

En considération de la demande de

AQOCI

ci-après appelée « Titulaire »

et en considération du paiement effectué par le titulaire de la prime telle qu'établie dans le « Tableau des primes », l'assureur consent à payer, aux personnes admissibles, les prestations énumérées dans ce contrat

Date d'entrée en vigueur

1^{er} août 2011

CECI EST VOTRE POLICE D'ASSURANCE. LISEZ-LA ATTENTIVEMENT

La proposition d'assurance fait foi des protections achetées et détermine les garanties du contrat.

La police définit les différentes protections et constitue, combinée à la proposition d'assurance, votre contrat d'assurance voyage.

Ces documents contiennent des clauses qui peuvent limiter les sommes payables. Veuillez les lire attentivement.

RÉGIMES D'ASSURANCE CONTENUS DANS LA PRÉSENTE POLICE

Définitions	page 2
Conditions	page 5
Assurance hospitalisation, frais médicaux	page 8
Assurance décès ou mutilation par accident	page 12
Assistance voyage	page 14
Exclusions et réductions de la garantie	page 16

NOTES :

Le genre masculin, utilisé dans ce contrat pour plus de commodité, désigne tant les femmes que les hommes.

Le terme proposition d'assurance utilisé dans ce contrat réfère également à l'attestation d'assurance.

DÉFINITIONS

Accident désigne un événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible qui est dû exclusivement à une cause extérieure de nature violente et qui occasionne, directement et indépendamment de toute autre cause, des blessures corporelles pendant que l'assurance est en vigueur.

Acte de terrorisme désigne un acte ou une menace fait avec ou sans utilisation de force ou de violence, incluant le piratage ou l'enlèvement d'un individu ou d'un groupe dans le but d'intimider ou de terroriser un gouvernement, groupe, une association ou population pour des raisons ou fins religieuses, politiques ou idéologiques.

Un acte de terrorisme ne désigne en aucun cas un acte de guerre (déclarée ou non), un acte d'ennemi étranger ou une rébellion.

Affection mineure désigne toute maladie, blessure ou état qui se rapporte à une condition médicale qui prend fin au moins 30 jours consécutifs avant la date de prise d'effet de la couverture et qui ne requiert pas :

- la consommation de médicaments pendant une période de plus de 15 jours, ou;
- plus d'une visite de suivi chez le médecin, ou;
- une hospitalisation, ou;
- une intervention chirurgicale, ou;
- la consultation d'un médecin spécialiste.

Une condition médicale chronique ou la complication d'une condition médicale chronique n'est pas considérée comme une affection mineure.

Assureur désigne l'Association d'Hospitalisation Canassurance (société de secours mutuels à but non lucratif) et/ou Canassurance, compagnie d'assurance-vie inc.

CanAssistance désigne la compagnie mandatée par l'assureur pour offrir les services d'assistance aux personnes assurées.

Compagnon de voyage désigne la personne qui planifie, part et revient avec la personne assurée pour effectuer le même voyage, jusqu'à un maximum de 6 personnes. Un membre de la famille immédiate de la personne assurée qui planifie et part avec la personne assurée pour effectuer le même voyage est considéré comme un compagnon de voyage mais ne compte pas dans le maximum de 6 personnes.

Fournisseur de voyage désigne un forfaitiste, un grossiste en voyage, une compagnie aérienne ou de croisière ou un hôtel. Lorsque deux ou plusieurs fournisseurs de voyage sont la propriété d'une seule personne ou corporation, ils sont considérés comme étant un seul fournisseur de voyage selon les termes de cette police.

Hôpital désigne un établissement enregistré en tant qu'hôpital accrédité et offrant des soins et des traitements à des patients internes ou externes. Un infirmier diplômé y est toujours de garde et on y trouve un laboratoire de même qu'une salle d'opération où les interventions chirurgicales sont pratiquées par un chirurgien légalement accrédité. Le terme « hôpital » ne désigne en aucun cas un établissement ou une partie d'un établissement accrédité ou utilisé principalement comme clinique, un établissement de soins prolongés, un hôpital de convalescence, une maison de repos, un établissement thermal ou un centre de désintoxication pour toxicomanes ou pour alcooliques.

