

## GUIDE DE DISTRIBUTION

Nom du produit d'assurance : Assurance médicale d'urgence  
Type de produit d'assurance : Assurance voyage individuelle

Coordonnées de l'assureur :

Nom : Compagnie d'Assurance Allianz Risques Mondiaux É.-U. (succursale canadienne)  
Adresse : a/s de *Allianz Global Assistance*  
Case Postale 277  
Waterloo (Ontario)  
N2J 4A4

N° de téléphone : 1 866 520-8823

N° de télécopieur : (519) 742-2581

Coordonnées du distributeur :

Nom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
N° de téléphone : \_\_\_\_\_  
N° de télécopieur : \_\_\_\_\_

***L'Autorité des marchés financiers ne s'est pas prononcée sur la qualité du produit offert dans le guide. L'assureur est le seul responsable de toute différence entre le contenu du guide et celui de la police.***

## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>DESCRIPTION DU PRODUIT OFFERT</b> .....	1
<b>(A) Nature de la garantie</b> .....	1
<b>(B) Résumé des conditions particulières</b> .....	1
<b>(I) Admissibilité</b> .....	1
<b>(II) Entrée en vigueur de l'assurance</b> .....	2
<b>(III) Confirmation d'assurance</b> .....	2
<b>(IV) Description des frais couverts</b> .....	2
<b>(a) Frais pour soins médicaux d'urgence</b> .....	3
<b>(b) Services d'assistance médicale</b> .....	4
<b>(c) Transport médical d'urgence</b> .....	5
<b>(V) Services d'assistance de voyage d'urgence 24 heures</b> .....	8
<b>(a) Assistance pour le remplacement des documents de voyage et du billet</b> .....	8
<b>(b) Assistance juridique</b> .....	8
<b>(c) Transfert de fonds d'urgence</b> .....	9
<b>(d) Centre de messages d'urgence</b> .....	9
<b>(VI) En cas d'urgence médicale</b> .....	9
<b>(VII) Prolongation automatique de votre assurance</b> .....	10
<b>(VIII) Prolongation de votre voyage</b> .....	10
<b>(IX) Primes</b> .....	11
<b>(X) Bénéficiaire(s)</b> .....	11
<b>(C) Exclusions, limitations et réductions de garantie</b> .....	12
<b>(D) Fin de la protection d'assurance</b> .....	16
<b>(E) Résiliation</b> .....	16
<b>(I) Résiliation de l'assurance par vous / l'assuré</b> .....	16
<b>(II) Résiliation de l'assurance par nous / l'assureur</b> .....	17
<b>(F) Autres renseignements</b> .....	17
<b>DEMANDE D'INDEMNITÉ OU DE RÉCLAMATION</b> .....	18
<b>(A) Présentation de la réclamation</b> .....	18
<b>(I) En cas d'urgence médicale</b> .....	18
<b>(II) Renseignements requis pour remplir une demande de règlement</b> .....	18
<b>(III) Délai pour présenter une demande de règlement</b> .....	19
<b>(B) Réponse de l'assureur</b> .....	19
<b>(C) Appel de la décision de l'assureur et recours</b> .....	19
<b>(D) Responsabilité des tiers</b> .....	20
<b>PROTECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS</b> .....	21
<b>PRODUITS SIMILAIRES</b> .....	22
<b>RÉFÉRENCE AU BUREAU DES SERVICES FINANCIERS</b> .....	22
<b>DÉFINITIONS</b> .....	24
<b>AVIS DE RÉSOLUTION DU CONTRAT D'ASSURANCE</b> .....	31
<b>ACCUSÉ DE RÉCEPTION</b> .....	33

## **INTRODUCTION**

Dans ce guide, la Compagnie d'assurance Allianz Risques mondiaux É.-U. (succursale canadienne) est désignée par *nous*, *notre* et *nos*. *Allianz Global Assistance* est le nom commercial enregistré de Services AZGA Canada Inc. et Agence d'assurances AZGA Canada Ltée.

Dans ce guide, on désigne par *vous*, *votre* et *vos* la personne assurée qui est indiquée sur  *votre Page des déclarations* si la prime d'assurance requise a été payée, pour cette personne, avant la *date d'effet*.

Ce guide de distribution *vous* donnera des renseignements au sujet de l'Assurance médicale d'urgence. Ce guide vise à *vous* informer de la nature de cette assurance et des limites qui s'appliquent. Ce guide *vous* permettra de déterminer si ce produit d'assurance correspond à *vos* besoins, sans la présence d'un conseiller en assurances.

Veillez *vous* reporter à  *votre Page des déclarations* pour déterminer l'assurance que *vous* avez achetée et les montants maximums de protection.

Les termes en *italiques* dans ce guide sont définis dans la section « Définitions ».

## **DESCRIPTION DU PRODUIT OFFERT**

### **(A) Nature de la garantie**

L'Assurance médicale d'urgence *vous* offre une protection contre certains frais liés à une *urgence* médicale, soit pour :

- des *soins médicaux d'urgence*;
- des *traitements* pour *soins dentaires d'urgence*;
- le transport médical d'*urgence*.

Cette assurance comprend également des services médicaux d'*urgence* et des services d'assistance voyage d'*urgence*.

Cette assurance *vous* offre une protection d'assurance contre des **situations ou des pertes qui découlent de conditions ou d'événements soudains et imprévus.**

### **(B) Résumé des conditions particulières**

#### **(I) Admissibilité**

Pour être admissible à l'assurance, *vous* devez satisfaire **à toutes les conditions suivantes**:

- être un citoyen canadien ou un résident permanent ou temporaire au Canada;
- être couvert en vertu de  *votre régime gouvernemental d'assurance pour soins médicaux* pour la durée totale de  *votre* assurance;
- avoir **64 ans ou moins** au moment de l'achat de l'assurance, tel qu'indiqué sur  *votre Page des déclarations*; **et**
- ne pas voyager pour plus de **183 jours consécutifs** hors du Canada. Les jours consécutifs incluent  *votre date de départ* et la  *date de retour à votre point de départ*.

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

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

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

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

- votre nom figure sur votre proposition d'assurance remplie et qu'il est indiqué sur votre Page des déclarations; **et** que
- vous avez payé la prime requise au plus tard à la date d'effet.

## **(III) Confirmation d'assurance**

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

## **(IV) Description des frais couverts**

Sous l'Assurance du régime annuel nous couvrons vos frais raisonnables et d'usage pour que vous receviez des soins médicaux ou dentaires d'urgence.

Les frais doivent :

- être nécessaires sur le plan médical; **et**
- être engagés après que vous ayez quitté votre province de résidence.

Le problème médical doit :

- se produire pendant que vous voyagez à l'extérieur de votre province de résidence; **et**
- se produire suite à des conditions ou des événements soudains et imprévus.

### **MISE EN GARDE**

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

- **vous sont connus; **ou****
- **se produiront probablement.**

Cette assurance couvre également les frais de transport médical d'urgence pour le retour à votre province de résidence.

Les frais sont couverts jusqu'à un montant maximum qui est indiqué sur votre Page des déclarations.

Veuillez vous référer à votre Page des déclarations afin de déterminer quelle(s) assurance(s) vous vous êtes procurée(s) et quels sont les montants maximums de protection pour chacune des assurances.

Tous les montants maximums sont indiqués en dollars canadiens, sauf sur indication contraire.

