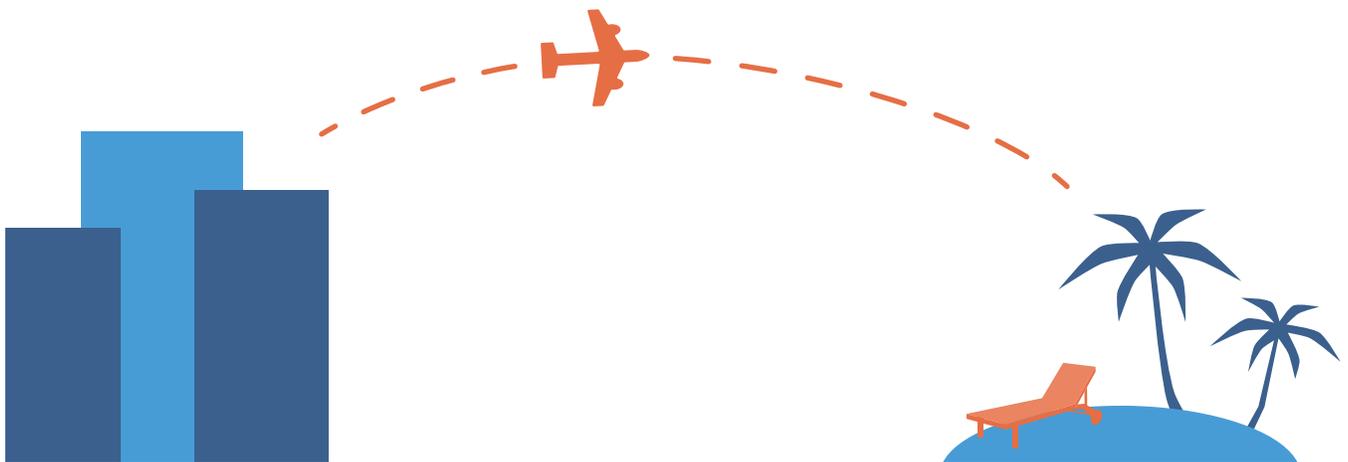




ASSURANCE SOINS MÉDICAUX D'URGENCE

Xodus Travel Services Inc.

Date d'entrée en vigueur du contrat : 1er Décembre 2023



Souscrit par: Corporation d'Assurance Générale Northbridge

Table des matières

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	1
SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS	1
SECTION 3 – ADMISSIBILITÉ	2
SECTION 4 – ASSURANCE <i>SOINS MÉDICAUX D'URGENCE</i>	2
SECTION 5 – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR VOTRE ASSURANCE VOYAGE	8
SECTION 6 – SERVICE DE CONCIERGERIE MÉDICALE	10
SECTION 7 – CE QUE VOUS DEVEZ ÉGALEMENT SAVOIR?	10
SECTION 8 – COMMENT FAIRE UNE RÉCLAMATION	12
SECTION 9 – DÉFINITIONS	13
SECTION 10 – AVIS SUR LA VIE PRIVÉE	16
SECTION 11 – DE L'AIDE AU BOUT DU FIL	18



SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX



La présente police est établie par la Corporation d'Assurance Generale Northbridge (Northbridge). Northbridge a choisi Xodus Travel Services Inc. (exerçant ses activités sous le nom Xodus) en tant qu'administrateur en vertu de cette police.



Les mots en italique ont une signification spécifique. Veuillez *vous* référer à la section « [Définitions](#) » de cette police pour trouver la signification de chaque mot en italique.



La présente police renferme une disposition qui révoque ou limite le droit de l'assuré de désigner des personnes à qui ou pour qui des sommes assurées seront payables.



Période d'examen sans frais de 10 jours – Si *vous nous* avisez dans les 10 jours suivant la date de *votre* souscription (indiquée sur *votre avis de confirmation*) que *vous* n'êtes pas entièrement satisfait de *votre* contrat, *nous vous* rembourserons la totalité si *vous* n'avez pas encore entrepris *votre voyage* et s'il n'y a aucune demande de réclamation en cours. Les remboursements sont seulement possibles lorsqu' on reçoit *votre* demande de remboursement avant la date de *votre* départ.

SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

AVIS IMPORTANT – À LIRE ATTENTIVEMENT

Vous avez souscrit une police d'assurance voyage; et maintenant? Nous tenons à ce que *vous* compreniez (dans *votre* intérêt supérieur) ce que *votre* police couvre, ce qui est exclu et ce qui est limité (c.-à-d. qu'un montant maximum payable s'applique). Veuillez prendre le temps de lire intégralement *votre* police avant de partir. Les termes en italiques sont définis dans *votre* police.

- L'assurance voyage couvre les réclamations liées à des événements soudains et imprévus (c.-à-d. des accidents ou des situations *d'urgence*); elle ne couvre généralement pas les suivis ni les soins récurrents.
- Pour *vous* prévaloir de cette assurance, *vous* devez remplir toutes les conditions d'admissibilité.
- Cette assurance comporte des restrictions et des exclusions (p. ex., des problèmes de santé que *vous* n'avez pas mentionné, une grossesse, un *enfant* né en cours de *voyage*, l'abus d'alcool et les activités à haut risque).
- Cette assurance pourrait ne pas couvrir les réclamations liées à des problèmes de santé préexistants, que le problème ait été déclaré ou non au moment de la souscription.
- Vous devez communiquer avec le Centre d'assistance avant d'obtenir un *traitement*, sans quoi *vos* prestations pourraient être réduites.
- Lors d'une réclamation, *vos* antécédents médicaux pourraient être vérifiés.
- Si *vous* avez répondu à un *questionnaire médical* et qu'une de *vos* réponses est inexacte ou incomplète, *votre* police sera annulable.



Il est de *votre* responsabilité de comprendre *votre* couverture. Si *vous* avez des questions, contactez Xodus Travel Services Inc. au:

[+1 866-424-0825](tel:+18664240825) or [+1 416-987-1250](tel:+14169871250)

IMPORTANT: Si *vous* constatez un changement dans *votre* état de santé et/ou un *changement de médicament* ou de *traitement* , entre la date *vous* avez complété la proposition pour cette couverture et *votre* date d'entrée en vigueur, *vous* devez soit *vous* rendre sur www.xodus.ca et modifier *votre* déclaration médicale ou informez- *nous* en appelant le +1 866-424-0825 ou le +1 416-987-1250. De plus, si *vous* avez acheté un régime *voyages multiples* , *vous* devez également *nous* informer de tout changement dans *votre (vos)* état(s) de santé et/ou *changement de médicament* ou *traitement* après *votre date d'effet* . Dans le cas contraire, tout changement de ce type pourrait rendre *votre* police annulable par *nous*



En cas d'*urgence*, appelez le Centre d'assistance immédiatement au

[+1 833-754-3725](tel:+18337543725), sans frais, à partir du Canada et des États-Unis,

[+1 416-987-1218](tel:+14169871218), à frais virés, pour appeler au Canada à partir de tout autre pays

Notre Centre d'assistance est à *votre* service tous les jours, 24 heures sur 24.

