Entente

Régimes d'assurance collective

2024

RTO
ERO

Comment RTOERO appuie vos régimes d'assurance

Les régimes d'assurance collective Entente - Frais médicaux complémentaires, Frais hospitaliers et soins de convalescence, et Soins dentaires - sont détenus et gérés par RTOERO. Le conseil d'administration et le comité des assurances, dirigés par des bénévoles, gèrent la conception du régime et les primes, en mettant à l'avant-plan l'intérêt prioritaire des membres.

Le service à nos membres est fourni par :

- Johnson Inc., notre administrateur des demandes de règlement et des services - et fier partenaire de RTOERO depuis plus de 30 ans
- La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada, un assureur de Securian Financial Company, à titre de souscripteur des régimes Frais médicaux complémentaires, Frais hospitaliers et soins de convalescence, et Soins dentaires Entente
- La Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances (« RSA »), à titre de souscripteur de notre Assurance voyage et Protection supplémentaire d'assurance voyage Entente

Ce livret fournit un sommaire des régimes d'assurance collective Entente et ne constitue pas un contrat d'assurance. Le fait de posséder ce livret ne confère pas un droit aux garanties prévues par les régimes d'assurance qui y sont présentés. Toutes les descriptions des garanties sont gouvernées par les contrats d'assurance principaux détenus par RTOERO. En cas de divergence entre les contrats d'assurance principaux et les informations contenues dans ce livret, les contrats d'assurance principaux auront préséance. Les contrats d'assurance principaux déterminent votre admissibilité aux garanties prévues et décrivent vos droits au paiement de toute prestation. RTOERO et/ou les assureurs se réservent le droit d'effectuer des changements aux modalités des garanties et aux processus administratifs en tout temps et n'assument aucune responsabilité pour toute mesure prise par le gouvernement qui pourrait de façon quelconque influencer ces régimes.

Votre régime gouvernemental d'assurance maladie doit être en vigueur afin que les garanties des régimes d'assurance collective Entente s'appliquent.

Mise à jour : décembre 2023

Entente
Régimes d'assurance collective

Bienvenue 2
Régimes d'assurance collective Entente 4
Services pratiques 7
Présenter une demande de règlement 8
Régime Frais hospitaliers et soins de convalescence 11
- Hôpital 11
- Soins de convalescence 12

Régime Frais médicaux complémentaires 14
- Médicaments sur ordonnance 15
- Soins paramédicaux 18
- Vision 20
- Appareils et accessoires d'assistance 21
- Services diagnostiques 23
- Soins infirmiers privés 24
- Transport/Ambulance 24
- Programme éducationnel 25
- Soins dentaires par suite d'un accident 25
- Régime d'assurance voyage de RTOERO 26
- La pharmacie d'Express Scripts Canada[MD] 27
- Kii par CloudMD 28

Assurance dentaire 29
- Soins de base et soins préventifs 30
- Restauration mineure 31
- Restauration majeure 31

Exclusions et restrictions générales relatives aux régimes d'assurance collective Entente 34
Régimes d'assurance individuelle 36
- Régime Assurance vie garantie 37
- Régime Assurance vie temporaire 37
- Régime Assurance décès et mutilation accidentels 37

Assurances habitation et automobile 38
Définitions 39
Déclaration de confidentialité 41
Régime d'assurance voyage de RTOERO 43
Renseignements importants 95
Coordonnées 96

Bienvenue à Entente!

Les régimes d'assurance collective de RTOERO possède un nouveau nom : **Entente**.

En 1981, le lancement de notre premier programme offrait aux membres de RTOERO et à leurs familles une assurance Frais médicaux complémentaires, une assurance hospitalisation ainsi qu'une assurance dentaire. Depuis, nous avons régulièrement élargi notre offre de services afin d'inclure des régimes d'assurance vie individuelle, ainsi que des options d'assurance auto, habitation et voyage. Notre objectif : fournir à nos membres la flexibilité requise pour choisir la couverture d'assurance répondant le mieux à leurs besoins.

Au cours des décennies, notre programme d'assurance complet a évolué pour devenir une suite distincte de services d'assurance qui sont élaborés, gérés et soutenus par RTOERO, mais possédant son identité propre. Nous avons complété cette évolution en désignant ce programme par un nom qui résume la relation spéciale entre notre organisation et les membres que nous sommes fiers de servir : Entente.

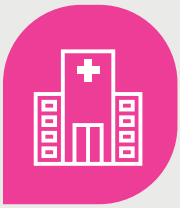
Une entente est littéralement un accord, qui s'inscrit dans des valeurs et des croyances communes. Nous croyons que cela reflète parfaitement l'esprit des services que nous offrons - et de tout ce que fait RTOERO. Une entente, c'est la compréhension, la collaboration et le soutien au sein d'une communauté de confiance.