**(a) Frais pour soins médicaux d'urgence**

Nous couvrons les frais médicaux d'urgence pour ce qui suit :

(i) Traitement médical d'urgence

Le *traitement* ou les *soins médicaux d'urgence* pour traiter tout *problème médical* :

- dont l'apparition est soudaine et imprévue;
- et**
- qui est considéré comme mettant en danger la vie du malade; **ou**
- qui pourrait se détériorer et entraîner des dommages graves et irréparables s'il n'est pas traité.

Les frais couverts comprennent les rayons X et les frais de laboratoire.

(ii) Soins dentaires d'urgence

Les *soins dentaires d'urgence* si :

- *vous avez besoin de traitement* dentaire pour réparer ou remplacer vos dents naturelles ou fixes en permanence **en raison d'un coup direct accidentel à votre visage**; dans ce cas, les frais couverts sont :
  - les frais de *soins dentaires d'urgence* engagés pendant  *votre voyage*; **et**
  - les frais pour continuer de recevoir le *traitement* nécessaire après  *votre* retour au Canada, jusqu'à un maximum de **1 000 \$ par personne**. Le *traitement* doit être complété dans les **90 jours** suivant l'*accident*;

**ou** si

- *vous avez besoin de traitement d'urgence* pour **soulager des douleurs aux dents**; dans ce cas, les frais couverts sont :
  - les frais dentaires engagés durant  *votre voyage*, jusqu'à un maximum de **250 \$ par personne**; **et**
  - le coût des *médicaments sur ordonnance*.

Les frais couverts comprennent les rayons X et les frais de laboratoire.

Tout *traitement* doit être demandé par un dentiste autorisé ou effectué par ce dentiste.

(iii) Honoraires

Les frais pour les *soins médicaux d'urgence* données par :

- un physiothérapeute;
- un chiropraticien;
- un podologue;
- un pédicure; **ou**
- un ostéopathe,

autorisé, jusqu'à un maximum de **250 \$ par profession par personne**.

(iv) Infirmière particulière autorisée

Les frais de services d'infirmiers ou d'infirmières privés pendant que *vous* êtes un *malade hospitalisé*, jusqu'à un maximum de **5 000 \$**.

Ces frais doivent être approuvés **à l'avance** par *Allianz Global Assistance*.

(v) Médicaments sur ordonnance

Les *médicaments sur ordonnance* doivent être prescrits suite à un *problème médical urgent*. L'approvisionnement est limité à **30 jours**.

(vi) Appareils médicaux

Les frais des appareils médicaux suivant :

- les fauteuils roulants;
- les appareils orthopédiques;
- les béquilles;
- les marchettes;
- les lits d'hôpital,

s'ils sont demandés par un *médecin* autorisé.

*Nous* paierons le montant le moins élevé entre le coût de location et le prix d'achat.

(vii) Ambulance

Le transport terrestre local vers un fournisseur de soins médicaux en cas d'*urgence*.

**(b) Services d'assistance médicale**

(i) Assistance médicale

***Vous devez communiquer avec Allianz Global Assistance si vous avez des problèmes médicaux.***

S'il y a lieu, *Allianz Global Assistance* vous dirigera vers :

- un *médecin*;
- un dentiste;
- un *hôpital*;
- un établissement médical local; **ou**
- toute autre ressource appropriée.

(ii) Consultation médicale et surveillance des soins médicaux

Le personnel médical de *Allianz Global Assistance* demeurera en contact avec *vous* et avec *votre médecin* traitant si *vous* êtes hospitalisé afin :

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

Allianz Global Assistance communiquera également avec  *votre médecin personnel et votre famille à la maison, si cela est nécessaire.*

### (c) Transport médical d'urgence

Nous organiserons et couvrirons les frais pour les services de transport médical :

- dont  *vous avez besoin en raison d'une blessure ou d'une maladie qui survient pendant la durée de l'assurance*

**et**

- si cette  *maladie ou cette blessure* nécessitent :
  - o le transport jusqu'à un établissement de santé approprié; **ou**
  - o le retour à  *votre* province de résidence.

Tous les services de transport médical d'urgence doivent être autorisés **à l'avance** et organisés par Allianz Global Assistance. Les services de transport qui ne sont pas autorisés à l'avance par Allianz Global Assistance ne sont pas couverts.

#### (i) Transport vers un établissement médical approprié

*Vous serez transporté à l'établissement médical approprié le plus près si notre médecin-conseil et le médecin traitant local déterminent :*

- qu'un  *traitement adéquat* n'est pas disponible sur les lieux; **et**
- que le  *traitement est nécessaire sur le plan médical.*

#### (ii) Retour à votre province de résidence

*Nous prendrons les dispositions nécessaires pour assurer votre retour à votre province de résidence si notre médecin-conseil :*

- estime que  *vous serez en mesure de rentrer dans votre pays après avoir reçu des soins médicaux d'urgence;* **et**
- recommande  *votre* retour.

*Nous organiserons et couvrirons les frais pour les services suivants pour votre retour à votre province de résidence :*

- la différence suivante :
  - o le coût d'un billet aller simple en classe économique à bord d'un avion de ligne, par l'itinéraire le plus économique; **moins**
  - o tout remboursement obtenu pour tout billet de retour non utilisé.
- les frais d'un assistant ou d'une assistante en soins médicaux qui  *vous* accompagnera si :
  - o cela est  *nécessaire sur le plan médical;* **ou** si
  - o la compagnie aérienne l'exige.
- le coût d'une civière à bord d'un avion de ligne, par l'itinéraire le plus économique, vers  *votre* province de résidence, si une civière est  *nécessaire sur le plan médical;*

- le coût du transport en ambulance aérienne vers les installations les plus appropriées dans  *votre* province de résidence, si l'utilisation d'une ambulance aérienne est requise et  *nécessaire sur le plan médical* .

(iii) Hébergement et repas

Nous couvrons :

- les frais d'hébergement;
- les frais de repas; **et**
- les frais de taxi,

si  *vous* ou  *votre* compagnon de voyage en avez besoin, parce que  *vous* devez recevoir un  *traitement d'urgence*  couvert lorsque:

- *vous* êtes retardé au-delà de la  *date de retour*  initiale; **ou**
- êtes transféré pour recevoir des soins médicaux.

Le montant maximum remboursable pour les frais d'hébergement et de repas est indiqué sur  *votre* Page des déclarations.

(iv) Visites d'un compagnon au chevet

Nous couvrons certains frais pour qu'un ami personnel **ou** un  *membre de la famille*  puisse se rendre à  *votre* chevet si :

- *vous* voyagez seul; **et**
- que  *vous* êtes hospitalisé durant  *votre* voyage **plus de trois jours consécutifs**, à titre de  *malade hospitalisé* .

Les frais couverts sont :

- le prix d'un billet d'avion aller-retour, en classe économique, par l'itinéraire le plus économique;

**et**

Les frais suivants sont couverts jusqu'à un maximum de **150 \$ par jour** pendant un **maximum de 10 jours** :

- les frais d'hébergement;
- les frais de taxi; **et**
- les frais de repas.

Cette indemnité doit être approuvée **à l'avance** et doit être organisée par  *Allianz Global Assistance* .

Une vérification du  *médecin*  traitant attestant l'état de santé est requis afin de justifier la visite.

(v) Rapatriement de la dépouille mortelle

Si *vous* décédez pendant  *votre voyage* en raison d'un  *problème médical* couvert par cette assurance, les frais suivants sont couverts :

- le coût des services raisonnables et nécessaires pour le transport de  *votre* dépouille du lieu du décès jusqu'à  *votre* ville de résidence; **ou**
- l'inhumation ou l'incinération de  *votre* dépouille à l'endroit où  *votre* décès est survenu, excluant le coût du cercueil d'inhumation ou de l'urne;

**et**

- si une personne est légalement tenue d'identifier  *votre* dépouille :
  - le prix d'un billet d'avion aller-retour, en classe économique, par l'itinéraire le plus économique pour cette personne;
  - les frais d'hébergement pour cette personne; **et**
  - les frais de repas pour cette personne.