Vous devez appeler le Centre d'assistance avant d'obtenir des soins d'*urgence*, afin que *nous* puissions confirmer la couverture et fournir une approbation préalable du *traitement* . Veuillez noter que si *vous* n'appellez pas le Centre d'assistance en cas d'*urgence*, *vous* pourriez devoir payer 25 % des frais médicaux admissibles que *nous* aurions normalement payés au titre de la présente police. Si c'est médicalement impossible pour que *vous* puissiez appeler, veuillez demander à quelqu'un d'appeler en *votre* nom.

SECTION 3 – ADMISSIBILITÉ

POUR ÊTRE ADMISSIBLE À L'ASSURANCE AU TITRE DE LA PRÉSENTE POLICE, *vous* devez résider au Canada et être couvert par un *régime public d'assurance maladie* . Vous devez souscrire l'assurance pour la durée totale de *votre voyage* . Vous devez avoir rempli *votre* proposition (y compris le *questionnaire médical*), *nous* avoir fourni vos antécédents médicaux, avoir reçu de *nous* une *entente de tarification médicale* et avoir payé le montant intégral de la prime exigée.

SECTION 4 – ASSURANCE SOINS MÉDICAUX D'URGENCE

Le présent contrat couvre les *soins médicaux d'urgence* pour le type de régime que *vous* avez souscrit :

- un régime Voyage unique, pour un voyage effectué à l'extérieur de *votre* province ou territoire de résidence, ou du Canada; ou

- un régime Voyages multiples, pour un nombre illimité de *voyages* à l'extérieur de *vo*tre province ou territoire de résidence, ou du Canada, effectués dans une (1) même année, à partir de la *date d'effet*, pour la durée de *voy*age indiquée dans *vo*tre *avis de confirmation*.

Garanties – Ce qui est couvert par l'assurance soins médicaux d'urgence

L'assurance *Soins médicaux d'urgence* couvre, jusqu'à concurrence de 10 000 000 \$ CA, les frais couverts que *vo*us engagez lorsqu'une *urgence* survient durant *vo*tre *voyage*, à condition toutefois que ces frais ne soient pas également couverts par un *régime public d'assurance maladie* ni par un autre régime d'assurance. Afin de *vo*us prodiguer un *traitement* nécessaire du point de vue médical, on élaborera un plan de *traitement* médical qui devra être approuvé par *vo*tre *médecin* traitant et accepté par le Centre d'assistance. Une fois que *vo*tre *traitement* médical d'*urgence* a commencé, le Centre d'assistance doit évaluer et préapprouver un *traitement* médical supplémentaire. Les frais couverts et les prestations sont assujettis aux plafonds, exclusions et restrictions stipulés dans la police, ainsi qu'au montant de *vo*tre franchise, c'est-à-dire le montant des frais couverts que *vo*us devez payer par personne pour chaque événement pour les *soins médicaux d'urgence*. Votre franchise en dollars canadiens s'applique au montant qu'il reste une fois que les frais couverts par *vo*tre *régime public d'assurance maladie* ont été payés. L'assureur paiera les dépenses admissibles pour les pertes subies au-delà du montant de franchise. Comme indiqué sur *vo*tre page de déclaration, par assuré, par affection ou événement couvert.

Les frais admissibles sont les suivants:

- 1. Frais engagés pour recevoir un traitement d'urgence** – Frais *usuels et raisonnables* pour recevoir des *soins médicaux* d'un *médecin* dans un *hôpital* ou à l'extérieur d'un *hôpital*, coût d'une chambre à deux lits dans un *hôpital* (ou une unité de soins intensifs ou coronariens, si cela s'avère nécessaire du point de vue médical), services d'un infirmier particulier autorisé pendant *vo*tre séjour à l'*hôpital*, location ou achat (s'il est moins coûteux) d'un lit d'*hôpital*, d'un fauteuil roulant, de béquilles, d'appareils orthopédiques ou d'autres appareils médicaux, tests effectués afin de diagnostiquer ou de préciser *vo*tre problème, et médicaments prescrits pour *vo*us et délivrés uniquement sur ordonnance d'un *médecin* ou d'un dentiste. Une *urgence* liée à un *problème de santé préexistant* indiqué dans l'*Entente de tarification médicale* sera couverte.
- 2. Frais engagés pour recevoir des services paramédicaux** – Soins dispensés par un chiropraticien, un ostéopathe, un physiothérapeute, un podiatre ou un podologue dûment autorisés, jusqu'à concurrence de 70 \$ par séance, sous réserve d'un maximum global de 700 \$ par *blessure* couverte.
- 3. Frais de transport d'urgence par ambulance** – Frais *usuels et raisonnables* pour le transport par service ambulancier local autorisé à destination du fournisseur de *soins médicaux* qualifié le plus près en cas d'*urgence*.
- 4. Frais de traitement dentaire d'urgence** – Si *vo*us avez besoin d'un *traitement* dentaire d'*urgence*, *no*us payons :
 - jusqu'à concurrence de 300 \$ pour le soulagement de douleurs dentaires; ou
 - jusqu'à concurrence de 3 000 \$ pour la restauration ou le remplacement de *vo*s dents naturelles ou prothèses fixes permanentes si *vo*us recevez un coup accidentel à la bouche (jusqu'à concurrence de 2 000 \$ durant *vo*tre *voyage* et jusqu'à concurrence de 1 000 \$ pour poursuivre le *traitement* nécessaire du point de vue médical dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant l'accident).
- 5. Frais de transport d'une personne devant rester à vo**tre chevet – Si *vo*us voyagez seul et que *vo*us êtes admis dans un *hôpital* pour une durée de trois (3) jours ou plus en raison d'une *urgence* médicale, *no*us payons le coût d'un billet en classe économique, par l'itinéraire le plus économique, pour qu'une personne puisse rester auprès de *vo*us. Nous payons également, jusqu'à concurrence de 1 000 \$, ses frais d'hôtel et de repas. Veuillez noter que cette personne n'est pas couverte par *vo*tre assurance et qu'elle devrait considérer la souscription d'une assurance *soins médicaux* personnelle pour ce *voyage*.

6. **Frais supplémentaires pour les repas, l'hôtel et les taxis** – Si une *urgence* médicale vous empêche, vous ou votre *compagnon de voyage*, de retourner à votre *lieu de résidence* comme cela était initialement prévu, ou si votre *traitement* médical d'*urgence* ou celui de votre *compagnon de voyage* exigent votre transfert dans un lieu différent de votre destination initiale, nous vous remboursons, jusqu'à concurrence de 200 \$ par jour sous réserve d'un maximum de 2 000 \$, vos frais supplémentaires de repas et d'hôtel, et vos frais de taxi essentiels. Nous ne remboursons les frais effectivement engagés.

7. **Frais de rapatriement par suite de votre décès** – Si vous décédez durant votre *voyage* à la suite d'une *urgence* couverte par la présente assurance, nous remboursons à vos ayants droit les frais suivants, jusqu'à concurrence de 5 000 \$:

- les frais de préparation ou d'incinération de votre *dépouille* sur place; et
- les frais engagés pour le retour de vos cendres ou de votre *dépouille* jusqu'à votre *lieu de résidence* (dans le conteneur ordinaire normalement utilisé par la compagnie aérienne); ou
- les frais d'inhumation de votre *dépouille* sur place.