Une nouvelle bannière, mais le même engagement envers vous

Même si la marque Entente est nouvelle, notre objectif reste le même : vous fournir des régimes d'assurance offrant le meilleur rapport coût-efficacité, la meilleure qualité et les plus compétitifs possibles pour répondre aux besoins des membres de RTOERO et de leurs familles. Comme toujours, vous savez que nos régimes d'assurance sont gérés par des experts et qu'ils reposent sur des bases financières solides. De plus, vous constaterez qu'Entente continue d'évoluer pour répondre à l'évolution de vos besoins.

Dans les pages qui suivent, vous trouverez des détails sur tous les aspects de cette offre d'assurance exceptionnelle. Bienvenue à Entente!

Régimes d'assurance collective Entente



Régime Frais hospitaliers et soins de convalescence

Régime Frais médicaux complémentaires
(incluant l'assurance voyage)

Assurance dentaire

Qui est admissible aux protections?

Les membres de RTOERO qui résident au Canada de façon permanente et qui sont assurés au titre d'un régime gouvernemental d'assurance maladie (RGAM) sont admissibles à participer aux régimes d'assurance offerts. Les protections sont également offertes à leur conjointe ou conjoint, y compris leurs enfants à charge, qui résident au Canada et qui sont assurés au titre d'un RGAM.

Veuillez consulter la section « Définitions », à la page 39 pour savoir qui remplit les conditions requises pour être assurée en tant que personne à charge admissible en vertu de cette assurance. Un conjoint ou une conjointe ou un enfant à charge peut adhérer à un régime sans que le titulaire de la police soit également assuré pour le même régime, à condition que le membre de RTOERO souscrive à au moins un autre régime.

Les protections pour les enfants célibataires âgés de moins de 30 ans qui sont inscrits à un établissement d'enseignement postsecondaire en tant qu'étudiants à temps plein demeureront en vigueur jusqu'à la première des dates suivantes : le 31 août de l'année scolaire, le 30e anniversaire ou la date de résiliation des protections. Une confirmation de l'inscription aux études à temps plein est exigée annuellement.

Les enfants ayant une déficience fonctionnelle qui étaient assurés à titre de personnes à charge demeurent assurés à tout âge, peu importe les restrictions d'âge applicables aux enfants à charge. Dans le cadre des régimes d'assurance offerts, un enfant ayant une déficience fonctionnelle inclut une personne célibataire qui était assurée à titre de personne à charge avant de manifester une déficience fonctionnelle, et qui, en conséquence directe de cette déficience fonctionnelle, est :

- incapable d'auto-assistance financière en raison d'un handicap
- entièrement dépendante de la participante ou du participant pour ses frais de subsistance selon les dispositions de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada)
- n'a pas de conjointe ou de conjoint

Une lettre d'un médecin attestant le diagnostic/pronostic est exigée.

Les étudiants aux études hors de la province : Les frais admissibles engagés par ou pour les enfants à charge assurés, lorsqu'aux études à l'extérieur de leur province de résidence habituelle, seront considérés au titre du régime Frais médicaux complémentaires, selon les mêmes exigences que les frais engagés à l'intérieur de leur province de résidence (leur régime gouvernemental d'assurance maladie doit être en vigueur).

À quelle date vos protections entrent-elles en vigueur?

Vous pouvez souscrire sans déclaration d'état de santé si vos protections actuelles sont celles du régime d'assurance collective d'un conseil scolaire, du régime d'assurance collective de votre conjointe ou conjoint ou de tout autre régime d'assurance collective. L'administrateur du service doit recevoir votre proposition d'assurance avant la date de cessation de votre autre régime d'assurance collective ou dans les 60 jours y faisant suite. Votre protection sera continue et entrera en vigueur le jour suivant la cessation de votre régime d'assurance collective antérieur peu importe la date à laquelle votre proposition d'assurance est reçue pendant ladite période de 60 jours.

Si vous souscrivez après le délai de 60 jours, transférez vos protections à partir d'un régime d'assurance individuelle, ou n'aviez pas d'assuranc au titre d'un régime d'assurance collective auparavant, votre demande sera considérée comme une « demande retardataire ».

Pour toute « demande retardataire »

Régime Frais hospitaliers et soins de convalescence et le régime Frais médicaux complémentaires – Vous aurez à présenter une déclaration d'état de santé. Votre protection n'entrera en vigueur que si votre proposition d'assurance est approuvée par l'assureur et, le cas échéant, à compter de la date de ladite approbation.