Les frais d'hébergement et de repas pour cette personne sont couverts jusqu'à un maximum de **150 \$ par jour** pendant une durée maximum de **3 jours**.

Le montant maximum remboursable pour les frais relatifs au rapatriement de la dépouille mortelle est indiqué sur  *votre Page des déclarations*.

(vi) Retour du compagnon de voyage

*Nous* couvrons les frais supplémentaires du transfert d'un billet d'avion aller simple en classe économique par l'itinéraire le plus économique pour le retour au  *point de départ* de  *votre compagnon de voyage* si :

- *vous* devez retourner au Canada en raison d'un  *problème médical*; **et** si
- *vous* voyagez avec un  *compagnon de voyage*.

Cette indemnité doit être approuvée **à l'avance** et fixée par  *Allianz Global Assistance*.

(vii) Retour des enfants et de l'accompagnateur des enfants à leur point de départ

Cette assurance couvre :

- les frais supplémentaires du prix d'un billet d'avion aller simple, en classe économique, sur un vol commercial, par l'itinéraire le plus économique pour le retour  *vos enfants* à leur  *point de départ*; **et**
- le coût d'un billet d'avion aller-retour, en classe économique, sur un vol commercial, par l'itinéraire le plus économique pour un accompagnateur, si le transporteur aérien exige que les  *enfants* soient accompagnés

lorsque :

- des  *enfants* assurés par l'une de  *nos* assurances médicales d'urgence  *vous* accompagnent ou  *vous* rejoignent pendant  *votre voyage*;

**et**

- que *vous* êtes hospitalisé pendant **plus de 24 heures**;
- que *vous* devez retourner au Canada

en raison de *vos problèmes médicaux d'urgence* couverts par cette assurance.

(viii) Retour d'un véhicule

Cette assurance couvre les *frais raisonnables* engagés pour le retour du véhicule :

- à *vo*tre résidence;
- à l'agence de location

si *vous* n'êtes pas en mesure de reconduire un véhicule :

- qui *vous* appartient;
- que *vous* avez loué à son point d'origine,

à la suite d'une *urgence* médicale couverte.

Le montant maximum qui peut être versé est indiqué sur *vo*tre Page des déclarations.

Cette indemnité doit être approuvée à l'avance par *Allianz Global Assistance*.

**(V) Services d'assistance de voyage d'urgence 24 heures**

**(a) Assistance pour le remplacement des documents de voyage et du billet**

*Nous vous* fournirons les renseignements et l'assistance pour remplacer certains documents s'ils sont perdus ou volés, tels que :

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

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

*Nous* prendrons toutes les dispositions nécessaires pour *vous* et *nous vous* aiderons à retourner à la maison si *vo*tre voyage est interrompu.

**(b) Assistance juridique**

*Nos* coordinateurs d'assistance *vous* aideront à trouver un conseiller juridique si *vous* avez des questions juridiques pendant *vo*tre voyage.

*Nous vous* assisterons à organiser un transfert de fonds, provenant de *vo*tre famille ou de *vos* amis, si :

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

### **(c) Transfert de fonds d'urgence**

Nous vous aiderons à trouver de l'argent d'urgence si :

- *vous* argent ou *vos* chèques de voyage sont volés ou perdus; **ou** si
- *vous* avez besoin de fonds pour payer immédiatement des dépenses imprévues.

Cet argent peut être fourni au comptant, en chèques de voyage ou sous toute autre forme que nous trouvons acceptable, à *vous* être transmis en temps opportun.

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

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

### **(d) Centre de messages d'urgence**

En cas d'urgence *vous* pouvez appeler Allianz Global Assistance, si *vous* avez besoin de transmettre un message. Identifiez-*vous* en indiquant *votre* nom et *votre* numéro de *certificat*, *Vous* pourrez remettre *votre* message au coordinateur d'assistance.

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

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

## **(VI) En cas d'urgence médicale**

***Vous devez communiquer avec Allianz Global Assistance avant de rechercher des soins.***

### **MISE EN GARDE**

***Vous serez responsable de 30% des vos frais médicaux couverts par cette assurance si :***

- *vous n'avisez pas Allianz Global Assistance; ou* si
- *vous choisissez de recevoir un traitement d'un fournisseur de soins médicaux autre que celui proposé par Allianz Global Assistance.*

***Vous devez communiquer avec Allianz Global Assistance dès que vous êtes médicalement apte à le faire si vos problèmes médicaux vous empêchent d'appeler avant de demander des traitements d'urgence.*** Une personne agissant à *votre* compte peut aussi appeler Allianz Global Assistance, comme par exemple un *membre de la famille*, un ami, l'hôpital ou le personnel du bureau de *médecin*.

Le personnel médical de Allianz Global Assistance doit approuver à l'avance toutes les procédures cardiaques, y compris le cathétérisme cardiaque. Les procédures qui ne sont pas approuvées par Allianz Global Assistance ne sont pas couvertes.

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

Votre assurance est prolongée automatiquement si:

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

**et**

- *vous nous* fournissez des documents précisant les raisons du retard qui sont à  *notre* satisfaction.

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

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

**ou**

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

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

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

## **(VIII) Prolongation de votre voyage**

*Vous* pouvez acheter une prolongation de  *votre* assurance en communiquant avec  *votre* agent de voyage si  *vous* décidez de prolonger  *votre voyage*.

*Vous* pouvez prolonger  *votre* assurance si :

- *vous* n'êtes pas déjà parti; **ou** si
- *vous* êtes déjà parti  **mais** :
  - *vous* n'avez pas eu de  *problèmes médicaux* durant  *votre voyage*; **et** si
  - *vous* appelez  **avant** la  *date de retour* prévue.

Dans le cas où  *vous* êtes parti  **et** que  *vous* avez eu des  *problèmes médicaux* pendant  *votre voyage*,  *vous* pouvez être admissible à une prolongation de l'assurance.  *Vous* devez communiquer avec  *Allianz Global Assistance*  **avant**  *votre date de retour* prévue.  **L'approbation de la prolongation dans cette situation doit être approuvée par Allianz Global Assistance.**

Les conditions suivantes s'appliquent à la prolongation de l'assurance :

- la durée totale de  *votre voyage* doit être au maximum  **183 jours**;
- *vous* êtes assuré par  *votre régime gouvernemental d'assurance pour soins médicaux* pour la durée totale de  *votre voyage*; **et**
- *vous* devez payer la prime requise  **au plus tard** à la  *date de retour* prévue.

**(IX) Primes**

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

Toute prime, prestation maximale et indemnité est indiquée en *dollars* canadiens, sauf sur indication contraire.

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

**(X) Bénéficiaire(s)**

*Nous* paierons les frais couverts par cette police soit à *vous* soit au fournisseur de service, selon le cas.