De plus, si quelqu'un est légalement tenu d'identifier votre *dépouille* et doit se rendre sur place, nous payons le coût de son billet en classe économique par l'itinéraire le plus économique et, jusqu'à concurrence de 300 \$, ses frais d'hôtel et de repas. Veuillez noter que cette personne n'est pas couverte par votre assurance et qu'elle devrait considérer la souscription d'une assurance *soins médicaux* personnelle pour ce *voyage*.

8. **Frais de rapatriement jusqu'à votre lieu de résidence** – Si votre *médecin* traitant vous recommande de retourner à votre *lieu de résidence* en raison de votre *urgence* ou si nos conseillers médicaux vous recommandent de retourner à votre *lieu de résidence* après votre *urgence*, sous réserve de l'approbation préalable du Centre d'assistance et des dispositions prises par celui-ci, nous payons :

- le coût supplémentaire d'un billet d'avion en classe économique, par l'itinéraire le plus économique; ou
- le coût d'un billet avec civière à bord d'un vol commercial, par l'itinéraire le plus économique, lorsqu'une civière est nécessaire du point de vue médical; et
- le coût du billet d'avion aller-retour d'un accompagnateur médical qualifié, en classe économique, par l'itinéraire le plus économique, ainsi que les honoraires et frais raisonnables de cette personne, lorsque sa présence est nécessaire du point de vue médical ou exigée par la compagnie aérienne; ou
- le coût du transport par ambulance aérienne, s'il est nécessaire du point de vue médical.

9. **Frais de rapatriement d'enfants dont vous avez la garde** – Si vous êtes admis à l'*hôpital* pour une durée de plus de vingt-quatre (24) heures ou si vous devez retourner à votre *lieu de résidence* en raison d'une *urgence*, sous réserve de l'approbation préalable du Centre d'assistance, nous payons le coût supplémentaire du billet aller simple de vos *enfants* en classe économique, par l'itinéraire le plus économique, pour retourner au *lieu de résidence* et le coût du billet d'avion aller-retour d'un accompagnateur qualifié, en classe économique, par l'itinéraire le plus économique, si la compagnie aérienne exige que les *enfants* soient accompagnés. Vous devez avoir la garde de ces *enfants* durant votre *voyage* et ceux-ci doivent être couverts au titre d'une police d'assurance *voyage* de Northbridge.

10. **Frais de rapatriement de votre compagnon de voyage au lieu de résidence** – Si vous retournez à votre *lieu de résidence* selon les modalités de la garantie n°7 ou n°8, sous réserve de l'approbation préalable du Centre d'assistance, nous couvrons le coût supplémentaire d'un billet d'avion aller simple en classe économique, par l'itinéraire le plus économique, pour retourner à son *lieu de résidence* votre *compagnon de voyage* (qui voyageait avec vous au moment de l'*urgence* et qui est assuré au titre d'un régime d'assurance voyage de Northbridge).

11. **Frais d'appels téléphoniques** – Nous remboursons les frais d'appels au Centre d'assistance et reçus du Centre d'assistance concernant *votre urgence* médicale. Vous devez fournir les reçus ou d'autres pièces justificatives raisonnables faisant état du coût des appels et du nombre d'appels effectués ou reçus pendant *votre voyage* .
12. **Frais de transport de votre véhicule jusqu'à votre lieu de résidence** – Si, à la suite d'une *urgence* médicale, vous êtes incapable ou *votre compagnon de voyage* est incapable de conduire et de ramener à *votre lieu de résidence* le *véhicule* que vous avez utilisé durant *votre voyage* , sous réserve de l'approbation préalable du Centre d'assistance, nous couvrons, jusqu'à concurrence de 3 000 \$, les frais exigés par une agence commerciale pour ramener *votre véhicule* à *votre lieu de résidence* . Si vous avez loué un *véhicule* durant *votre voyage* , nous couvrons les frais liés à son retour à l'agence de location.

Exclusions et Restrictions – Ce qui n'est pas couvert par l'assurance soins médicaux d'urgence

Nous ne payons ni les frais ni les garanties découlant directement ou indirectement des situations suivantes :

1. Un *problème de santé préexistant* qui n'est pas indiqué dans l' *Entente de tarification médicale* ou qui fait l'objet d'une fausse déclaration ou n'est pas divulgué dans *votre* proposition enregistrée pour tarification des risques médicaux.
2. Tout changement au niveau de *votre* état de santé qui survient après la date de *votre* proposition et n'est pas déclaré avant la *date d'effet* de l'assurance.
3. Si vous avez souscrit à un régime Voyages multiples, tout changement de *votre* état de santé qui survient après la *date d'effet* , qui ne nous a pas été communiqué et qui n'a pas fait l'objet d'une réévaluation de couverture au titre du présent contrat.
4. Toute *urgence* , si les réponses fournies dans le *questionnaire médical* ne sont pas exactes et précises.
5. Les frais couverts qui excèdent les frais *usuels et raisonnables* normalement exigés là où survient l' *urgence* médicale.
6. Les frais couverts qui excèdent 75 % de ceux que nous pourrions normalement au titre de la présente assurance, si vous ne communiquez pas avec le Centre d'assistance au moment de l' *urgence* . Si *votre problème de santé* ne vous permet pas d'appeler, veuillez demander à une autre personne de le faire à *votre* place.
7. Tout *traitement* non urgent, expérimental ou facultatif comme une chirurgie esthétique, des soins chroniques ou la réadaptation, incluant les frais découlant de complications directes ou indirectes.
8. La poursuite du *traitement* d'un *problème de santé* ou de toute affection connexe lorsque vous avez déjà reçu un *traitement d'urgence* pour ce problème durant *votre voyage* , si nos conseillers médicaux établissent que *votre urgence* médicale a pris fin.
9. Tout *problème de santé* ou symptôme :
 - lorsque vous saviez ou lorsqu'il était raisonnable de croire ou de prévoir qu'un *traitement* serait nécessaire pendant *votre voyage* ; et/ou
 - pour lequel une investigation future ou un *traitement* ultérieur étaient prévus avant même que vous quittiez *votre lieu de résidence* ; et/ou

- qui provoque des symptômes qui auraient amené toute personne normalement prudente à se faire soigner dans les trois (3) mois précédant la *date de départ du lieu de résidence*; et/ou
 - qui avait incité *votre médecin* à vous déconseiller de *voyager*.
10. Un *voyage* entrepris dans le but de recevoir un diagnostic, un *traitement*, une intervention chirurgicale, une évaluation, des soins palliatifs ou toute autre forme de thérapie, ainsi que de toute complication directe ou indirecte qui en résulte.
11. Toute *urgence* survenant lors de *votre* participation à :
- toute activité sportive pour laquelle *vous* êtes rémunéré.
 - tout sport extrême ou toute activité à haut risque; tel que, mais non limité à :
 - l'alpinisme nécessitant l'utilisation d'équipements spécialisés comme des mousquetons, des crampons, des piolets, des ancrages, du matériel d'ancrage pour l'ascension ou la descente d'une montagne;
 - l'escalade;
 - le parachutisme;
 - la chute libre;
 - le deltaplane ou tout autre sport utilisant un appareil aéroporté; ou
 - la participation à un concours de vitesse d'engins motorisés
 - la plongée sous-marine.
12. Vos *blessures auto-infligées*, à moins qu'une *attestation médicale* établisse qu'elles sont reliées à une *condition de santé mentale*.
13. Toutes *réclamations* si les frais résultent de *votre* participation à un acte criminel ou à un acte illégal ou d'une tentative de commettre de tels actes.
14. Tout *problème de santé* survenant au cours de *votre voyage*, découlant ou se rapportant de quelque façon que ce soit à l'abus d'alcool, de drogues et d'autres substances intoxicantes.
15. Tout *problème de santé*, y compris les symptômes de sevrage découlant de *votre* usage chronique d'alcool, de drogues ou d'autres substances intoxicantes, ou s'y rapportant de quelque façon que ce soit, avant ou au cours de *votre voyage*.
16. Soins prénatals et postnatals de routine; une grossesse, un accouchement, ou des complications qui en résultent, survenant au cours des 9 semaines avant la date d'accouchement prévue ou des 9 semaines après cette date.
17. Votre *enfant* né en cours de *voyage*.
18. Tout *problème de santé* résultant du fait que *vous* n'avez pas respecté le *traitement* prescrit, y compris la prise d'un médicament avec ordonnance.
19. Pour les *enfants* assurés âgés de moins de deux (2) ans, tout *problème de santé* lié à une déficience congénitale.
20. Tout sinistre attribuable à vos *troubles mentaux ou émotifs mineurs*.