Régime Assurance dentaire – Votre protection entrera en vigueur à compter de la date de réception de votre formulaire dûment rempli. Pour toute demande retardataire, les prestations dentaires complètes **sont disponibles** immédiatement. Vous **devez demeurer inscrits** au régime d'assurance dentaire pendant 24 mois. Si vous mettez fin à votre régime de soins dentaires **après cette période**, vous ne pourrez pas vous réinscrire avant 12 mois.

Changement de situation

Il vous incombe d'expédier un avis écrit à l'administrateur du service lorsque votre type de protection nécessite un changement (par exemple, de famille à couple ou de célibataire à couple).

Ajouter un ou des personnes à charge : Si, après la date d'entrée en vigueur de vos protections, il y a une conjointe ou un conjoint (par le mariage ou par union de fait datant d'au moins 12 mois consécutifs), ou des enfants à charge à ajouter, vous devez souscrire l'assurance pour ces personnes dans les 60 jours du changement de situation familiale. Sinon, la souscription pour ces personnes fera l'objet des exigences susmentionnées pour les « demandes retardataires ». Si une personne à charge est hospitalisée à la date à laquelle l'assurance devrait entrer en vigueur, les protections pour cette personne à charge seront reportées jusqu'au jour suivant sa sortie de l'hôpital. Si vous bénéficiez déjà d'une protection familiale, toute nouvelle personne à charge sera assurée d'office, qu'elle soit hospitalisée ou non.

Procuration : Une procuration est un document juridique qui confère à une personne de votre choix le droit d'agir en votre nom et à titre de votre représentant légal, advenant que vous ne puissiez le faire. Si vous avez une procuration en vigueur, l'administrateur du service exigera une copie de la procuration générale ou perpétuelle relative aux biens.

À quelle date vos protections se terminent-elles?

Vos protections prennent fin lorsque survient le premier des événements suivants :

- Vous en demandez la résiliation par écrit
- Vous cessez d'acquitter les primes requises
- Vous n'êtes plus membre de RTOERO; ou
- Le régime d'assurance en question est résilié

REMARQUE : Les protections pour les personnes à charge cessent lorsque l'un des événements ci-dessus survient ou lorsqu'elles ne sont plus admissibles.

Selon la date de cessation ou la date du changement de situation, vous serez peut-être admissible à un retour des primes perçues.

Protections pour survivants : Suite à l'avis de votre décès, l'administrateur du service enverra un formulaire de continuation des garanties qu'il faudra remplir. Sous réception de celui-ci, les protections pour votre conjointe ou conjoint, ou celles de tout enfant à charge pourront continuer, dans la mesure où les primes sont acquittées et que ces personnes demeurent admissibles aux garanties.

Services pratiques

Le portail en ligne Mon assurance : Vous pouvez consulter les détails des régimes d'assurance collective Entente par le biais d'un site Web complètement sécurisé et privé. L'information est affichée en temps réel, ce qui permet de toujours avoir des données à jour sur les garanties et les demandes de règlement. Connectez-vous à Mon assurance en visitant **insurance.johnson.ca**

RÉSUMÉ ET RELEVÉS DES FRAIS MÉDICAUX

Chaque année, vous recevrez :

- Un relevé qui vous fournit un sommaire des options offertes au titre des régimes d'assurance collective Entente et détaille celles que vous avez actuellement souscrites. Ce relevé confirme les garanties en vigueur et le montant de vos primes mensuelles.
- Un relevé des primes et règlements aux fins de l'impôt sur le revenu qui vous fournit le total des primes payées pendant l'année civile précédente, y compris le total des demandes de règlement soumises et payées pour cette même année civile, pour vous et vos personnes à charge assurées. Les primes et la différence entre les montants soumis pour remboursement et ceux remboursés au titre des régimes d'assurance collective Entente peuvent être des dépenses médicales admissibles aux fins de l'impôt.

Présenter une demande de règlement

- **IMPORTANT :** Toutes les demandes de règlements doivent être soumises au plus tard dans les six mois suivant la date à laquelle les dépenses ont été engagées. Par exemple, toutes les dépenses encourues le 1er février doivent être soumises au plus tard le 1er août de la même année.
- Les frais admissibles pour un article (tel que les lunettes) seront remboursés en fonction des maximums applicables à l'année civile marquant le paiement complet de l'article. Les frais admissibles pour un service (tel que les soins d'un chiropraticien, physiothérapeute, etc.) seront remboursés en fonction des maximums applicables à la même année civile que celle de la prestation du service.
- Des photocopies des reçus sont acceptables. Les coupons de caisse et les reçus de carte de crédit ne sont pas acceptés.
- Les reçus doivent indiquer le nom du patient, l'information sur le vendeur ou le fournisseur, la date de service ou d'achat, une description de l'article acheté et une ventilation des frais. Veuillez noter que le relevé de compte du patient ne fournit pas les informations requises.
- En cas d'annulation d'un régime, toutes les demandes de règlement doivent être soumises dans un délai de 90 jours à compter de la date d'annulation.
- Pour des détails sur la façon de soumettre une demande de règlement pour votre assurance médicale de voyage en cas d'urgence annulation/interruption de voyage, référez-vous à la section sur le Régime d'assurance voyage de RTOERO.