Hospitalisation désigne l'admission et le séjour dans un hôpital comme patient alité pour y recevoir des soins de courte durée et ce, pour une période minimale de dix-huit (18) heures. Les soins de courte durée admissibles sont les soins de prévention, de diagnostic médical et de traitement médical (incluant la chirurgie) pour une maladie aiguë et ne comprennent pas les soins de convalescence et de réadaptation physique ou intellectuelle. Dans le cas d'une chirurgie d'un jour, la durée d'hospitalisation correspond à une période de dix-huit (18) heures d'hospitalisation.

Maladie désigne une détérioration de la santé, ou un désordre de l'organisme, constaté par un médecin, et dont l'origine se déclare pendant un voyage au cours de la période de couverture. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'annulation de voyage, cette détérioration, ou ce désordre, doit être suffisamment grave pour que la personne assurée ne soit pas en mesure de poursuivre ses projets de voyage. La grossesse n'est pas considérée comme une maladie, sauf en cas de complications pathologiques qui surviennent dans les 32 premières semaines.

Médecin désigne une personne légalement habilitée à exercer la médecine dans les lieux où les services médicaux sont rendus, et qui n'a aucun lien de parenté avec la personne assurée.

Membre de la famille de la personne assurée désigne le conjoint, le père, la mère, les grands-parents, petits-enfants, beaux-parents, un enfant (pas seulement à charge) de la personne assurée et/ou conjoint, un frère, une sœur, un demi-frère, une demi-sœur, un beau-frère, une belle-sœur, un oncle, une tante, un neveu, une nièce.

Membre de la famille immédiate de la personne assurée désigne le conjoint, le père, la mère, et les enfants de la personne assurée, du conjoint ou des deux.

Période de couverture désigne la période comprise entre la date de prise d'effet de l'assurance et sa date d'expiration.

Personne assurée désigne le participant canadien ou le partenaire canadien dans le cadre d'un programme parrainé par AQOCI.

Prépaiement désigne une somme d'argent mise en dépôt et qui n'est pas remboursable.

Réunion d'affaires désigne une réunion privée préalablement organisée entre compagnies sans lien d'affiliation dans le cadre de l'occupation à plein temps ou de la profession de la personne assurée, et qui constitue la seule raison du voyage (une preuve écrite des arrangements de la rencontre est requise). En aucun cas, une réunion d'affaires ne pourra inclure une procédure légale.

Titulaire du contrat désigne AQOCI.

Véhicule de transport public désigne tout véhicule exploité par un transporteur autorisé par les autorités compétentes pour le transport de passagers que ce soit par voies maritime, aérienne ou terrestre.

CONDITIONS

PRIMES

L'assurance n'est valide que si elle est souscrite et la prime payée en entier (plus taxes si applicable) avant la date de départ et pour toute la durée du voyage y compris les dates de départ et de retour.

RAPATRIEMENT DE LA PERSONNE ASSURÉE

En l'absence de contre-indication médicale, l'assureur peut exiger le rapatriement de toute personne ou son transfert à un lieu de traitement différent. Tout refus au rapatriement met fin à l'assurance et l'avis de terminaison au titulaire sera suffisant. Aucun remboursement de prime pour retour hâtif ne sera accordé lorsque la personne assurée refuse d'être rapatriée.

OBLIGATION DU TITULAIRE DU CONTRAT

Le titulaire du contrat fournira à l'assureur les noms et adresses des participants et partenaires. Cette liste inclura également les dates de départ et de retour ainsi que le pays de destination, et ce, au moins trente (30) jours avant le départ.

Toute modification subséquente doit être rapportée aussitôt que le titulaire en est informé.

PROLONGATION DE L'ASSURANCE

Le titulaire du contrat peut demander au cours de la période de couverture initiale une prolongation de l'assurance pour une (ou des) personne(s) assurée(s), à condition que les personnes assurées demeurent admissibles à l'assurance. Il faut notamment que la mission humanitaire soit prolongée. Le présent contrat ne s'applique pas si la prolongation est pour des raisons personnelles. Si la prolongation a pour effet de changer la tarification initiale du contrat, la nouvelle tarification s'applique à la durée entière du voyage.