21. Les *traitements*, services ou fournitures qui ne sont pas nécessaires du point de vue médical, ou tout acte ou examen médical (y compris IRM, CP IRM, tomodensitographie, angiographie par tomodensitométrie, MIBI à l'effort, angiographie et cathétérisme cardiaque) non autorisés à l'avance par le Centre d'assistance. Toutes les interventions chirurgicales exigent l'autorisation du Centre d'assistance avant d'être pratiquées, sauf dans les cas extrêmes où l'intervention chirurgicale est pratiquée *d'urgence*.
22. Toute garantie nécessitant l'autorisation ou la coordination à l'avance du Centre d'assistance pour laquelle celui-ci n'a pas donné une telle autorisation ou coordonné son application.
23. Tout *traitement* subséquent si *nos* conseillers médicaux établissent que *vous* devriez être transféré à un autre établissement ou que *vous* devriez revenir dans *votre* province ou territoire de résidence pour recevoir un *traitement*, et que *vous* choisissiez de ne pas le faire.
24. Tout décès ou toute *blessure* survenant lorsque *vous* pilotez un aéronef, apprenez à piloter un aéronef ou agissez en en tant que membre de l'équipage d'un aéronef.
25. Pour une prolongation d'assurance ou un complément d'assurance : tout *problème de santé* dont la première manifestation, le diagnostic ou le *traitement* médical ont lieu après la *date de départ* prévue et avant la *date d'effet* de la prolongation d'assurance ou du complément d'assurance.
26. Tout *acte terroriste*.
27. Un *fait de guerre*.
28. Tout *problème de santé* dont *vous* souffrez ou que *vous* contractez lorsque le gouvernement du Canada a émis un avertissement officiel aux voyageurs faisant mention « d'éviter tout voyage » ou « d'éviter tout voyage non essentiel » dans ce pays, cette région où cette ville, avant la *date d'effet* de *votre* couverture.

Pour consulter les avertissements aux voyageurs, rendez-vous sur le site du gouvernement du Canada relatif aux voyages.

Les demandes de réclamations liées à une *urgence* ou à un *problème de santé* sans lien avec l'avertissement émis ne sont pas ciblées par cette exclusion.

Autres conditions s'appliquant à l'assurance soins médicaux d'urgence

Si *vous* détenez auprès de *votre* employeur actuel ou précédent un régime d'assurance *maladie* complémentaire *vous* offrant une couverture viagère maximale de 50 000 \$ ou moins, *nous* ne coordonnons pas les prestations avec cette couverture. Toutefois, si *votre* couverture viagère maximale est supérieure à 50 000 \$, *nous* coordonnons les prestations.

En cas d'*urgence* médicale, *nous* assumons les frais couverts qui excèdent le montant de la franchise que *vous* avez choisie au titre de la présente police.

SECTION 5 – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR VOTRE ASSURANCE VOYAGE

VOTRE COUVERTURE COMMENCE

Pour un régime *Voyage* unique, *vo*tre couverture commence à la plus éloignée des dates suivantes :

- La date que *vous* quittez de *vo*tre province ou territoire de résidence; ou
- La *date d'effet* de l'assurance indiquée dans *vo*tre *avis de confirmation*.

Pour un régime *Voyages* multiples, à chaque *voyage*, *vo*tre couverture commence le jour où *vous* quittez *vo*tre province ou territoire de résidence ou le Canada, et ce, à partir de la *date d'effet* du contrat indiqué dans *vo*tre *avis de confirmation*.

VOTRE COUVERTURE TERMINE

Pour un régime *Voyage* unique, *vo*tre couverture termine à la plus rapprochée des dates suivants :

- la date que *vous* retournez à *vo*tre province ou territoire de résidence; ou
- la *date d'expiration* indiquée dans *vo*tre *avis de confirmation*

Pour un régime *Voyages* multiples, *vo*tre couverture termine à la plus rapprochée des dates suivants :

- La date que *vous* retournez à *vo*tre province ou territoire de résidence; ou
- la *date d'expiration* indiquée dans *vo*tre *avis de confirmation*; ou
- Dans le cas des *voyages*, effectués à l'extérieur du Canada, la date à laquelle s'est écoulé le nombre maximum de jours de *voyage* souscrit pour chaque *voyage*, lequel est indiquée dans *vo*tre *avis de confirmation*

RÉGIMES VOYAGES MULTIPLES

- Ces régimes *vous* procurent une couverture pour un nombre illimité de *voyages* effectués dans une (1) même année, à partir de la *date d'effet* indiquée dans *vo*tre *avis de confirmation*.
- Ces régimes couvrent *vos soins médicaux d'urgence* pour un nombre illimité de jours de *voyage* au Canada, mais à l'extérieur de *vo*tre province ou de *vo*tre territoire de résidence.
- La durée de chaque *voyage* effectué à l'étranger ne peut pas excéder le nombre maximal de jours que *vous* avez choisi lors de la souscription de *vo*tre régime *Voyages multiples*, à compter du jour de *vo*tre départ du Canada.
- Pour que soit en vigueur *vo*tre couverture en vertu du Régime d'assurance *soins médicaux d'urgence* de Northbridge lors d'un *voyage*, celui-ci doit débuter à la *date d'effet* ou après cette date et se terminer au plus tard à la *date d'expiration* indiquée sur *vo*tre *avis de confirmation*.
- *Vous* pouvez souscrire un complément d'assurance pour les *voyages* plus longs que la durée maximale choisie ou encore si *vo*tre *voyage* se prolonge après la *date d'expiration* de *vo*tre régime *Voyages multiples*, laquelle est indiquée dans *vo*tre *avis de confirmation*. En cas de sinistre, *vous* devrez fournir une preuve de la date de *vo*tre départ et de la date de *vo*tre retour. Cette preuve peut être *vo*tre billet d'avion, billet de train, passeport estampillé, relevé de carte de crédit ou relevé bancaire indiquant les achats que *vous* avez faits au Canada juste avant *vo*tre *date de départ*.