## (C) Exclusions, limitations et réductions de garantie

### MISE EN GARDE

#### (I) Conditions préexistantes

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

- un *problème médical* ou une affection reliée si *votre problème médical* ou l'affection reliée n'a pas été *stable* dans les 90 jours précédant la *date d'effet* de *votre* assurance;
- un problème cardiaque si :
  - *votre* problème cardiaque n'a pas été *stable*;
  - si *vous* avez pris de la nitroglycérine plus d'une fois par semaine dans le but précis de soulager des douleurs d'angine de poitrine, dans les 90 jours précédant *votre* départ;
- un problème pulmonaire si:
  - *votre* problème pulmonaire quelconque n'a pas été *stable*;
  - *vous* avez reçu une oxygénothérapie à domicile ou avez dû prendre des stéroïdes oraux (prednisone ou prenisolone) pour un problème pulmonaire quelconque, dans les 90 jours précédant *votre* départ.
- un état de santé pour lequel :
  - des enquêtes futures étaient prévues avant la *date d'effet*;
  - des *traitements* futurs étaient prévus avant la *date d'effet*,sauf s'il s'agit d'un examen courant.

#### (II) Exclusions générales

Nous ne vous rembourserons pas les frais engagés attribuables à :

- tout *traitement*, service, fourniture ou tous frais que
  - nous ne jugeons pas urgents;
  - qui pourraient raisonnablement être retardés jusqu'à *votre* retour dans *votre* province ou territoire de résidence;
- tout *traitement* :
  - reçu dans des installations non autorisées;
  - donné par des fournisseurs de soins de santé non autorisés;
- tout *traitement* donné par un *membre de la famille* ou un *compagnon de voyage*, que celui-ci soit ou non un fournisseur de soins de santé autorisé;
- des soins réguliers d'un problème chronique;
- un cathétérisme cardiaque, une angioplastie ou une chirurgie cardiovasculaire, à moins que l'intervention chirurgicale ne soit approuvée par *Allianz Global Assistance*;
- tout *traitement* reçu si le but du *voyage* est de recevoir des soins médicaux, des médicaments ou des *traitements*;

### MISE EN GARDE (suite)

- tout état de santé pour lequel un *traitement* ou une hospitalisation pendant  *votre voyage*  était raisonnablement prévisible avant  *votre départ* ;
- tout état de santé :
  - pour lequel  *vous*  avez eu des symptômes avant la  *date d'effet* ; **et**
  - qui aurait incité une personne prudente à obtenir un diagnostic ou chercher un  *traitement* , y compris un  *traitement d'urgence* ;
- la réapparition ou des complications d'un  *problème médical*  si:
  - *vous*  avez reçu un  *traitement médical*  pendant  *votre voyage* ;
  - *Allianz Global Assistance*  vous a recommandé de retourner à la maison; **et**
  - *vous*  avez refusé de retourner à la maison;
- un  *traitement*  ou une chirurgie pour un  *problème médical*  ou une affection reliée qui a causé  *votre médecin*  à vous déconseiller de voyager;
- une  *maladie*  que  *vous*  avez contractée au cours de  *votre voyage*  lorsqu'un  *avis aux voyageurs*  indiquait aux Canadiens de ne pas se rendre dans un pays, une région ou une ville avant  *votre départ* .

Aucune indemnité ne  *vous*  sera payée pour des frais engagés directement ou indirectement par :

- les automutilations volontaires, le suicide ou les tentatives de suicide, peu importe quel que soit  *votre*  état mental;
- les frais pour :
  - les soins prénataux courants;
  - les  *traitements*  de fertilité;
  - l'interruption volontaire de grossesse;
  - la naissance d'un enfant survenant au cours de  *votre voyage* ;
  - les complications de  *votre*  grossesse survenant dans les **9 semaines précédant** **ou** **suivant** la date prévue de l'accouchement;
- les troubles psychologiques, nerveux ou affectifs ne nécessitant pas une hospitalisation immédiate;
- la surconsommation de tout médicament; la dérogation à une thérapie ou à un  *traitement*  ordonné par un  *médecin* ;
- toute  *blessure*  ou  *accident*  qui survient alors que :
  - *vous*  êtes sous l'influence de drogues illicites
  - *vous*  êtes sous l'influence de l'alcool (soit une concentration d'alcool dans le sang supérieure à quatre-vingts (80) milligrammes d'alcool pour cent (100) millilitres de sang), **ou**
  - vos facultés sont visiblement affaiblies en raison de l'alcool ou de drogues illicites;
- toute  *maladie*  chronique ou hospitalisation relative à ou aggravée par la

## MISE EN GARDE (suite)

- **consommation habituelle de l'alcool ou de drogues illicites ;**
- **une guerre (déclarée ou non), les actes d'hostilité, les devoirs militaires, les désordres civils ou l'agitation civile, le terrorisme ou l'acte de terrorisme;**
- **les sports amateurs ou professionnels ou d'autres activités d'athlétisme qui sont :**
  - **organisées;**
  - **sanctionnées; ou**
  - **à la fois organisées et sanctionnées,**

**sauf s'il s'agit d'activités d'athlétisme amateur;**

  - **qui sont sans contact; et**
  - **pratiquées par l'assuré uniquement à des fins :**
    - **de loisir;**
    - **de divertissement; ou**
    - **de mise en forme;**
- **les activités à haut risque;**
- **la plongée autonome sauf :**
  - **si vous détenez une désignation de base de SCAPHANDRE reçue d'une école certifiée ou d'un autre organisme de réglementation;**
  - **si vous êtes accompagné d'un surveillant; ou**
  - **si vous plongez dans l'eau d'une profondeur maximale de 10 mètres;**
- **la réaction nucléaire, la radiation ou la contamination radioactive;**
- **la contamination chimique ou biologique;**
- **tout acte illégal commis par vous, votre famille ou vos compagnons de voyage, que ces personnes soient assurées ou non;**
- **la chirurgie esthétique ou toute autre chirurgie non-urgente;**
- **la chirurgie pour la récolte d'organes;**
- **les voyages par avion (y compris l'embarquement et l'atterrissage), sauf lorsque vous voyagez :**
  - **à bord d'un avion de passagers titulaire d'un certificat à titre de passagers;**
  - **à titre de passager muni d'un billet fourni par une compagnie aérienne régulière; et**
  - **sur un vol régulier ou un vol nolisé programmé;**
- **un problème médical ou une affection reliée alors que vous savez avant votre voyage que vous aurez besoin d'un traitement ou d'une intervention chirurgicale;**
- **vous voyagez dans un pays où le gouvernement Canadien a émis par écrit un avis aux voyageurs.**

## MISE EN GARDE (suite)

**Votre certificat d'assurance sera nul et sans effet si vous :**

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

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

### (III) Coordination des prestations

**Lorsque :**

- **vous** employeur vous offre une assurance-maladie complémentaire;
- si vous êtes retraité et que votre ancien employeur vous offre une assurance-maladie complémentaire;

**nous**

- **n'appliquons pas la coordination** si cette assurance comporte un maximum viager de **50 000 \$ ou moins**;
- **nous appliquons la coordination** des prestations uniquement à l'excédent sur 50 000 \$ si cette assurance comporte un maximum viager de **plus de 50 000 \$**.

### (IV) Limitations

- **Vous serez responsable de 30% des vos frais médicaux couverts par cette assurance si :**
  - vous n'avisez pas **Allianz Global Assistance**;  si
  - vous choisissez de recevoir un *traitement* d'un fournisseur de services autre que celui proposé par **Allianz Global Assistance**.

**Vous devez communiquer avec Allianz Global Assistance dès que vous êtes médicalement apte à le faire si vos problèmes médicaux vous empêchent d'appeler avec de demander des traitements d'urgence.** Une personne agissant à votre compte peut aussi appeler **Allianz Global Assistance**, comme par exemple un *membre de la famille*, un ami, l'hôpital ou le personnel du bureau de médecin.