Si les personnes assurées ont une demande de règlement à présenter pour la période de couverture initiale, la prolongation est conditionnelle à l'approbation de l'assureur. Aucune réclamation pour la période initiale ne sera acceptée si elle est présentée après que la prolongation ait été accordée.

Le titulaire du contrat doit faire une demande de prolongation en communiquant avec l'assureur avant la fin de la période de couverture initiale.

PROLONGATION D'OFFICE DE L'ASSURANCE

L'assurance en vertu du présent régime est prolongée d'office, sans frais :

- a) jusqu'à concurrence de vingt-quatre (24) heures lorsque le retour au lieu de résidence est reporté à cause d'un retard du transporteur, ou par suite d'un accident de la circulation ou d'une panne mécanique du véhicule privé retournant au point de départ (la demande de règlement doit être appuyée d'un document qui en atteste le bien fondé);
- b) pendant la durée de l'hospitalisation et les vingt-quatre (24) heures qui suivent la sortie de l'hôpital d'une personne assurée;
- c) jusqu'à concurrence de soixante-douze (72) heures lorsque le retour au lieu de résidence est reporté à cause d'une maladie d'une personne assurée ayant débuté dans les vingt-quatre (24) heures qui précèdent la date prévue de retour et nécessitant d'urgence des soins médicaux.

RÈGLEMENT

Demande de règlement

La responsabilité de l'assureur n'est engagée, en vertu du contrat, que s'il y a présentation d'une demande de règlement dans les trois (3) mois suivant la fin de l'assurance. La personne assurée doit obtenir des factures détaillées couvrant les services hospitaliers et médicaux qui auront été fournis et présenter une preuve de ces dépenses qui soit acceptable pour l'assureur.

L'assureur se réserve le droit de faire subir, à ses frais, des examens à la personne assurée dans le cadre d'une demande de règlement, et si la loi l'y autorise, de faire pratiquer une autopsie en cas de décès.

Modalité de paiement

L'assureur effectue tout remboursement au moyen d'un chèque libellé au fournisseur de service et à la personne assurée ou au cessionnaire de celui-ci, après réception et évaluation des comptes pertinents et des renseignements nécessaires s'y rapportant, selon les modalités prévues. Cependant dans tous les cas, l'assureur se réserve le droit de payer directement le fournisseur de services.

Tout montant payé par l'assureur ou en son nom le libère de toute obligation jusqu'à concurrence de ce montant.

Coordination des prestations

Si une personne assurée a droit à des prestations similaires en vertu d'un autre contrat d'assurance individuelle ou collective, les prestations payables en vertu de la présente police sont coordonnées de façon à ce que le total des sommes payées n'excède pas le montant qui fait l'objet de la demande de règlement.

Subrogation

Si une personne assurée acquiert un droit de poursuite contre toute personne physique ou morale relativement à une perte couverte en vertu de la présente police, l'assureur est subrogé à la personne assurée dans tous ses droits, jusqu'à concurrence du montant payé par l'assureur. La personne assurée doit signer et remettre les documents nécessaires à cet effet et faire tout ce qui est requis pour protéger ses droits.

Réticence, fraude ou tentative de fraude

Toute couverture visée par les présentes est nulle si, avant ou après une perte, une personne assurée dissimule ou déforme volontairement une circonstance ou un fait important concernant une couverture ou son objet, ou encore l'intérêt d'une personne assurée ou d'un demandeur. Il en est de même en cas de fraude ou de faux serment de la part d'une personne assurée.

Intérêt

Aucun intérêt ne sera versé sur les sommes payables en vertu de ce contrat.

Modification du contrat

Les termes et conditions du présent contrat ne peuvent être modifiés à moins d'une entente écrite entre le titulaire du contrat et l'assureur. La renonciation ou l'omission, de la part de l'assureur, d'exiger l'exécution ou l'observation d'une disposition quelconque du contrat ne doit pas être interprétée comme une renonciation de la part de l'assureur à son droit d'exiger l'exécution ou l'observation de toute disposition.