Souscrivez un complément d'assurance(Top-up) au titre de votre régime Voyages multiples soins médicaux d'urgence :

Si votre voyage :

- est plus long que le nombre maximal de jours de couverture prévu par votre régime; ou
- doit se poursuivre après la *date d'expiration* indiquée dans votre *avis de confirmation*; vous pouvez :
 - soit souscrire un complément d'assurance pour les jours additionnels requis avant la *date d'expiration* de votre régime Voyages multiples;
 - soit souscrire un nouveau régime Voyages multiples *soins médicaux d'urgence*, sans interruption de couverture, à condition que la durée totale du *voyage* n'excède pas la durée maximale que vous avez choisie.

Si vous souscrivez un complément d'assurance, vous devrez répondre à des questions sur votre état de santé.

PROLONGATION AUTOMATIQUE : Votre couverture sera prolongée au-delà de la *date d'expiration* qui figure dans votre *avis de confirmation* si :

- Votre transporteur accuse un retard. Dans ce cas, nous prolongeons votre couverture pour une durée maximale de soixante-douze (72) heures; ou
- vous ou votre *compagnon de voyage* êtes hospitalisés à la *date d'expiration* de votre couverture. Dans ce cas, nous prolongeons votre couverture pour la durée de l'hospitalisation, sous réserve d'un maximum de 365 jours ou jusqu'à ce que, à notre avis, votre état soit stable et vous permette d'obtenir votre congé de l'hôpital ou d'être évacué vers votre *lieu de résidence*, selon la première éventualité, et jusqu'à concurrence de cinq (5) jours suivant votre congé de l'hôpital; ou
- vous ou votre *compagnon de voyage* faites face à une *urgence* qui vous empêche de voyager sans toutefois nécessiter l'hospitalisation. Dans ce cas, nous prolongeons votre couverture pour une durée maximale de cinq (5) jours.

PROLONGATION D'UN VOYAGE

Vous pourrez peut-être prolonger votre couverture sous réserve des conditions suivantes :

- la durée totale de votre *voyage* à l'extérieur du Canada, y compris un complément d'assurance ou une prolongation, n'excède pas le nombre maximal de jours permis par votre *régime public d'assurance maladie*; et
- vous payez la prime additionnelle exigée; et
- vous n'avez pas vécu un événement qui a fait ou pourrait faire l'objet d'une demande de règlement au titre de la présente police; et
- votre état de santé n'a pas changé.

Toute prolongation de couverture est assujettie à l'approbation du Centre d'assistance.

En aucun cas, cependant, nous ne prolongeons quelque couverture que ce soit au-delà de la période de douze (12) mois suivant la *date d'effet* de l'assurance.

SECTION 6 – SERVICE DE CONCIERGERIE MÉDICALE

Northbridge est heureuse de *vous* fournir des Virtuel Medicine Services, à l'échelle mondiale.

Quels sont les services offerts?

Northbridge dispose d'un réseau international de prestataires médicaux et de partenaires qui fournissent des services sur plusieurs fuseaux horaires et qui assurent un accès rapide et simplifié aux soins de santé 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et 365 jours par an dans le monde entier.

Le programme aidera à coordonner le paiement des dépenses admissibles, sous réserve des modalités et conditions de la police.

Pour accéder à ce service, utilisez simplement l'application mobile décrite dans vos documents de réalisation ou appelez le Centre d'Assistance, en utilisant les numéros de téléphone indiqués sur la carte portefeuille.

SECTION 7 – CE QUE VOUS DEVEZ ÉGALEMENT SAVOIR?

La couverture au titre de la présente police est établie en fonction des renseignements fournis dans *votre questionnaire médical* et *votre proposition*. Le contrat que *vous* souscrivez auprès de *nous* est composé des éléments suivants : la présente police, *votre proposition* pour cette police (y compris le *questionnaire médical*), *l'Entente de tarification médicale*, *l'avis de confirmation* émis relativement à cette proposition, et tout autre amendement ou avenant émis pour prolonger une couverture.

Toute fraude ou tentative de fraude, ou toute dissimulation ou déclaration mensongère portant sur des faits importants de *votre* part dans *votre proposition* d'assurance ou dans *votre* demande de prolongation de couverture ou de complément d'assurance entraîne la nullité de l'assurance.

Nous ne paierons pas la réclamation si vous, ou toute personne assurée aux termes de la présente police, ou quiconque agissant en votre nom tente de nous tromper ou fait une déclaration ou une réclamation frauduleuse, mensongère ou exagérée. Les renseignements que vous nous fournissez doivent en tout temps être exacts et complets.

Malgré les autres dispositions y afférentes, le contrat est soumis aux conditions prescrites par la Loi sur les assurances concernant les contrats d'assurance accidents et *maladies*, telles qu'elles s'appliquent dans *votre* province ou territoire de résidence.

Limitation de responsabilité

Notre responsabilité au titre de la présente police se limite uniquement au paiement des prestations admissibles, jusqu'à concurrence du montant maximal souscrit, pour tout sinistre ou toute dépense. Ni *nous*, lorsque des prestations sont versées au titre de la présente police, ni *nos* agents ou administrateurs n'assumons quelque responsabilité que ce soit pour la disponibilité, la qualité ou les résultats des *traitements* ou des services, ou pour l'impossibilité d'obtenir les *traitements* ou les services couverts par les dispositions contractuelles.

Prime

La prime requise est exigible et payable à la souscription de l'assurance et est déterminée d'après le barème de taux alors en vigueur.

Au paiement de la prime appropriée, ce document devient un contrat exécutoire à condition qu'il soit accompagné d'un *avis de confirmation* sur lequel figure un numéro de contrat et que *nous* recevions votre proposition dûment remplie (y compris le *questionnaire médical*) avant la date de *votre* départ. Si la prime n'est pas suffisante pour couvrir toute la période de couverture choisie, *nous* facturons et percevons la portion impayée de la prime; ou raccourcissent la période d'assurance en émettant un avenant écrit, si la portion impayée de la prime ne peut être perçue.

Comment cette assurance fonctionne-t-elle avec vos autres couvertures?

Les régimes énoncés dans la présente police sont de type « second payeur ». Il est possible que *vous* soyez également couvert par d'autres régimes ou contrats d'assurance de responsabilité civile, d'assurance *maladie* de base ou complémentaire, collective ou individuelle, y compris tout régime d'assurance automobile privé, provincial ou territorial, couvrant *vos* frais d'hospitalisation, *vos* frais médicaux ou thérapeutiques, ou toute autre assurance de responsabilité civile. Dans un tel cas, les prestations payables au titre de la présente assurance s'appliquent uniquement à la portion des frais engagés à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence en excédent des sommes assurées par ces autres régimes ou assurances en vigueur.

Les prestations totales qui *vous* sont payées par l'ensemble des assureurs ne peuvent dépasser les frais que *vous* avez effectivement engagés. Nous coordonnons les prestations avec tous les assureurs qui *vous* versent des prestations semblables à celles prévues par la présente assurance (sauf si *vous* détenez auprès de *votre* employeur actuel ou précédent un régime d'assurance *maladie* complémentaire *vous* offrant une couverture viagère maximale de 50 000 \$ ou moins), jusqu'à concurrence de la somme la plus élevée stipulée par chaque assureur.