Soumission en ligne

Vous pouvez soumettre votre demande de règlement électroniquement sur le portail Mon assurance à **insurance.johnson.ca**. Pour de nombreuses demande de règlement, vous pouvez facilement soumettre vos demandes de règlement en ligne, avec des détails de remboursement immédiat qui comprennent l'admissibilité, le remboursement et le montant versé.

À des fins de vérification, les reçus originaux peuvent être demandés à tout moment. Veuillez conserver vos reçus pendant sept ans.

Soumission manuelle

Si vous souhaitez envoyer votre demande par la poste, un formulaire de demande de règlement est nécessaire et peut être obtenu sur le portail Mon assurance à **insurance.johnson.ca**. Assurez-vous que votre formulaire de réclamation est dûment rempli, y compris votre numéro de certificat (ID#). N'oubliez pas de signer tout formulaire de demande. Veuillez soumettre vos demandes à votre équipe des demandes de règlement de Johnson Inc.

Soumission électronique par le fournisseur de services

- **Frais engagés à la pharmacie :** Présentez votre carte des avantages au moment d'un achat et votre pharmacien transmettra votre demande de règlement électroniquement. Vous n'aurez qu'à payer les frais d'exécution d'ordonnance, la portion restante du coût des médicaments inadmissible au titre de la garantie Médicaments sur ordonnance du régime Frais médicaux complémentaires de RTOERO et tout médicament inadmissible pour remboursement. Si votre pharmacien ne peut soumettre votre demande de règlement électroniquement, encouragez-le à communiquer avec le service d'assistance aux pharmacies au 1-800-563-3274 (sans frais).
- **Soins dentaires, soins paramédicaux et soins de la vue :** Les cabinets de dentistes, de fournisseurs de soins paramédicaux et soins de la vue équipés des systèmes nécessaires peuvent transmettre votre demande de règlement à Johnson Inc. électroniquement. Selon les procédures de votre fournisseur de soins, le paiement des frais admissibles peut être remis directement au praticien ou à vous.

Dépôt direct des remboursements : Le paiement de vos demandes de règlement peut être déposé directement dans votre compte bancaire. Il vous suffit d'envoyer un exemplaire de chèque portant l'inscription « ANNULÉ » à l'administrateur de service et tous les paiements futurs seront déposés dans votre compte. Si votre ou vos primes sont acquittées par prélèvements bancaires, le même compte bancaire doit être utilisé pour le service de dépôts directs. Si ce dernier n'est pas choisi, le paiement de vos demandes de règlement sera effectué par chèque que nous vous enverrons par la poste.

Relevé explicatif du paiement des demandes de règlement par courriel : Vous pouvez recevoir votre confirmation du paiement de vos demandes de règlement par courriel. Il suffit de fournir votre adresse électronique à l'administrateur du service. Vous recevrez une confirmation par courriel que le dépôt d'un paiement a été effectué et un lien électronique vers le portail « Mon assurance ». Vous pouvez consulter les détails de chaque demande de règlement en ligne.

Coordination des indemnités avec d'autres régimes : Si vous êtes assuré au titre de plus d'un régime d'assurance simultanément, la coordination des indemnités payables au titre de tous les régimes entrera en jeu. Le total des indemnités versées ne peut excéder les frais effectivement engagés.

Habituellement, vos demandes de règlement doivent être soumises en premier lieu, au titre des présents régimes. Celles de votre conjointe ou conjoint doivent être soumises en premier lieu, au titre de son propre régime; et les demandes de règlement relatives à vos enfants à charge doivent être soumises en premier lieu, au titre du régime du parent dont la date de naissance tombe la première (mois et jour) pendant l'année civile considérée.

Communiquez avec l'administrateur du service pour vérifier lequel des régimes s'applique en premier. Dans les situations où l'autre régime au titre duquel vous êtes assuré ne comporte pas de disposition pour la coordination des indemnités, les demandes de règlement doivent être soumises en premier lieu, au titre de ce régime. S'il est impossible de déterminer l'ordre de priorité par les moyens susmentionnés, les remboursements seront attribués de façon proportionnelle parmi les différents régimes.