Monnaie

Tous les montants d'argent mentionnés dans la présente police, de même que toutes les sommes payables en vertu du contrat sont en monnaie légale du Canada.

ASSURANCE HOSPITALISATION, FRAIS MÉDICAUX ASSISTANCE VOYAGE

ADMISSIBILITÉ

Au moment de l'adhésion et pour toute la période de couverture, toutes les personnes assurées doivent être âgées de moins de 65 ans et bénéficiaires au sens de la loi sur l'assurance maladie et de la loi sur l'assurance hospitalisation de leur province respective.

CONDITION PARTICULIÈRE

Les prestations ne sont accordées que sur présentation d'un certificat du médecin traitant attestant que les services faisant l'objet de la demande de règlement ont été fournis, ou que la perte assurée est effectivement survenue.

ASSURANCE HOSPITALISATION, FRAIS MÉDICAUX

Les prestations sont versées pour des frais usuels et raisonnables engagés par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie soudaine qui survient à l'extérieur du lieu de résidence, pendant la période de couverture. Les traitements admissibles sont ceux déclarés nécessaires à la stabilisation de la condition médicale. Les prestations garanties par la présente assurance sont accordées en supplément et non en remplacement des prestations prévues par les programmes gouvernementaux.

PRESTATIONS

Chaque personne assurée est couverte pour les frais usuels et raisonnables énumérés ci-dessous, sous réserve d'un maximum de **5 000 000 \$** au total pour la durée du contrat et à la condition que ces frais ne soient pas engagés **avant d'avoir obtenu l'autorisation de Canassistance.**

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

L'assurance prend effet à la date de départ.

FIN DE L'ASSURANCE

L'assurance prend fin d'office au moment où la personne assurée revient à son point de départ ou à minuit à la date de retour indiquée lors de l'adhésion si le voyage n'est pas terminé. **Le rapatriement de la personne assurée met automatiquement fin à l'assurance.**

FRAIS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX

Hospitalisation

Les frais d'hospitalisation, en chambre privée ou semi-privée, excédant ceux qui sont remboursés ou remboursables en vertu des programmes gouvernementaux.

Frais accessoires

Les frais inhérents (téléphone, télévision, stationnement, etc...) à une hospitalisation sur présentation de pièces justificatives jusqu'à un minimum de 100,00 \$ par hospitalisation.

Honoraires de médecin

La différence entre les honoraires demandés par un médecin et les prestations prévues en vertu des programmes gouvernementaux.

Appareils médicaux

Le coût d'achat ou de location de béquilles, de cannes ou d'attelles; le coût de location de fauteuils roulants, d'appareils orthopédiques ou d'autres appareils médicaux, lorsque prescrits par le médecin traitant.

Honoraires d'infirmiers

Les honoraires pour les soins privés d'un infirmier diplômé (sans aucun lien de parenté avec la personne assurée) durant la période d'hospitalisation, lorsqu'ils sont médicalement requis et prescrits par le médecin traitant.

Frais de diagnostic

Les frais d'analyses de laboratoire et de radiographies lorsqu'elles sont prescrites par le médecin traitant.

Médicaments (lorsque prescrits dans le cadre d'un traitement d'urgence)

Les frais de médicaments obtenus sur ordonnance d'un médecin, sauf si requis pour la stabilisation continue d'un problème médical chronique.

Soins dentaires

Les honoraires des chirurgiens dentistes pour les soins dentaires requis par la suite d'un traumatisme externe (et non pas par suite de l'introduction volontaire d'un aliment ou d'un objet dans la bouche), seulement lorsqu'il y a endommagement des dents naturelles et saines n'ayant subi aucun traitement ou pour réduction de fracture ou de dislocation de la mâchoire. Dans tous les cas, le traitement doit débiter pendant la durée du contrat et se terminer dans les six (6) mois suivant la date de l'accident. La personne assurée doit transmettre à l'assureur une radiographie, prise après l'accident et avant le début des traitements, démontrant les dommages subis. Le montant remboursable est de 2 000 \$ par accident et par personne assurée, et de 200 \$ pour tout autre traitement dentaire d'urgence (excluant un traitement de canal).