De plus, *nous* disposons d'un plein droit de subrogation. En cas de règlement au titre de la présente police, *nous* avons le droit d'intenter des poursuites, en *votre* nom mais à *nos* frais, contre les tiers pouvant être à l'origine du sinistre faisant l'objet d'une demande de réclamation au titre de la présente police. Vous devez signer et produire les documents nécessaires et collaborer entièrement avec *nous* pour *nous* permettre de faire valoir pleinement *nos* droits. Vous ne devez rien entreprendre qui puisse nuire à ces droits. En contrepartie du paiement de prestations (indemnisation) et à hauteur du montant de celui-ci, *nous* devenons bénéficiaire des droits et causes d'action que *vous* pourriez avoir contre quiconque responsable de la perte. Si *nous* ne pouvons plus exercer cette action du fait de *votre* action ou inaction, *nous* pouvons être déchargés de tout ou partie de ses obligations envers *vous* ou *votre* bénéficiaire.

Si *vous* êtes couvert par plusieurs polices d'assurance établies par *nous*, la somme totale que *nous* *vous* payons ne peut excéder les frais que *vous* avez effectivement engagés. De plus, la somme maximale à laquelle *vous* avez droit correspond au montant le plus élevé stipulé pour la garantie en cause dans quelque police d'assurance que ce soit.

SECTION 8 – COMMENT FAIRE UNE RÉCLAMATION



En cas d'*urgence*, appelez le Centre d'assistance immédiatement au

+1 833-754-3725, sans frais, à partir du Canada et des États-Unis,

+1 416-987-1218, à frais virés, pour appeler au Canada à partir de tout autre pays

Notre Centre d'assistance est à *votre* service tous les jours, 24 heures sur 24.

Veillez noter que **si vous ne communiquez pas avec le Centre d'assistance**, avant de recevoir un *traitement* lorsque survient une *urgence*, **vous devrez payer 25 % des frais médicaux admissibles** que nous aurions normalement payés au titre de la présente police (quote-part de 25 %).

S'il vous est impossible du point de vue médical de communiquer avec le Centre d'assistance au moment où survient l'*urgence*, la quote-part de 25 % ne s'applique pas. Dans un tel cas, nous vous demandons de communiquer avec le Centre d'assistance dès que vous êtes en état de le faire, sinon de demander à quelqu'un de le faire à *votre* place. **Ne présumez pas qu'une personne communiquera avec le Centre d'assistance à votre place. Il vous incombe de vous assurer que le Centre d'assistance a été contacté.**

Si vous décidez de payer les frais admissibles directement à un fournisseur de soins de santé sans d'abord avoir obtenu l'autorisation du Centre d'assistance, ces frais admissibles vous seront remboursés sur la base des frais *usuels et raisonnables* que nous aurions payé directement à un tel fournisseur. Les frais médicaux que vous payez peuvent excéder ce montant; par conséquent, toute différence entre le montant que vous avez déboursé et les frais *usuels et raisonnables* que nous vous rembourserons sera à *votre* charge. Certaines prestations ne sont pas versées si elles n'ont pas été autorisées et coordonnées par le Centre d'assistance.

Pour présenter une demande de réclamation relative à une *maladie* ou à une *blessure* survenues durant *votre voyage*, vous devez nous envoyer une preuve du sinistre dans les douze (12) mois qui suivent le sinistre.

Si vous présentez une demande de réclamation au titre de l'assurance Soins médicaux d'urgence, nous aurons besoin des documents suivants : a) les reçus détaillés originaux de toutes les factures; b) une preuve de paiement pour les frais que vous avez vous-même payés ou qui ont été payés par un autre régime d'assurance; c) les dossiers médicaux, y compris le diagnostic complet rendu par le *médecin* traitant ou les documents rédigés par l'*hôpital*, lesquels doivent préciser que le *traitement* dispensé était nécessaire du point de vue médical; d) une preuve de l'accident si vous présentez une demande de réclamation pour des frais dentaires engagés par suite d'un accident; e) une preuve du voyage (indiquant les *dates de départ* et de retour); et f) *votre* dossier médical indiquant vos antécédents (si nous le jugeons nécessaire).

À qui versons-nous vos prestations advenant une demande de réclamation? Sauf dans le cas de *votre* décès, nous versons le montant des frais couverts au titre de la présente assurance à vous-même ou au fournisseur de services. Si vous décédez, toute somme payable est versée à vos ayants droit. Vous devez nous rembourser toute somme payée ou autorisée par nous en *votre* nom si nous établissons que cette somme n'est pas exigible aux termes des dispositions de *votre* police. Tous les montants stipulés dans le présent contrat sont en dollars canadiens. Si une conversion de devises s'impose, nous appliquons *notre* taux de change en vigueur à la date à laquelle le service stipulé dans *votre* demande de réclamation vous a été fourni. Nous ne payons pas d'intérêts au titre de la présente assurance.

Y a-t-il autre chose à savoir à propos des demandes de règlement?

Toute action ou procédure contre un assureur pour le recouvrement des sommes d'assurance payables en vertu du contrat sont interdites à moins qu'elles ne soient commencées dans le délai prévu par la Loi sur les Assurances, ou dans la Loi sur la Prescription de la province ou du territoire canadien où *votre* police a été émise.

Pour établir la validité d'une demande de règlement au titre de la présente police, *nous* pouvons *nous* procurer pour étude les dossiers médicaux établis par *votre* ou *vos médecins* traitants, y compris les dossiers établis par *votre* ou *vos médecins* de famille. Ces dossiers peuvent être utilisés pour établir la validité de la demande de règlement, que leur contenu ait été porté ou non à *votre* connaissance avant d'avoir subi un sinistre sous la présente police. Comme condition préalable au recouvrement des sommes assurées en vertu de la présente police, le demandeur doit *nous* donner la possibilité d'examiner la personne de la personne assurée quand et aussi souvent que *nous* l'exigeons raisonnablement pendant que la réclamation en vertu des présentes est en cours ; et en cas de décès de la personne assurée, *nous* pouvons exiger une autopsie sous réserve de toute loi de la juridiction applicable relative aux autopsies.

RENSEIGNEMENTS IMPORTANT DE CONTACT

Pour obtenir des renseignements sur *votre* demande de règlement, appelez le Centre de services à la clientèle au [1 833-754-3725](tel:1833-754-3725) ou [+1 416-987-0869](tel:+1416-987-0869).

Pour obtenir de l'information sur *votre* couverture ou des renseignements d'ordre général, ou encore pour demander une prolongation de couverture ou un remboursement de prime, composez le [+1 866-424-0825](tel:+1866-424-0825) ou [+1 416-987-1250](tel:+1416-987-1250).

Toute correspondance écrite relative à des demandes de règlement doit être envoyée à :

Northbridge General Insurance
Corporation care of
Xodus Travel Services Inc.
3215 Electricity Dr.
Windsor On. N8W 5J1

SECTION 9 – DÉFINITIONS

Voici la définition des termes en *italique* dans la présente police :

Acte terroriste – toute activité donnant lieu à l'utilisation ou à la menace d'utilisation de la violence, à la perpétration ou à la menace de perpétration d'un acte dangereux ou menaçant, ou à l'utilisation de la force et qui vise le grand public, les gouvernements, les organisations, les propriétés, les infrastructures ou les systèmes électroniques. L'activité en question a pour but :

- d'effrayer le grand public;
- de perturber l'économie;
- d'intimider, de contraindre ou de renverser le gouvernement au pouvoir ou les autorités en place; et/ou
- de servir des objectifs politiques, sociaux, religieux ou économiques.