- **Cette assurance couvre uniquement les frais en excédent de ceux couverts par votre régime gouvernemental d'assurance pour soins médicaux.**
- **Toutes les indemnités qui vous sont payables par cette assurance viennent en complément des sommes qui vous sont payables par un autre assureur pour des garanties similaires.**
- **Le total des indemnités qui vous sont payées par tous les assureurs ne dépassera pas vos pertes totales réelles si des indemnités semblables à celles de cette assurance vous sont payables par plus d'une garantie d'assurance.**

### MISE EN GARDE (suite)

- ***Vous devez nous rembourser toute somme payée ou autorisée pour votre compte si nous établissons que cette somme n'est pas payable par cette assurance.***
- ***Nous, Allianz Global Assistance et nos agents ne sommes pas responsables de la disponibilité, de la qualité ou des résultats de tout traitement médical ou de tout transport, ni de l'impossibilité de recevoir un traitement médical.***
- ***Aucun agent ni aucune autre personne n'ont l'autorité pour accepter ou pour donner des commentaires ou de l'information ou pour modifier ou abandonner toute disposition du présent certificat.***
- ***L'assurance ne couvre aucun intérêt.***

### (D) Fin de la protection d'assurance

L'assurance se termine à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle  *votre voyage* est annulé, lorsque  *votre voyage* est annulé **avant**  *votre date de départ*;
- 23 h 59 à la  *date de retour*; **et**
- dès  *votre* retour dans  *votre* province ou territoire de résidence, sauf si  *votre* assurance est prolongée automatiquement. Veuillez consulter la section « Prolongation automatique de  *votre* assurance » à la page 10 de ce guide pour plus de renseignements.

### (E) Résiliation

Cette assurance peut être résiliée:

- par  *vous*  / l'assuré; **ou**
- par  *nous*  / l'assureur.

#### (I) Résiliation de l'assurance par vous / l'assuré

*Vous* pouvez résilier cette assurance, **sans pénalité** :

- dans les **10 jours** suivant la date d'émission du  *certificat* d'assurance; **et**
- seulement avant  *votre date de départ*.

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

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

Aucun remboursement n'est effectué si :

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

## **(II) Résiliation de l'assurance par nous / l'assureur**

*Cette assurance sera annulée si:*

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

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

## **(F) Autres renseignements**

Pour obtenir plus d'information à propos de cette assurance, *vous* pouvez communiquer avec *Allianz Global Assistance* au 1 866 520-8823 ou à frais virés au 519 742-9013.

*Vous* pouvez également communiquer par courriel à l'adresse suivante : [contact@allianz-assistance.ca](mailto:contact@allianz-assistance.ca).

# **DEMANDE D'INDEMNITÉ OU DE RÉCLAMATION**

## **(A) Présentation de la réclamation**

### **(I) En cas d'urgence médicale**

*Vous devez communiquer avec Allianz Global Assistance **avant** de tenter d'obtenir des traitements en composant un des numéros suivants :*

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

Prière de noter que l'assurance médicale d'*urgence* prévoit une réduction des indemnités si vous n'appellez pas avant tenter d'obtenir des *soins*. Si vos *problèmes médicaux* vous empêchent d'appeler avant de demander des *traitements d'urgence*, vous devez communiquer avec Allianz Global Assistance dès que vous êtes médicalement apte à le faire. Autrement, une personne agissant pour *votre* compte peut le faire.

Lorsque *vous* appelez, *vous* devez fournir les renseignements qui suivent au représentant de Allianz Global Assistance :

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

Lorsque *vous* communiquez avec Allianz Global Assistance, nous transférons  *votre* demande à un fournisseur de soins médicaux approprié et de services médicaux agréés. Allianz Global Assistance peut demander au fournisseur de soins médicaux de  *nous* facturer directement les frais médicaux couverts par cette assurance au lieu de  *vous* les facturer.

*Nous* couvrirons les frais jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le *certificat* d'assurance, le cas échéant, afin d'assurer  *votre* admission *nécessaire* dans un *hôpital*.

### **(II) Renseignements requis pour remplir une demande de règlement**

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

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

- l'original des reçus et des factures détaillés de toutes les dépenses;
- le formulaire de demande de règlement fourni par Allianz Global Assistance, rempli correctement;
- des preuves de l'*accident*, s'il s'agit de frais dentaires d'*urgence*;
- une preuve de départ de  *votre* province de résidence.

*Nous* pouvons aussi  *vous* demander d'autres documents.

*Vous* devez fournir tous les documents dont  *nous* avons besoin pour appuyer  *votre* demande de règlement pour que  *votre* demande de règlement soit valide,

Pour traiter une demande de règlement, nous pouvons :

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

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

### **(III) Délai pour présenter une demande de règlement**

Vous devez présenter une demande de règlement valide à *Allianz Global Assistance*:

- dans les **90 jours** suivant la date du sinistre; **ou**
- pendant la période plus longue prévue par la loi si cette loi prévoit une période plus longue.

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

### **(B) Réponse de l'assureur**

L'assureur vous informera de l'approbation de demande de règlement environ **10 jours ouvrables** après avoir reçu tous les documents et les renseignements requis pour prendre une décision. L'indemnité sera versée **5 jours ouvrables** après que votre réclamation ait été approuvée.

L'assureur vous informera de son refus de votre demande de règlement et des raisons du refus environ **5 à 10 jours ouvrables** après avoir reçu tous les documents et les renseignements requis pour prendre une décision.

Toutes les indemnités seront payées en dollars canadiens, à moins d'indication contraire. Nous utiliserons le taux de change en vigueur à la date à laquelle le dernier service vous a été rendu s'il est nécessaire de convertir les devises. Nous pouvons payer une demande d'indemnité dans la devise du pays où le sinistre a eu lieu ou en devise canadienne, selon notre choix.

Nous verserons une indemnité équivalente à celle de l'assurance qui paie le plus si vous êtes couvert pour plus d'un certificat émis par nous qui procure une couverture identique ou semblable.

### **MISE EN GARDE**

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

### **(C) Appel de la décision de l'assureur et recours**

Toute dispute, controverse ou demande de règlement relevant du *certificat* ou reliées au *certificat*, seront décidées par arbitrage. Cet arbitrage aura force obligatoire et sera sans recours juridique ni possibilité de porter en appel.

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

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

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

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

#### **(D) Responsabilité des tiers**

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

## **PROTECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

La Compagnie D'Assurance Allianz Risques Mondiaux E.- U. (succursale canadienne) (l'« assureur ») et Allianz Global Assistance, le gestionnaire de l'assurance voyage de l'assureur, ainsi que les agents, les représentants et les réassureurs de l'assureur (collectivement « nous », « notre » et « nos ») avons besoin d'obtenir des renseignements personnels pour pouvoir offrir de l'assurance voyage et des services connexes incluant :

- les détails a votre sujet, notamment votre nom, votre date de naissance, adresse, numéros de téléphone, adresse e-mail, employeur, et l'identification d'autres
- les dossiers médicaux et des informations vous concernant
- les dossiers qui reflètent vos relations d'affaires avec nous et à travers nous

Ces renseignements personnels sont recueillis aux fins d'assurance suivantes lors de l'offre d'assurances et la prestation de services relatifs :

- pour vérifier l'identité des personnes concernées et communiquer avec vous s;
- pour analyser toute proposition d'assurance et en cas d'approbation, établir un contrat d'assurance;
- pour administrer l'assurance et les prestations connexes;
- pour vérifier les demandes de règlement et déterminer l'admissibilité aux prestations d'assurance;
- pour fournir des services d'assistance;
- pour prévenir la fraude et recouvrement de créance.
- En tant que requis ou permis par la loi.