FRAIS DE TRANSPORT

Les services suivants doivent être approuvés et planifiés par Canassistance :

Service d'ambulance ou de taxi

Les frais de transport terrestre ou aérien pour conduire la personne assurée jusqu'à l'établissement médical adéquat le plus proche. Cette indemnité inclut également le transfert entre hôpitaux lorsque le médecin traitant et Canassistance estiment que les installations existantes sont inadéquates pour traiter le patient ou stabiliser sa condition.

Rapatriement dans la province de résidence

Les frais de rapatriement de la personne assurée dans sa province de résidence par un moyen de transport adéquat pour y recevoir des soins médicaux immédiats et ce, après autorisation du médecin traitant et de Canassistance.

Transport pour visiter la personne assurée

Les frais de transport aller-retour, en classe économique, d'un membre de la famille ou d'un ami de la personne assurée se rendant :

- ◆ à l'hôpital où séjourne la personne assurée depuis au moins sept (7) jours (présentation obligatoire d'un document rédigé par le médecin traitant attestant de la nécessité de la visite), ou
- ◆ identifier la personne décédée, si nécessaire, avant le transport de la dépouille.

Disposition de la dépouille

En cas de décès, le coût de la préparation et du retour de la dépouille (excluant le coût du cercueil) jusqu'au point de départ dans la province de résidence ou le coût de crémation ou de l'enterrement sur place sous réserve d'un remboursement maximal de 30 000 \$.

ALLOCATION DE SUBSISTANCE

Les frais pour l'hébergement et les repas dans un établissement commercial, lorsqu'une personne assurée doit reporter son retour pour cause de maladie ou de blessure corporelle qu'elle subit elle-même, que subit un membre de la famille immédiate qui l'accompagne ou que subit un compagnon de voyage, sous réserve d'un remboursement maximal de 3 000 \$ (maximum 200 \$ par jour).

SUIVI MÉDICAL AU CANADA

Couverture suite à un rapatriement

Lorsqu'une personne assurée est rapatriée à son lieu de résidence au Canada aux frais de l'assureur à la suite d'une hospitalisation survenue au cours d'un voyage, l'assureur s'engage à rembourser les frais suivants lorsqu'ils sont engagés dans les 15 jours suivant le rapatriement :

1. Les frais de séjour en chambre semi-privée dans un hôpital ou un centre de convalescence et de réadaptation physique sous réserve d'un maximum de 1 000 \$.
2. Les frais de service d'un infirmier auxiliaire licencié ou d'un préposé d'une agence spécialisée lorsque des soins sont requis au domicile sous réserve d'un maximum de 50 \$ par jour, maximum 10 jours.
3. Les frais de location des équipements médicaux suivants : béquilles, marchette standard, cannes, bandages herniaires, corsets orthopédiques et oxygène, sous réserve d'un maximum de 150 \$.
4. Les frais de transport (ambulance et taxi) pour des déplacements dans le but de recevoir des soins, jusqu'à un maximum de 250 \$.

Psychologue

Les services professionnels d'un psychologue sont couverts sous réserve d'un maximum remboursable de 250\$ lors du retour au lieu de résidence si le traitement débute dans les 15 jours suivant le retour.

ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT

ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT

Les définitions, termes et conditions propres au contrat original s'appliquent à cette couverture.

ADMISSIBILITÉ

Au moment de l'adhésion, et pour toute la période de couverture, toutes les personnes assurées doivent être âgées de moins de 65 ans.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

L'assurance prend effet à la date de départ.

FIN DE L'ASSURANCE

L'assurance prend fin d'office au moment où la personne assurée revient à son point de départ ou à minuit à la date de retour indiquée lors de l'adhésion si le voyage n'est pas terminé. **Le rapatriement de la personne assurée met automatiquement fin à l'assurance.**

COUVERTURE

Sous réserve des dispositions, conditions, exclusions et réductions de la couverture de la présente police, l'assureur couvre la personne assurée contre la perte accidentelle de la vie ou la perte de l'usage d'un ou de plusieurs membres.

La perte doit résulter directement d'un accident subi pendant la période de couverture et elle doit survenir dans les 180 jours suivant la date de cet accident.