Âge ou âgé(e) – Âge que *vous* avez à la date de *votre* proposition.

Avis de confirmation – Tout document ou ensemble de documents confirmant *votre* assurance au titre de la présente police et, le cas échéant, *vos* réservations de voyage. Ces documents comprennent l'*Entente de tarification médicale* et *votre* proposition d'assurance pour la présente police, une fois que *nous* avons reçu la prime exigible.

Blessure – Lésion corporelle soudaine qui résulte d'une cause d'origine externe et purement accidentelle, directement et indépendamment d'une *maladie* ou d'une affection et de toute autre cause.

Changement de médication – Diminution ou augmentation de la posologie ou de la fréquence d'un médicament, changement du type de médicament ou arrêt d'un médicament et/ou prescription d'un nouveau médicament.

Exceptions : le rajustement périodique du Coumadin, de la warfarine ou de l'insuline (à condition que ce médicament ne soit pas une nouvelle ordonnance ou que *vous* n'ayez pas cessé de le prendre récemment), lorsqu'aucun changement n'est survenu dans *votre problème de santé*; et le remplacement d'un médicament de marque par un médicament générique dont la posologie est la même.

Compagnon de voyage – Personne avec laquelle *vous* avez fait *vos* réservations de voyage et d'hébergement et qui voyage avec *vous*. Au plus trois personnes (incluant l'assuré) peuvent être considérées comme des *compagnons de voyage* au cours d'un même *voyage*.

Conjoint – Personne à laquelle la personne visée est légalement mariée ou qui habite avec celle-ci et est publiquement présentée comme son *conjoint*.

Date de départ – Date à laquelle *vous* quittez *votre lieu de résidence*.

Date d'effet – Date à laquelle *votre* couverture débute.

Pour les régimes Voyage unique, la couverture au titre de la garantie soins médicaux d'*urgence* débute à la plus éloignée des dates suivantes :

- date à laquelle *vous* quittez *votre lieu de résidence*, ou
- date indiquée dans *votre avis de confirmation*.

Pour un régime Voyages multiples, à chaque *voyage*, *votre* couverture au titre de la garantie *Soins médicaux d'urgence* débute le jour où *vous* quittez *votre* province ou territoire de résidence ou le Canada, et ce, à partir de la *date d'effet* du contrat indiquée dans *votre avis de confirmation*.

Date d'expiration – Date à laquelle *votre* couverture prend fin.

Pour les régimes Voyage unique, la couverture au titre de la garantie soins médicaux d'*urgence* prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- date de *votre* retour à *votre lieu de résidence*;
- *date d'expiration* indiquée dans *votre avis de confirmation*.

Pour un régime Voyages multiples, la couverture au titre de la garantie soins médicaux d'*urgence* prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- la date de retour à *votre lieu de résidence*;
- la *date d'expiration* indiquée dans *votre avis de confirmation*;
- dans le cas des *voyages* effectués à l'extérieur du Canada, la date à laquelle s'est écoulé le nombre maximal de jours de *voyage* souscrit pour chaque *voyage*, lequel est indiqué dans *votre avis de confirmation*.

Enfant – Fils ou fille célibataires et à charge ou petit-enfant, *âgé(e)s* de moins de vingt et un (21) ans ou de moins de vingt-six (26) ans s’il ou si elle étudient à temps plein. *Enfant* s’entend également d’un fils ou d’une fille célibataires et à charge, de n’importe quel *âge*, qui sont atteint(e)s d’un handicap physique ou mental.

Entente de tarification médicale – Document que *nous vous* remettons si *votre* proposition d’assurance fait l’objet d’une tarification médicale, et dans lequel sont énoncés *vos* problèmes de santé préexistants couverts au titre de la présente police ainsi que *vos* réponses à *notre questionnaire médical*.

Fait de guerre – Acte hostile ou guerrier, que la guerre soit déclarée ou non, commis en temps de paix ou de guerre par un gouvernement local ou étranger ou un groupe étranger, agitation civile, insurrection, rébellion ou guerre civile.

Famille immédiate – *Conjoint*, père, mère, tuteur légal, beau-père et belle-mère (par remariage), grands-parents, petits- enfants, belle-famille (famille du *conjoint*), *enfants* biologiques, *enfants* adoptifs, enfants du *conjoint* (par remariage), frères, sœurs, demi-frères, demi-sœurs, tantes, oncles, nièces ou neveux.

Hôpital – Établissement agréé doté de personnel dispensant des soins et des *traitements* aux patients internes et externes. Les *traitements* doivent être supervisés par des *médecins*, et du personnel infirmier autorisé doit être présent 24 heures sur 24. Des services chirurgicaux et de diagnostic doivent pouvoir être effectués sur place ou dans des installations contrôlées par l’établissement.

Un *hôpital* n’est pas un établissement utilisé principalement en tant que clinique, centre de soins palliatifs ou de longue durée, centre de réadaptation ou de désintoxication, maison de convalescence, de repos ou de soins infirmiers, ou foyer pour personnes *âgées* ou station thermale.

Lieu de résidence – La province ou le territoire dans lequel *vous* résidez au Canada. Si *vous* avez demandé que la couverture débute lorsque *vous* quittez le Canada, alors *lieu de résidence* s’entend du Canada.

Maladie – Affection ou trouble, ou tout symptôme connexe.

Médecin – Une personne autre que *vous-même*, un membre de *votre famille immédiate*, ou *votre compagnon de voyage*, diplômée en *médecine* autorisée à prescrire et à administrer un *traitement* médical dans le territoire de compétence où les services sont fournis.

Nous, notre, nos – Ces termes renvoient à Northbridge.

Problème de santé – Trouble de santé, *maladie* ou *blessure* (y compris les symptômes de problèmes non diagnostiqués).

Problème de santé préexistant – Tout *problème de santé* qui existait avant la *date d’effet* de *votre* assurance.

Questionnaire médical – Toutes les questions médicales auxquelles *vous* avez dû répondre lorsque *vous* avez demandé l’assurance au titre de la présente police.

Régime public d’assurance maladie – Couverture d’assurance *maladie* offerte aux personnes résidant au Canada par le gouvernement de leur province ou du territoire de résidence.

Soins médicaux – Traitement nécessaire au soulagement immédiat d’un symptôme aigu ou ne pouvant, de l’avis d’un *médecin*, être reporté jusqu’à *votre* retour à *votre lieu de résidence*. Il doit être prescrit et dispensé par un *médecin* durant le *voyage* ou dispensé par un physiothérapeute, chiropraticien, ostéopathe, podiatre ou podologue durant *votre voyage*.

Traitement – Hospitalisation, acte médical prescrit, posé ou recommandé par un *médecin* en lien avec un *problème de santé*. Sans se limiter à ce qui suit, voici quelques exemples : prescription de médicaments, tests médicaux à des fins d'investigation, intervention chirurgicale. **REMARQUE IMPORTANTE** : Toute référence aux épreuves, tests, résultats de test ou examens exclut les tests génétiques. Par test génétique, on entend un test qui analyse l'ADN, l'ARN ou les chromosomes à des fins telles que la prédiction d'une *maladie* ou des risques de transmission verticale, la surveillance, le diagnostic et le pronostic.