Nous recueillons seulement les renseignements personnels nécessaires aux fins d'assurance auprès des proposants d'assurance, des titulaires de contrat, des assurés et des prestataires. Dans certains cas, nous recueillons également des renseignements personnels auprès de membres de la famille ou d'amis des titulaires de contrat, des assurés ou des prestataires lorsque, pour des raisons médicales ou autres, ces derniers ne peuvent communiquer directement avec nous. Nous recueillons également de l'information à des fins d'assurance auprès de tierces parties et leur en communiquons à notre tour. Il peut s'agir notamment de dispensateurs de soins de santé, d'établissements de santé au Canada et à l'étranger, de régimes d'assurance gouvernementaux et privés, ainsi que d'amis et de membres de la famille de l'assuré, du titulaire de contrat ou du prestataire. Nous pouvons également utiliser ou communiquer de l'information qui se trouve dans nos dossiers pour fins d'assurance.

Dès votre demande et autorisation, nous pouvons également divulguer ces informations à d'autres personnes.

De temps à autre, et si la législation en vigueur le permet, nous pouvons également recueillir, utiliser ou communiquer des renseignements personnels dans le but d'offrir des produits supplémentaires ou d'améliorer les services (les "fins option").

Lorsqu'une personne fait une demande d'assurance, en souscrit ou si elle est couverte par un de nos contrats d'assurance ou qu'elle soumet une demande de règlement, elle est présumée d'avoir consentie aux procédures d'obtention de renseignements personnels décrites dans le présent avis. Si une personne ne désire pas qu'on se serve de leurs renseignements personnels pour des fins optionnel, elle n'a qu'à en aviser Allianz Global Assistance. Une personne peut refuser de communiquer leurs renseignements personnels, qu'on utilise ou qu'on les communique à autrui à des fins d'assurance; dans un tel cas cependant, il est peu probable que nous puissions lui offrir de l'assurance et les services connexes.

Nous conservons les renseignements personnels concernant le titulaire de contrat, les assurés et des prestataires dans les dossiers respectifs que nous leur attribuons et que nous maintenons dans les bureaux de Allianz Global Assistance. Dans certains cas, nous pouvons également communiquer ou transmettre de l'information à des fournisseurs de soins de santé ou d'autres fournisseurs de services situés à l'extérieur du Canada. Par conséquent, les renseignements personnels peuvent être accessibles aux autorités de réglementation, conformément à la législation de ces autres juridictions.

Nous conserverons les informations personnelles que nous recueillons pour une période de temps déterminée et dans une méthode d'entposage appropriée aux exigences légales et de nos besoins internes de l'entreprise. Les renseignements personnels seront détruits de façon sécuritaire après l'expiration de la période de conservation appropriée.

Les individus ont le droit de demander de consulter ou de corriger les renseignements que nous possédons sur eux dans nos dossiers; pour ce faire, il leur suffit de communiquer avec l'agent de protection de la vie privée à **PIPEDA@allianz-assistance.ca** ou en lui écrivant à l'adresse suivante :

Agent de protection de la vie privée  
Allianz Global Assistance  
4273, rue King est  
Kitchener, ON  
N2P 2E9

Pour obtenir une copie complète de notre politique de confidentialité, s'il vous plait visitez [www.allianz-assistance.ca](http://www.allianz-assistance.ca).

## **PRODUITS SIMILAIRES**

Il existe d'autres assurances sur le marché comportant des garanties similaires à celles offertes par cette assurance.

## **RÉFÉRENCE AU BUREAU DES SERVICES FINANCIERS**

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les obligations d'un assureur ou d'un distributeur envers *vous*, veuillez communiquer avec:

Autorité des marchés financiers  
Place de la Cité, Tour Cominar  
2640, boul. Laurier, 4e étage  
Québec  
Canada  
G1V 5C1

Numéros de téléphone :

Ligne sans frais : 1-877-525-0337  
Québec : 418-525-0337  
Montréal : 514-395-0337

Site web

[www.lautorite.qc.ca](http://www.lautorite.qc.ca)

Courriel

[renseignements-consommateur@lautorite.qc.ca](mailto:renseignements-consommateur@lautorite.qc.ca)

## **DÉFINITIONS**

Les termes définis figurent en *italiques* dans ce guide.

**Accident/accidentel** : un événement :

- extérieur,
- soudain,
- imprévu,
- non intentionnel,
- imprévisible
- qui se produit **uniquement** de manière accidentelle durant un *voyage* assuré, **et**
- qui cause des  *blessures* indépendamment de toute autre cause.

**Activité à haut risque** : une des activités suivantes :

- les sports plein-contact,
- la chute libre,
- le deltaplane,
- le saut à l'élastique,
- le parachutisme,
- *l'alpinisme*,
- la spéléologie d'exploration,
- le ski héliporté,
- le ski ou la planche à neige pratiqués à l'extérieur des pistes balisées,
- les courses ou les épreuves de vitesses d'engins motorisés.

**Âge** : l'âge que *vous* avez à la date à laquelle *vous* présentez *votre* proposition d'assurance.

**Allianz Global Assistance** : *notre* administrateur en ce qui a trait aux services d'assistance et aux demandes de règlement en vertu du *certificat*.

**Alpinisme** : l'ascension ou la descente d'une montagne qui exige l'utilisation d'un équipement spécialisé. Cet équipement peut comprendre les crampons, les pioches, les ancrages, les boulons, les mousquetons et l'équipement d'ancrage tel la moulinette et la corde liant les marcheurs.

**Avis aux voyageurs** : un avis formel émis par le gouvernement canadien, déconseillant aux voyageurs de se rendre dans un pays étranger ou une région de ce pays en particulier. Les avis aux voyageurs ne comprennent pas les documents contenant des renseignements touristiques.

**Blessure** : blessures corporelles survenant pendant un *voyage* assuré qui, indépendamment de toute autre cause, sont directement imputables à un *accident*.

**Blessure corporelle  
accidentelle :**

une *blessure* corporelle provenant d'une cause extérieure  
qui :

- se produit pendant que cette assurance est en vigueur; **et**
- qui est la cause directe et indépendante de la *blessure*.

**Certificat :**

le certificat d'assurance complet qui précise les modalités et les conditions de cette assurance et qui a été émis pour *vous* par *nous*.

**Compagnon de voyage :** la personne avec laquelle *vous* partagez les préparatifs de *voyage* et les frais d'hébergement payés d'avance pour le même *voyage*.

**Conjoint :**

la personne avec laquelle *vous* :

- êtes légalement marié;
- vivez en union civile légale; **ou**
- vivez dans une situation semblable à une situation conjugale et que cette personne est présentée dans le public comme *votre* conjoint ou *votre* partenaire domestique dans la communauté dans laquelle *vous* vivez.

*Vous* ne pouvez avoir qu'**un seul conjoint** pour cette assurance.

**Contamination :**

la contamination ou l'empoisonnement des personnes par des substances nucléaires et/ou chimiques et/ou biologiques, qui engendrent la *maladie* et/ou entraînent la mort.

**Date de départ :**

la date à laquelle *vous* commencez *votre voyage*, tel qu'il est indiqué sur *votre Page des déclarations*, selon l'heure locale de *votre* lieu de résidence au Canada.

**Date d'effet :**

la date et l'heure auxquelles *vous* quittez *votre point de départ* le ou après *votre date de départ* prévue.