L'Assureur verse un montant prévu au Tableau des prestations et correspondant au pourcentage du capital assuré de 50 000 \$.

Tableau des prestations

Perte accidentelle de	Pourcentage payable pour 50 000 \$	
	Moins de 18 ans	De 18 à 64 ans
la vie dans un véhicule de transport public en tant que passager payant	40%	200%
la vie lors de toute autre circonstance	20%	100%
l'usage de plusieurs membres ou la vision des deux yeux	20%	100%
l'usage d'un seul membre ou la vision d'un œil	10%	50%

Paiement de la somme assurée

Dans le cas de la perte de la vie d'une personne assurée, la somme assurée est payée directement à sa succession. Dans le cas de la perte accidentelle de l'usage d'un ou de plusieurs membres ou de la vision d'un œil ou des deux yeux, la somme assurée est payée à la personne assurée qui a été victime de l'accident, à son représentant, ou à son tuteur, si elle est mineure. Si la personne assurée subit plus d'une perte, l'assureur paie pour une seule perte, soit celle qui donne droit au montant le plus élevé.

ASSISTANCE VOYAGE (CANASSISTANCE ^{MC})

ASSISTANCE MÉDICALE

Si à la suite d'un accident ou d'une maladie subite, la personne assurée doit consulter un médecin ou être hospitalisée, elle doit appeler immédiatement Canassistance qui prendra les dispositions nécessaires pour vous fournir les services suivants :

- vous diriger vers une clinique ou un hôpital approprié et avancer les fonds à l'hôpital si nécessaire;
- confirmer la couverture de l'assurance médicale afin d'éviter un dépôt monétaire souvent substantiel;
- assurer le suivi du dossier médical et communiquer avec le médecin de famille;
- rapatrier la personne assurée dans sa province de résidence s'il y a lieu;
- prendre les dispositions nécessaires pour faire venir un membre de la famille si la personne assurée doit séjourner à l'hôpital au moins 7 jours et si le médecin traitant le prescrit.

AVIS

À défaut de communiquer avec Canassistance en cas de consultation médicale ou d'hospitalisation suite à un accident ou une maladie subite, les indemnités seront refusées.

L'assureur et Canassistance ne sont pas responsables de la disponibilité ou de la qualité des soins médicaux et hospitaliers administrés, ni de l'impossibilité d'obtenir de tels soins.

ASSISTANCE GÉNÉRALE

Pour toute autre situation d'urgence, la personne assurée peut communiquer avec Canassistance afin de bénéficier de services tels que :

- assistance téléphonique sans frais, 24 heures par jour, 7 jours par semaine;

- transmission de messages urgents;
- coordination des demandes de règlement;
- service d'interprète aux appels d'urgence;
- référence à un avocat dans le cas d'un accident grave;
- règlement des formalités en cas de décès;
- assistance en cas de perte ou de vol de papiers d'identité;
- informations sur les ambassades et les consulats;
- informations pré-voyage (visas et vaccins).

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS DE GARANTIE

Exclusions applicables aux assurances hospitalisation, frais médicaux, et annulation et interruption de voyage

Aucune somme n'est payable aux termes de la présente assurance, si la perte subie ou les frais engagés résultent **directement** ou **indirectement** de l'une des causes suivantes :

1. Au cours des 3 mois précédant la date de prise d'effet de la couverture :

a) toute maladie, blessure ou état (à l'exception d'une affection mineure) qui se rapporte à une condition médicale pour laquelle la personne assurée :

- a consulté un médecin (sauf pour un examen médical de routine), ou ;
- a été hospitalisée, ou ;
- s'est fait prescrire ou a reçu un nouveau traitement, ou ;
- a eu un changement dans un traitement existant, ou ;
- s'est fait prescrire ou a consommé un nouveau médicament, ou ;
- a eu un changement de posologie de sa médication existante.