Troubles mentaux ou émotifs mineurs – Ces termes désignent :

- vivre de l'anxiété ou des crises de panique, ou
- vivre un état émotionnel ou une situation stressante.

Un trouble mental ou émotif mineur est un état pour lequel *votre traitement* comprend seulement des tranquillisants ou des anxiolytiques doux ou encore pour lequel aucun médicament n'a été prescrit.

Urgence – *Problème de santé* soudain et imprévu nécessitant un *traitement* immédiat. Une *urgence* cesse lorsqu'il est établi par le Centre d'assistance qu'aucun *traitement* n'est requis à destination ou que *vous* êtes en mesure de retourner dans *votre* province ou territoire de résidence pour recevoir ces *traitements*.

Usuels et raisonnables – Frais engagés pour des biens et des services qui sont comparables aux frais facturés par d'autres fournisseurs pour des biens et des services semblables dans une même région.

Véhicule – Voiture de tourisme ou de location, bateau, maison mobile, camionnette de camping ou caravane non motorisée que *vous* utilisez durant *votre voyage* exclusivement pour le transport de passagers (autres que des passagers contre rémunération).

Vous, votre, vos – Ces termes renvoient aux personnes désignées comme étant les assurés dans l'*avis de confirmation*, et pour qui l'assurance a été souscrite et *nous* avons reçu la prime appropriée.

Voyage – Période comprise entre la *date d'effet* de *votre* assurance et la *date d'expiration* indiquée dans *votre avis de confirmation*.

SECTION 10 – AVIS SUR LA VIE PRIVÉE

Le groupe de sociétés Northbridge s'engage à protéger vos informations personnelles. Cet avis de confidentialité s'applique à toutes les sociétés membres de Northbridge, qui comprennent la Corporation Financière Northbridge et la Corporation d'Assurance Générale Northbridge.

Quand *vous nous* demander un produit d'assurance ou un service, *vous* consentez à *nous* permettre de collecter, d'utiliser et de divulguer vos informations personnelles aux fins suivantes :

- Proposer et fournir des produits et services répondant à vos besoins ;
- Établir et maintenir des communications avec *vous* ;
- Vérifier les informations personnelles que *vous* fournissez dans *votre* candidature ;
- Évaluer et souscrire les risques de manière prudente ;
- Réaliser des évaluations de sécurité ;
- Déterminer les prix des produits d'assurance ;

- Enquêter et régler les réclamations ;
- Détecter et prévenir la fraude ou d'autres activités illégales ;
- Analyser les résultats commerciaux et compiler des statistiques ;
- Réaliser des études de marché ;
- Reporting aux entités réglementaires ou industrielles ; et
- Agir comme requis ou autorisé par la loi

Vous pouvez retirer *vos* consentement, mais cela pourrait limiter *notre* capacité à *vous* fournir le produit ou le service demandé.

Dans le cadre du maintien de *notre* relation avec *vous*, *nous* pouvons partager *vos* informations personnelles au sein du groupe de sociétés Northbridge et avec des tiers, mais uniquement aux fins identifiées ci-dessus et conformément au présent avis de confidentialité. Lorsque des informations personnelles sont partagées avec des tiers, cela se fait sur la base qu'ils maintiendront la confidentialité des informations. Si *nous* découvrons que des tiers traitent de manière inappropriée *vos* informations personnelles, *nous* prendrons les mesures appropriées pour protéger *vos* informations personnelles.

Nous pouvons faire appel à des fournisseurs de services situés à l'extérieur du Canada pour collecter, utiliser, divulguer ou stocker des informations personnelles. Lorsque *nous* le faisons, *nous* exigeons contractuellement que ce tiers utilise les mesures de sécurité appropriées pour protéger *vos* informations personnelles, sous réserve de la loi en vigueur dans la juridiction du tiers. Même si les informations personnelles se trouvent dans une autre juridiction, elles peuvent être consultées par les tribunaux, les forces de l'ordre et les autorités de sécurité nationale de cette juridiction. Les juridictions où les informations personnelles peuvent être collectées, utilisées, divulguées et stockées comprennent les États-Unis d'Amérique.

Vous pouvez obtenir une copie de *notre* politique de confidentialité en visitant *notre* site Web à www.nbfc.com ou en contactant *vos* courtier ou agent. Vous pouvez demander l'accès à *vos* informations personnelles que *nous* avons dans *nos* dossiers afin de vérifier leur exactitude et leur exhaustivité en envoyant une demande écrite à *notre* Responsable de la Confidentialité. Si *vous* avez des questions ou des plaintes concernant *notre* police ou *nos* procédures de confidentialité, veuillez contacter *notre* Responsable de la Confidentialité :

Par poste: Northbridge Financial Corporation
105 Adelaide Street West, 7th Floor
Toronto, Ontario M5H 1P9
Attention: Privacy Officer

Par courriel: privacy@nbfc.com

Par telephone: [\(416\) 350-4400](tel:(416)350-4400)
[1-800-268-9680](tel:1-800-268-9680)

Si nous ne parvenons pas à résoudre votre problème de confidentialité à votre satisfaction, vous avez le droit de contacter votre organisme de réglementation de la confidentialité. Notre Responsable de la Confidentialité vous fournira ces coordonnées sur demande.

SECTION 11 – DE L'AIDE AU BOUT DU FIL

Profitez pleinement de votre voyage! Notre Centre d'assistance multilingue est à votre service tous les jours, 24 heures sur 24.

Renseignements à obtenir avant le voyage

- Passeport et visa
- Avertissements sur les risques pour la santé
- Météo
- Taux de change
- Emplacements des consulats et des ambassades

En cas d'urgence médicale

- Vérification et explication de la couverture
- Recommandation d'un médecin, d'un hôpital ou de tout autre fournisseur de soins médicaux
- Suivi de votre urgence médicale et communication avec votre famille
- Coordination du rapatriement au lieu de résidence s'il est nécessaire du point de vue médical
- Facturation directe des frais couverts (si possible)

Autres services

- Assistance pour l'obtention de fonds d'urgence
- Services de traduction et d'interprète en cas d'urgence médicale
- Services de messages d'urgence
- Assistance pour l'obtention de médicaments sur ordonnance
- Assistance pour l'obtention de conseils juridiques ou d'un cautionnement



En cas d'urgence, appelez le Centre d'assistance immédiatement au [+1 833-754-3725](tel:+18337543725), sans frais, à partir du Canada et des États-Unis, [+1 416-987-1218](tel:+14169871218), à frais virés, pour appeler au Canada à partir de tout autre pays

Notre Centre d'assistance est à votre service tous les jours, 24 heures sur 24.



Tout le monde veut vivre sans soucis et devrait pouvoir voyager en toute confiance dans sa souscription d'une assurance voyage. La plupart des Canadiens voyagent tous les jours sans problème, mais si quelque chose arrive, les compagnies membres de l'Association Canadienne de l'assurance voyage (THiA) veulent *vous* faire connaître vos droits. La Déclaration des droits et responsabilités de THiA s'appuie sur les règles d'or de l'assurance voyage:

Connaissez *votre* santé | Connaissez *votre* voyage | Connaissez *votre* police | Connaissez vos droits

Les régimes sont souscrit par :

Corporation d'Assurance
Générale Northbridge /  Northbridge™
Assurance