent être transmis à des tierces parties tels que d'autres compagnies d'assurance, des organismes de santé et des régimes d'assurance maladie gouvernementaux afin de statuer sur une réclamation ou de la traiter. Dans le cas où nous devrions communiquer vos renseignements à une tierce partie qui mène ses activités à l'extérieur du Canada, il est possible que ces renseignements puissent être obtenus par le gouvernement du pays dans lequel la tierce partie mène ses activités. Nous mettons tout en œuvre pour assurer en tout temps l'exactitude, la confidentialité et la sécurité de vos renseignements personnels.

Notre politique de protection des renseignements personnels met en place des normes exigeantes relatives à la collecte, à l'utilisation, à la divulgation et au stockage de renseignements personnels. Si vous avez des questions concernant la politique de protection des renseignements personnels de la compagnie, prière de visiter www.orican.com/fr/privacy ou de communiquer avec notre agent de la protection de la vie privée à privacy@orican.com ou au 1-800-530-5446.

Police souscrite par :

Old Republic Insurance Company of Canada
100, rue King Ouest, C. P. 557
Hamilton (Ontario) L8N 3K9, CANADA



Jason Smith, CPA, CA
Président et chef de la direction
Août 2022
GM-MoreCE 082022