L'assureur ne considère pas comme un changement de posologie de médication existante les éléments suivants :

- ajustement de routine d'insuline ou de Coumadin ;
- changement de médicament pour son équivalent dans une marque générique, pour autant que la posologie soit la même ;
- prise d'Aspirine non prescrit ;
- diminution de la posologie du médicament pour le cholestérol ;
- hormonothérapie de substitution ;
- vitamines et minéraux et tout autre médicament non prescrit ;
- pommades ou onguents prescrits pour irritations cutanées.

b) toute condition cardiaque pour laquelle la personne assurée a consommé de la nitroglycérine plus d'une fois dans une période de 7 jours pour le soulagement de douleur à la poitrine.

c) toute condition pulmonaire pour laquelle la personne assurée a été traitée avec de l'oxygène à domicile ou a eu recours à la corticothérapie.

2. Tout état ou condition de la personne assurée pour lequel les symptômes ont été ignorés ou pour lequel un avis médical n'a pas été suivi ou les investigations, traitements, examens, ou interventions recommandés n'ont pas été effectués avant la date d'achat ou la date du premier dépôt non remboursable du voyage ou du titre de transport.
3. Voyage entrepris par la personne assurée pour recevoir des soins médicaux ou dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou blessée et que la condition médicale ou le décès subséquent de cette personne constitue l'événement qui cause l'annulation, l'interruption, la prolongation ou la modification du voyage.
4. Accident survenu lors de la participation de la personne assurée à un sport contre rémunération ou à un événement sportif auquel des prix en argent sont remis aux gagnants, à tout genre de compétition de véhicules moteurs ou à tout genre d'épreuve de vitesse, à un sport dangereux ou violent tel que mais non limité à : delta-plane, sports de neige hors piste, saut d'obstacle à cheval, escalade ou alpinisme (route grade 4 ou 5 selon l'échelle du Yosemite Decimal System – YDS), parachutisme, vol plané ou à voile, chute libre ou saut à l'élastique (bungee jumping), canyoning, et tout sport ou activité hors de l'ordinaire, hors normes et comportant un haut degré de tension et de risques.
La restriction quant aux épreuves de vitesse ne s'applique pas aux activités d'athlétisme amateur qui sont sans contact et que la personne assurée pratique uniquement à des fins de loisir ou de mise en forme.
5. Abus de médicaments ou d'alcool, consommation de drogue, consommation de médicaments ou produits expérimentaux ou toutes autres formes de toxicomanies par la personne assurée, et les conditions qui s'ensuivent, de même que la conduite d'un véhicule moteur alors que la personne assurée est sous l'influence d'une drogue quelconque ou que son taux d'alcoolémie est supérieur à 80 milligrammes par 100 millilitres de sang.
6. Suicide, tentative de suicide ou blessure volontaire de la personne assurée, que cette personne soit saine d'esprit ou non.
7. Perpétration ou tentative de perpétration, directe ou indirecte, d'un acte criminel par la personne assurée en vertu de toute loi.

8. Guerre, invasion, actes d'ennemis étrangers, hostilités entre nations (que la guerre soit déclarée ou non), guerre civile, rébellion, révolution, insurrection.
9. Toute condition résultant de troubles mentaux, nerveux, psychologiques ou psychiatriques de la personne assurée sauf si elle doit être hospitalisée relativement à cette condition.
10. Défaut de la personne assurée de communiquer avec Canassistance en cas de consultation médicale ou d'hospitalisation, suite à un accident ou une maladie subite.

Exclusions applicables à l'assurance hospitalisation et frais médicaux seulement

1. Tout traitement et toute chirurgie conseillés avant la prise d'effet de l'assurance.
2. Frais occasionnés par une grossesse et les complications dans les huit (8) semaines précédant la date prévue de l'accouchement.
3. Toute demande relative à des patients hospitalisés dans des hôpitaux pour malades chroniques ou dans un service pour malades chroniques d'un hôpital public, ou à des patients qui se trouvent dans des maisons de soins prolongés ou des stations thermales.
4. Frais de tous soins, traitements, produits ou services autres que ceux qui sont déclarés nécessaires au traitement de la blessure ou de la maladie ou à la stabilisation de la condition médicale par les autorités compétentes.
5. Honoraires d'infirmiers pour des soins de soutien ou des soins donnés pour la commodité du patient.
6. Frais engagés à des fins esthétiques.
7. Frais engagés hors de la province de résidence de la personne assurée quand ces frais auraient dû être engagés dans la province de résidence sans danger pour la vie ou la santé de la personne assurée, à l'exception des frais immédiatement nécessaires par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident, ou d'une maladie subite. Le seul fait que des soins pouvant être prodigués dans la province de résidence soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être hors de cette province ne constitue pas, au sens de la présente

exclusion, un danger pour la vie ou la santé de la personne assurée.