Afin que votre demande de règlement pour le solde des frais engagés soit considérée au titre des présents régimes, il faut inclure, avec votre formulaire de demande de règlement pour soins médicaux complémentaires dûment rempli, une copie des explications des indemnités payées par l'autre assureur et une copie de tous les reçus.

Toutes les coordinations d'indemnités sont effectuées selon les normes de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc.

Régime Frais hospitaliers et soins de convalescence

Le régime Frais hospitaliers et soins de convalescence de RTOERO fournit des garanties pour les frais d'hospitalisation en chambre semi-privée au Canada et les frais de soins de convalescence à domicile ou dans un centre de convalescence à la suite d'une hospitalisation.

HÔPITAL

REMBOURSEMENT À 95% des frais journaliers d'une chambre semi-privée

Cette garantie vous aide à couvrir les frais d'hospitalisation en chambre semi-privée dans un hôpital canadien agréé, y compris les hôpitaux de réadaptation de courte durée (non les foyers). Vous devez recevoir des soins actifs de courte durée. Le remboursement des demandes de règlement pour les frais d'une chambre privée est calculé selon les frais exigés pour une chambre semi-privée ordinaire.

Exclusions et restrictions

Outre les exclusions et restrictions générales relatives aux régimes d'assurance collective Entente précisées à la page 34 de ce livret, le présent régime ne prend pas en charge les frais imputables ou attribuables, directement ou indirectement :

- À une chambre et aux soins dans un établissement pour soins de santé alternatifs aux malades chroniques, un établissement de convalescence, un établissement de réadaptation (foyers exclus) ou le département d'un hôpital pour soins aux malades chroniques
- À une chambre dans une maison de repos, un établissement de soins infirmiers, un centre de santé (spa), une maison du troisième âge,un établissement de soins de base ou une institution pour le traitement de l'alcoolisme, la toxicomanie ou les troubles de santé mentale
- À tout autre établissement fournissant des soins autres que des soins actifs de courte durée (par exemple, soins aux malades chroniques, soins de relève, soins complexes, réadaptation prolongée)

Présenter une demande de règlement

- Présentez votre carte des avantages au commis d'admission, lors de votre admission.
- L'hôpital devrait acheminer ses factures directement à l'équipe des demandes de règlement, en votre nom. Si l'hôpital exige que vous acquittiez la facture vous-même, postez le formulaire de l'hôpital confirmant le paiement complet et le formulaire de demande de règlement pour Frais médicaux complémentaires dûment rempli à l'équipe des demandes de règlement de Johnson Inc.
- Remarquez qu'il ne faut pas présenter une demande de règlement pour le solde des frais hospitaliers d'une chambre semi-privée, lorsque ceux-ci sont directement facturés par, et payés à, l'hôpital.

REMARQUE : Reportez-vous à la page 8 de ce livret pour consulter les renseignements d'ordre général sur les demandes de règlement.

SOINS DE CONVALESCENCE

La garantie Soins de convalescence du présent régime de RTOERO vous aide à couvrir les frais de soins de convalescence dans un centre de convalescence OU à domicile à la suite d'une hospitalisation.

Soins de convalescence dans un centre de convalescence

REMBOURSEMENT À **80 %** jusqu'à concurrence de 75 $ par jour, sous réserve d'un maximum de 30 jours par année civile à la suite immédiate d'une période d'hospitalisation d'au moins 24 heures pour soins actifs de courte durée.

Le régime couvre un séjour temporaire autorisé dans un centre de convalescence pour des soins actifs liés à la même affection médicale pour laquelle vous avez été hospitalisé.

Soins de convalescence à domicile

REMBOURSEMENT À 80 % jusqu'à concurrence de 75 $ par jour, sous réserve d'un maximum de 30 jours, à la suite d'une période d'hospitalisation active d'au moins 24 heures pour soins actifs de courte durée, et d'un maximum de 3 jours à la suite d'une intervention chirurgicale d'un jour.

Le régime couvre les frais des soins de convalescence que vous recevez à domicile. Les soins de convalescence à domicile peuvent être prodigués par des personnes qui n'ont pas une formation ou des compétences professionnelles particulières, si ces personnes travaillent sous la supervision d'une agence agréée de soins à domicile ou une agence agréée de soins de la santé à domicile. La recommandation écrite d'un médecin et un formulaire d'autorisation dûment rempli sont requis.

Les agences de soins de la santé à domicile incluent celles principalement autorisées à prodiguer des soins personnels et des services de soutien à domicile. Le niveau des soins inclut l'assistance avec ou pour :

- Les activités de la vie quotidienne (manger, aller aux toilettes, changer de position, se laver et s'habiller)
- La marche et l'exercice
- Les services ménagers ou les services d'assistance pour soins de la santé à domicile
- Les médicaments auto-administrés
- Les services nécessaires pour maintenir ou améliorer votre capacité fonctionnelle

L'employé(e) de l'agence ne doit pas vous être lié par le sang ou le mariage et ne doit pas habituellement demeurer dans votre résidence ou avec un membre de votre famille étendue. Bien qu'il ne soit pas nécessaire que les soins soient prodigués au cours de jours consécutifs, ils doivent être prodigués dans les 90 jours de la date de la sortie de l'hôpital.