**Date de retour :**

la date à laquelle il est prévu que *vous* retourniez à *votre point de départ*, selon l'heure locale de *votre* lieu de résidence au Canada.

**Dollars ou \$ :**

dollars canadiens.

**Durée de l'assurance :**

la période durant laquelle l'assurance est en vigueur, soit :

- la *date d'effet*, **jusqu'à**
- la *date d'expiration*

**Enfants :**

les personnes célibataires qui dépendent de *vous* pour *votre* subsistance et qui:

- ont **moins de 21 ans**;
- ont **moins de 26 ans** si la personne est un **étudiant à temps plein**; **ou**
- ont **plus de 20 ans** et souffrent d'une **déficiência mentale ou physique**.

**Frais raisonnables  
et d'usage :**

les frais qui sont :

- demandés régulièrement par d'autres vendeurs/fournisseurs pour un service offert dans le même secteur géographique,
- qui reflètent la complexité du service en tenant compte de la disponibilité du personnel expérimenté; **et**
- qui reflètent que de la disponibilité des services ou des pièces.

**Hôpital :**

tout établissement dûment autorisé à titre d'hôpital qui :

- se consacre principalement à fournir des services médicaux et des *traitements* aux *malades hospitalisés*;
- fournit sur les lieux des soins d'infirmiers enregistrés; **et**
- possède un laboratoire et une salle d'opération sur les lieux ou dans des installations qui sont administrées par l'hôpital.

Le terme hôpital **ne signifie pas** :

- les établissements utilisés principalement comme clinique;
- les établissements de soins prolongés;
- les établissements de soins palliatifs;
- les établissements de réadaptation;
- les centres de *traitement* de toxicomanie;
- les maisons de convalescence;
- les maisons de repos;
- les maisons de soins infirmiers;
- les foyers pour les personnes âgées; **ou**
- les centres de santé.

**Malade externe :**

une personne qui reçoit un *service couvert* pendant qu'elle n'est pas un *malade hospitalisé*.

**Malade hospitalisé :**

une personne qui est traitée dans un *hôpital* ou un autre établissement et pour qui des frais de logement et de repas sont facturés.

**Maladie :**

une maladie ou une infirmité survenant pendant le *voyage* assuré qui :

- nécessite des *soins médicaux d'urgence*; **et**
- qui n'est **pas** survenue avant la *date d'effet*.

**Médecin :**

une personne (autre que la personne assurée) qui n'est pas liée par le sang ou par le mariage à la personne assurée et qui est autorisée à prescrire des médicaments et à administrer un *traitement* médical (dans le cadre de cette autorisation) à l'emplacement où le *traitement* est fourni.

**Un médecin ne peut pas être :**

- Un naturopathe
- Un herboriste
- Un homéopathe

**Médicament sur ordonnance :**

un médicament qui :

- ne peut être obtenu que sur ordonnance d'un *médecin* ou d'un dentiste autorisé; et
- qui est délivré par un pharmacien autorisé.

**Membre de la famille :** les personnes suivantes, que ces personnes voyagent ou non avec *vous* :

- *votre conjoint,*
- *vos parents,*
- *vos enfants, y compris les enfants que vous avez adoptés ou qui sont sur le point de l'être et les enfants de votre conjoint, ou un enfant en tutelle,*
- *vos frères et sœurs, demi-frères et demi-sœurs,*
- *vos grands-parents,*
- *vos petits-enfants,*
- *vos beaux-parents,*
- *votre belle-famille (parent, fils, fille, frère ou soeur, grands-parents),*
- *vos tantes, oncles, neveux et nièces,*
- *votre tuteur légal.*

**Nécessaire sur le plan médical :**

les services ou fournitures fournis par un *hôpital*, un *médecin*, un dentiste ou un autre fournisseur autorisé qui sont requis pour déterminer ou traiter  *votre maladie* ou  *blessure* et qui, selon  *nous* :

- sont compatibles avec les symptômes ou le diagnostic et le *traitement* de  *votre problème médical, maladie, malaise ou blessure;*
- sont appropriés en ce qui concerne les normes d'une bonne pratique de la médecine;
- ne sont pas uniquement pour  *votre* commodité, celle d'un *médecin* ou d'un autre fournisseur;
- représentent la fourniture ou le niveau de service le plus approprié qui peut  *vous* être fourni en toute sécurité.

Lorsque ce terme s'applique aux soins d'un *malade hospitalisé*, cela signifie également que, compte tenu de  *vos* symptômes médicaux ou de  *votre problème médical*, les services ne peuvent  *vous* être fournis en toute sécurité à titre de *malade externe*.

**Nous, notre et nos :** la Compagnie d'Assurance Allianz Risques mondiaux É.-U. (succursale canadienne).

**Page des déclarations :** le document écrit qui confirme l'assurance que  *vous* avez achetée, les montants maximums de couverture, les dates de  *voyage*, le nom des personnes assurée, la prime et d'autres informations importantes au sujet de  *votre* assurance.

<b>Payé d'avance :</b>	payer avant <i>votre date de départ</i> .
<b>Point de départ :</b>	la ville située au Canada que <i>vous</i> quittez le premier jour de <i>votre voyage</i> .
<b>Problème médical :</b>	comprend : <ul style="list-style-type: none"> <li>• une <i>blessure corporelle accidentelle</i>;</li> <li>• une <i>maladie</i>;</li> <li>• un état relié à cette <i>blessure corporelle accidentelle</i> ou <i>maladie</i>;</li> <li>• une psychose grave; <b>et</b></li> <li>• des complications de grossesse survenant dans les <b>31 premières semaines</b> de la grossesse.</li> </ul>
<b>Professionnel :</b>	l'exercice d'une activité précise qui fait partie de <i>votre</i> emploi rémunéré.
<b>Régime gouvernemental d'assurance pour soins médicaux :</b>	une assurance pour soins médicaux que les gouvernements provinciaux et les territoires du Canada offrent à leurs résidents.
<b>Service couvert :</b>	un service ou une fourniture indiqués dans ce guide pour lequel <i>nous</i> offrons des indemnités selon cette assurance.
<b>Soins dentaires d'urgence :</b>	les services ou fournitures fournis par : <ul style="list-style-type: none"> <li>• un dentiste autorisé,</li> <li>• un <i>hôpital</i>; <b>ou</b></li> <li>• un autre fournisseur autorisé.</li> </ul> <p>Ces services ou fournitures doivent être immédiatement <i>nécessaires sur le plan médical</i>.</p>
<b>Soins médicaux d'urgence :</b>	les services ou fournitures fournis par : <ul style="list-style-type: none"> <li>• un <i>médecin</i> autorisé,</li> <li>• un <i>hôpital</i>; <b>ou</b></li> <li>• un autre fournisseur autorisé.</li> </ul> <p>Les autres fournisseurs autorisés incluent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un physiothérapeute;</li> <li>• un chiropraticien;</li> <li>• un chiropodiste;</li> <li>• un pédicure; <b>ou</b></li> <li>• un ostéopathe.</li> </ul> <p>Les services ou fournitures doivent :</p>

- être *nécessaires sur le plan médical* pour traiter toute *maladie* ou tout autre *problème médical* dont l'apparition est soudaine et imprévue; **et**
- ne pas pouvoir raisonnablement être retardés jusqu'à *votre* retour dans *votre* pays d'origine sans mettre *votre* santé en danger.