Sans limiter la généralité de l'exclusion du paragraphe précédent, aucun assuré voyageant à l'extérieur de sa province de résidence principalement ou accessoirement pour consultation ou traitement n'a droit aux prestations de la présente assurance, même si un tel voyage est recommandé par un médecin.

8. Frais hospitaliers qui sont occasionnés hors de la province de résidence et qui ne sont pas assurés en vertu des programmes gouvernementaux.
9. Les produits suivants ne sont pas couverts par la présente assurance même s'ils sont obtenus sur ordonnance :
 - les préparations alimentaires pour nourrissons, les suppléments ou substituts alimentaires ou diététiques de toute nature, y compris les protéines, les produits dits naturels, les multivitamines et les médicaments brevetés, les antiacides, les produits digestifs, les laxatifs, les antidiarrhéiques, les décongestionnants, les antitussifs, les expectorants et tout autre médicament contre le rhume ou la grippe, les gargarismes, les huiles, shampooings, lotions, savons et tout autre produit dermatologie.
10. À l'exception du Suivi médical au Canada, le rapatriement autorisé par l'assureur pour raison médicale met fin, dès lors, à la couverture.

Exclusions applicables à l'assurance décès ou mutilation par accident

1. Accident survenu lors de la participation de la personne assurée à un sport contre rémunération ou à un événement sportif auquel des prix en argent sont remis aux gagnants, à tout genre de compétition de véhicules moteurs ou à tout genre d'épreuve de vitesse, à un sport dangereux ou violent tel que mais non limité à : delta-plane, sports de neige hors-piste, saut d'obstacle à cheval, escalade ou alpinisme (routes grade 4 ou 5 selon l'échelle du Yosemite Decimal System – YDS), parachutisme, vol plané ou à voile, chute libre ou du saut à l'élastique (bungee jumping), canyoning, et tout sport ou activité hors de l'ordinaire, hors normes et comportant un haut degré de tension et de risques.

La restriction quant aux épreuves de vitesse ne s'applique pas aux activités d'athlétisme

amateur qui sont sans contact et que la personne assurée pratique uniquement à des fins de loisir ou de mise en forme.

2. Abus de médicaments ou d'alcool, consommation de drogue, consommation de médicaments ou produits expérimentaux ou toutes autres formes de toxicomanies, et les conditions qui s'ensuivent, de même que conduite d'un véhicule moteur alors que la personne assurée est sous l'influence d'une drogue quelconque ou que son taux d'alcoolémie est supérieur à 80 milligrammes par 100 millilitres de sang.
3. Suicide, tentative de suicide ou blessure volontaire, que la personne assurée soit saine d'esprit ou non.
4. Guerre, invasions, actes d'ennemis étrangers, hostilités entre nations (que la guerre soit déclarée ou non), guerre civile, rébellion, révolution, insurrection.
5. Perpétration ou tentative de perpétration, directe ou indirecte, d'un acte criminel en vertu de toute loi.
6. Acte de terrorisme.

AVIS

Tout avis adressé à l'assureur peut être valablement transmis à :

Association d'Hospitalisation Canassurance
Case postale 910, succursale B
Montréal (Québec)
H3B 3K8

Annexe 1

Tableau des primes

Durée du séjour	Primes Hospitalisation, frais médicaux et décès ou mutilation par accident	Primes Bagage
1 mois	50 \$	8,40 \$
2 mois	75 \$	16,80 \$
3 mois	95 \$	25,20 \$
4 mois	105 \$	33,60 \$
Mois additionnel	50 \$ / mois	8,40 \$ / mois

Assurance annulation et interruption de voyage : 2,35\$ par 100\$ d'assurance

La taxe d'assurance de 9% s'applique en sus sur la portion annulation et interruption de voyage