Conseils pour la soumission des demandes de règlement

- Communiquez avec l'équipe des demandes de règlement pour obtenir un formulaire d'autorisation avant d'engager toute dépense.
- Veillez à joindre au formulaire d'autorisation, les factures ou reçus de l'agence de soins de la santé à domicile ou du centre de convalescence, et faites parvenir le tout à l'équipe des demandes de règlement.
- Les reçus doivent détailler chacun des services fournis, y compris le nom du fournisseur, la date du service et les frais exigés pour le service.

REMARQUE : Reportez-vous à la page 8 de ce livret pour consulter les renseignements d'ordre général sur les demandes de règlement.

Régime Frais médicaux complémentaires

Le régime Frais médicaux complémentaires (FMC) couvre les frais admissibles qui ne sont pas couverts habituellement par votre régime gouvernemental d'assurance maladie (RGAM) et qui sont engagés pour des soins et services jugés nécessaires sur le plan médical. Les frais admissibles au titre du régime FMC seront remboursés en fonction des limites et maximums stipulés dans le présent livret.

Les remboursements sont effectués selon les normes du domaine des soins de la santé, y compris les frais raisonnables et habituels exigés dans la région où les frais sont engagés et s'il y a lieu, après que la portion des frais admissibles ait été acquittée par votre RGAM.

Les demandes de règlement non urgentes et courantes engagées en voyage sont considérées en vertu du régime FMC, sous réserve de toutes les exclusions et limitations. Les reçus de ces réclamations doivent être traduits et fournir toutes les informations requises.

Reportez-vous à la page 8 de ce livret pour consulter les renseignements d'ordre général sur les demandes de règlement, et à la page 34 pour la liste complète des exclusions et restrictions générales relatives aux régimes d'assurance collective Entente.

Pour plus d'informations concernant votre régime d'assurance voyage de RTOERO, veuillez vous référer à la page 43.

MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE

REMBOURSEMENT À 85 % du coût des ingrédients jusqu'à concurrence de 3 400 $ par personne assurée, par année civile

Inclut les médicaments, sérums, injections et les composés/mélanges portant un DIN et selon la loi, nécessitent une ordonnance d'un médecin, d'un dentiste ou autre praticien autorisé à prescrire de telles ordonnances, et qui sont obtenus d'un pharmacien autorisé.

Le remboursement est effectué en fonction du coût du médicament interchangeable le plus économique, ce qui est habituellement un médicament générique qui, selon la loi, peut être légalement utilisé pour exécuter l'ordonnance. Si vous choisissez d'acheter le médicament d'origine, vous devrez payer la différence entre le coût du médicament d'origine et celui du médicament interchangeable le plus économique. Si une raison médicale vous empêche de tolérer le médicament générique, demandez à votre médecin de remplir le formulaire « Demande d'approbation d'un médicament de marque – Assurance collective ». Faites parvenir le formulaire dûment rempli à l'équipe des demandes de règlement pour approbation. Si votre demande est approuvée, votre garantie pour médicaments sur ordonnance couvrira le coût du médicament d'origine sous réserve des prestations maximales de la garantie.

La pharmacie d'Express Scripts Canada[MD] est une pharmacie en ligne qui vous donne la priorité lorsque vous devez faire exécuter une ordonnance pour un médicament d'entretien. Il s'agit d'un service entièrement volontaire et offre un remboursement plus élevé du coût des ingrédients à 100 % pour les médicaments d'entretien génériques sur ordonnance ou à 90 % pour les médicaments de marque admissibles. Veuillez consulter la page 27 pour plus de détails.

Le maximum payable pour les médicaments sur ordonnance inclut :

- Les franchises exigées au titre du régime gouvernemental d'assurance maladie (RGAM) (par exemple, Médicaments de l'Ontario, RAMQ et Fair Pharmacare) sont remboursées à 85 % du coût des ingrédients des médicaments admissibles.
- Les traitements pour la dysfonction sexuelle, remboursés à 85% du coût des ingrédients des médicaments admissibles.
- Les fournitures pour glucomètres et pompes à insuline des diabétiques (par exemple, les lancettes, bandelettes et seringues) sont admissibles. Vos fournitures pour le traitement du diabète pourraient être admissibles au titre du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) en présentant une ordonnance de votre médecin à votre pharmacien. Remboursés à 85 %.
- Certains médicaments et fournitures médicales non sur ordonnance, requis à la suite d'une colostomie ou d'une iléostomie ou pour le traitement de la fibrose kystique, du diabète, du Parkinsonisme ou d'une maladie cardiaque. Remboursés à 85 % du coût des ingrédients des médicaments admissibles.