**Stable :**

tout *problème médical* ou problème relié pour lequel **tous les énoncés suivants sont vrais :**

- il n'y a eu aucun nouveau *traitement* ou *médicament sur ordonnance*;
- il n'y a eu aucun changement dans le *traitement* ni aucun changement dans le *médicament sur ordonnance*, y compris un changement dans :
  - la posologie,
  - la fréquence à laquelle il faut prendre le médicament,
  - le type de médicament, ou
  - la fréquence ou le type de *traitement*;
- il n'y a aucun nouveau symptôme, aucun symptôme plus fréquent ni aucun symptôme plus grave;
- il n'y a eu aucun résultat d'examen démontrant une détérioration;
- il n'y a eu aucune hospitalisation ni aucune orientation vers un spécialiste (effectuée ou recommandée), ou les résultats d'autres recherches n'ont pas encore été obtenus.

Les *problèmes médicaux* incluent tout problème cardiaque ou pulmonaire.

**Terrorisme ou acte de terrorisme :**

une action, y compris mais sans s'y restreindre :

- l'utilisation de la force ou de la violence et/ou de menace correspondante;
- le détournement d'avion ou l'enlèvement, d'un individu ou d'un groupe, afin d'intimider ou de terroriser tout gouvernement, groupe, association ou le public pour des raisons ou des fins religieuses, politiques ou idéologiques.

**Cela ne comprend pas tout acte de guerre (qu'il soit déclaré ou non), acte d'ennemis étrangers ou rébellion.**

**Traitement :**

les consultations médicales, les soins et/ou services offerts par un *médecin*.

**Cela comprend**, entre autres, les diagnostics et les *médicaments sur ordonnance*. Les *médicaments sur ordonnance* peuvent prendre la forme de pilules et de médicaments inhalés ou injectés.

Cela **ne comprend pas** les examens de santé ou les cas où *vous* n'avez pas de symptômes précis.

**Urgence :**

un événement imprévu qui :

- se produit pendant que l'assurance est en vigueur; et
- qui nécessite des soins immédiats d'un *médecin* autorisé ou une hospitalisation.

**Vous, votre, et vos :** toute personne indiquée sur  *votre Page des déclarations*, conformément au produit acheté si la prime d'assurance requise a été payée, pour cette personne, avant la  *date d'effet*.

**Voyage :** tout voyage aller-retour vers une destination à l'extérieur du Canada et dont le but n'est pas d'obtenir des soins de santé ou tout genre de *traitement*.

## AVIS DE RÉSOLUTION DU CONTRAT D'ASSURANCE

### AVIS DONNÉ PAR LE DISTRIBUTEUR

Section 440 de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*.

### LA LOI SUR LA DISTRIBUTION DE PRODUITS ET SERVICES FINANCIERS VOUS DONNE DES DROITS IMPORTANTS.

- La Loi *vous* permet de mettre fin au contrat d'assurance que *vous* venez de signer à l'occasion d'un autre contrat, **sans pénalité, dans les 10 jours de sa signature**. Pour cela, *vous* devez donner à l'assureur un avis par courrier recommandé dans ce délai. *Vous* pouvez à cet effet utiliser le modèle ci-joint.
- Malgré l'annulation du contrat d'assurance, le premier contrat conclu demeurera en vigueur. Attention, il est possible que *vous* perdiez des conditions avantageuses qui *vous* ont été consenties en raison de cette assurance; informez-*vous* auprès du distributeur ou consultez *votre* contrat.
- Après l'expiration du délai de 10 jours, *vous* avez la faculté d'annuler l'assurance en tout temps, mais des pénalités pourraient s'appliquer.

Pour de plus amples informations, *vous* pouvez contacter avec l'Autorité des marchés financiers à 1 877 525-0337.

### AVIS DE RÉSOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE

À : Compagnie d'assurance Allianz Risques mondiaux É.-U. (succursale canadienne)  
a/s de *Allianz Global Assistance*  
Case Postale 277  
Waterloo (Ontario)  
N2J 4A4

Télécopieur : 519 742-2581

DATE : \_\_\_\_\_  
(date d'envoi de cet avis)

En vertu de l'article 441 de la *Loi sur la distribution des produits et services financiers*, j'annule le contrat d'assurance n° :

\_\_\_\_\_  
(numéro du contrat s'il est indiqué)

conclu le : \_\_\_\_\_  
(date de la signature du contrat)

à : \_\_\_\_\_  
(lieu de la signature du contrat)

\_\_\_\_\_  
(nom du client)

\_\_\_\_\_  
(signature du client)

**Cet envoi doit être transmis par courrier recommandé.**

**(VERSO)**

**Articles de la Loi sur la distribution des produits et des services financiers**

- 439.** Un distributeur ne peut assujettir la conclusion d'un contrat à l'obligation pour le client de conclure un contrat d'assurance auprès d'un assureur qu'il indique.

Il ne peut exercer de pressions indues sur le client ou employer des manoeuvres dolosives pour l'inciter à se procurer un produit ou un service financier.

- 440.** Un distributeur qui, à l'occasion de la conclusion d'un contrat, amène un client à conclure un contrat d'assurance doit lui remettre un avis, rédigé de la façon prévue par règlement de l'Agence, lui indiquant qu'il peut, dans les 10 jours de la signature de ce contrat d'assurance, le résoudre.

- 441.** Un client peut, par avis transmis par courrier recommandé ou certifié, résoudre, dans les 10 jours de sa signature, un contrat d'assurance signé à l'occasion de la conclusion d'un autre contrat.

En cas de résolution de ce contrat, le premier contrat conserve tous ses effets.

- 442.** Un contrat ne peut contenir de dispositions en permettant la modification dans l'éventualité où un client résoudrait ou résilierait un contrat d'assurance conclu à la même occasion.

Toutefois, un tel contrat peut prévoir que le client perd pour le reste du terme les conditions plus favorables qui lui sont consenties du fait de la conclusion de plus d'un contrat si le client résout ou résilie avant terme le contrat d'assurance.

- 443.** Un distributeur offrant un financement pour l'achat d'un bien ou d'un service et qui exige que le débiteur souscrive une assurance pour garantir le remboursement du prêt doit lui remettre un avis, rédigé de la façon prévue par règlement de l'Agence, l'informant qu'il a la faculté de prendre l'assurance auprès de l'assureur et du représentant de son choix pourvu que l'assurance souscrite soit à la satisfaction du créancier qui ne peut la refuser sans motifs raisonnables. Il ne peut assujettir la conclusion d'un contrat de crédit à un contrat d'assurance avec un assureur qu'il indique.

Un contrat de crédit ne peut stipuler qu'il est conclu sous la condition que le contrat d'assurance pris auprès d'un tel assureur demeure en vigueur jusqu'à l'échéance du terme ni que la fin d'une telle assurance fait encourir au débiteur la déchéance du terme ou la réduction des droits.

Un débiteur n'encourt pas la déchéance de ses droits en vertu du contrat de crédit lorsqu'il résout ou résilie ce contrat d'assurance ou met fin à son adhésion pourvu qu'il ait alors souscrit une assurance auprès d'un autre assureur qui soit à la satisfaction du créancier qui ne peut la refuser sans motifs raisonnables.

## ACCUSÉ DE RÉCEPTION

*Vous accusez réception de ce guide de distribution à l'occasion de l'acquisition du produit d'assurance Assurance médicale d'urgence.*

Date : \_\_\_\_\_  
(date de l'accusé de réception)

Distributeur : \_\_\_\_\_  
(nom du distributeur)

Client : \_\_\_\_\_  
(signature du client)

\_\_\_\_\_  
(nom du client)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Adresse du client)

**Cet accusé de réception doit être conservé par le distributeur pour attester que le client a reçu un exemplaire du guide de distribution.**