En Ontario, certains médicaments ne sont couverts par le PMO que selon un USAGE RESTREINT. Votre première demande de règlement pour un médicament à usage restreint sera payée. Vous recevrez par la suite une lettre demandant que votre médecin ou pharmacien confirme que vous répondez ou non aux critères d'admissibilité aux médicaments à usage restreint du PMO. Le paiement de toute demande de règlement ultérieure pour ce médicament fera l'objet de la réception annuelle de ladite confirmation.

REMARQUE: L'approvisionnement maximal de médicaments est de 100 jours. Si vous planifiez un voyage prolongé, vous pouvez obtenir un approvisionnement supplémentaire de 100 jours en demandant à votre pharmacien de contacter l'équipe des demandes de règlement.

Exclusions et restrictions

Outre les exclusions et restrictions générales relatives aux régimes d'assurance collective Entente précisées à la page 34 de ce livret, la garantie Médicaments sur ordonnance ne prend pas en charge les frais imputables ou attribuables, directement ou indirectement, aux :

1. Médicaments grand public, qu'ils aient été prescrits ou non par votre médecin, à l'exception de ceux requis par suite d'une colostomie ou d'une iléostomie, ou du traitement d'une fibrose kystique, du diabète, d'une maladie du cœur ou du Parkinsonisme
2. Médicaments, sérums, produits et accessoires injectables non approuvés par Santé Canada (Aliments et Médicaments) ou utilisés à titre expérimental ou encore, dont l'usage est contrôlé, que cet usage soit approuvé ou non
3. Médicaments, sérums et produits injectables qui ne sont pas dispensés par un pharmacien autorisé
4. Produits de santé naturels (PSN) tels que les vitamines et minéraux,

les plantes médicinales, les remèdes homéopathiques, les remèdes traditionnels tels que la médecine traditionnelle chinoise, les probiotiques et autres produits tels que les acides aminés et les acides gras essentiels

5. Cannabis médical
6. Suppléments et remèdes
7. Frais de composition et d'exécution des ordonnances
8. Le coût de l'administration d'injections, de sérums et de vaccins.

Conseils pour la soumission des demandes de règlement

- Demandez à votre pharmacien de facturer électroniquement vos frais admissibles de médicaments sur ordonnance. Lorsque vous irez chercher vos médicaments, vous serez responsable d'acquitter les frais d'exécution d'ordonnance, la portion des frais inadmissible au titre de la garantie Médicaments sur ordonnance du régime Frais médicaux complémentaires de RTOERO et tout médicament inadmissible pour remboursement au titre du régime FMC de RTOERO.
- Les demandes de règlement pour les médicaments composés doivent être soumises électroniquement par votre pharmacien.
- Si la pharmacie transmet votre demande de règlement électroniquement, il ne faut pas soumettre vos reçus pour les frais d'exécution d'ordonnance ou la portion des frais inadmissible.
- Si votre pharmacien ne peut soumettre votre demande de règlement électroniquement, encouragez-le à communiquer avec le service d'assistance aux pharmacies au 1-800-563-3274 (sans frais). Si on ne peut parvenir à une solution immédiate, il vous faudra payer tous les frais et par la suite soumettre votre demande de règlement via le portail Mon assurance ou manuellement à l'équipe des demandes de règlement.
- Si vous soumettez une demande de règlement manuelle, incluez votre reçu réel d'ordonnance, et non pas l'étiquette d'ordonnance.

REMARQUES :
Reportez-vous à la page 8 de ce livret pour consulter les renseignements d'ordre général sur les demandes de règlement.

SOINS PARAMÉDICAUX

Services non chirurgicaux

REMBOURSEMENT À 80 % sous réserve d'un montant maximal de 1 300 $ par personne assurée, par année, pour tous les types de praticiens combinés

Le régime couvre les services non chirurgicaux des praticiens autorisés, licenciés ou agréés ci-après énumérés. Le praticien doit être agréé et autorisé à fournir ces services dans son domaine d'expertise reconnu, dans la province où il exerce sa profession. Dans le cadre des domaines d'expertise qui font l'objet d'un organisme de réglementation provincial, seuls les frais pour les soins ou les services d'un praticien dont la désignation est reconnue par ledit organisme de réglementation sont admissibles.

Une recommandation préalable d'un médecin n'est pas exigée et les paiements sont effectués dès la première visite.

- Acupuncteur
- Chiropodiste
- Chiropraticien
- Diététiste
- Ergothérapeute
- Herboriste
- Homéopathe
- Naturopathe
- Nutritionniste
- Ostéopathe
- Physiothérapeute
- Podiatre
- Psychothérapeute
- Psychologue clinicien agréé
- Massothérapeute
- Thérapeute spécialisé en Shiatsu
- Travailleur social
- Orthophoniste

Remarquez que les services d'acupuncture et de soins des pieds prodigués par une infirmière autorisée sont également admissibles à un remboursement.

Les frais engagés pour les traitements de réflexologie prodigués par l'un ou l'autre des praticiens susmentionnés sont admissibles à un remboursement, dans la mesure où le praticien exerce dans son domaine d'expertise reconnu. Veillez à communiquer avec l'équipe des demandes de règlement pour confirmer que les traitements de réflexologie relèvent de la portée de la pratique du praticien que vous visiterez.

Services chirurgicaux

REMBOURSEMENT À 80 %

Le régime couvre les frais exigés pour un examen de radiographie effectué par chacun d'un chiropodiste, un chiropraticien, un ostéopathe ou un podiatre, sous réserve d'une prestation maximale de 30 $ par année civile; ainsi qu'une prestation allant jusqu'à 100 $ pour les frais de service chirurgicaux (par exemple, l'extraction des ongles d'orteil ou de verrues plantaires) d'un chiropodiste ou d'un podiatre. Ces prestations sont en sus et indépendantes des autres prestations de cette garantie et ne peuvent être combinées au maximum annuel prévu pour les services non chirurgicaux de la présente garantie.

Conseils pour la soumission des demandes de règlement

Les reçus doivent détailler le traitement reçu, la date du traitement, les frais exigés pour le traitement, ainsi que préciser le nom, le titre professionnel, la désignation et le numéro d'enregistrement du praticien.

REMARQUE :
Reportez-vous à la page 8 de ce livret pour consulter les renseignements d'ordre général sur les demandes de règlement.

VISION

REMBOURSEMENT À 80 %

Le régime couvre :

- Les articles de lunetterie sur ordonnance (lunettes de vue, lunettes de soleil et les verres de contact), y compris les frais pour leur ajustement, la chirurgie oculaire au laser et les incisions cornéennes, jusqu'à concurrence d'un montant global de 400 $ par personne assurée, pour toute période de deux années civiles consécutives
- Le coût de nouvelles lentilles (montures exclues) requises dans les six mois faisant suite à une chirurgie oculaire, sous réserve d'une prestation maximale viagère de 400 $ par personne assurée. Cette prestation supplémentaire ne s'applique qu'à la suite du paiement complet de la prestation maximale payable pour les articles de lunetterie
- Les verres de contact sur ordonnance, pour un astigmatisme cornéen grave, une cicatrisation cornéenne grave, un kératocône ou une aphakie, afin de corriger la vue pour atteindre une acuité visuelle d'au moins 20/40 (seulement si cette acuité visuelle ne peut être atteinte par des lunettes ordinaires), jusqu'à concurrence de 400 $ par personne assurée, pour toute période de deux années civiles consécutives
- Les exercices curatifs ou d'entraînement visuel non couverts par votre RGAM, sous réserve d'un maximum de 50 $ par personne assurée, par année civile
- Les examens oculaires, sous réserve d'un maximum de 150 $ par personne assurée, pour toute période de deux années civiles consécutives, pour vous ou votre conjointe ou conjoint admissible, et par année civile pour vos enfants à charge admissibles
- La chirurgie de la cataracte - les frais liés à la chirurgie de la cataracte non couverts ailleurs dans le régime, sous réserve d'un maximum à vie de 300 $ par œil

Conseils pour la soumission des demandes de règlement

Les demandes de règlement pour une chirurgie oculaire au laser et pour les nouvelles lentilles requises à la suite d'une chirurgie oculaire doivent préciser la date de la chirurgie oculaire.

REMARQUE : Reportez-vous à la page 8 de ce livret pour consulter les renseignements d'ordre général sur les demandes de règlement.

APPAREILS ET ACCESSOIRES D'ASSISTANCE

REMBOURSEMENT À 80 %

Le régime couvre le remboursement des frais pour les appareils et accessoires d'assistance énumérés ci-dessous, sous réserve des frais raisonnables et habituels. Une ordonnance écrite et le diagnostic d'un médecin ou, lorsque la législation provinciale le permet, d'une infirmière praticienne (IP), sont nécesaires. Le remboursement des frais pour les appareils et accessoires d'assistance sera réduit du montant admissible au titre des divers programmes provinciaux.

Le Programme d'appareils et d'accessoires fonctionnels (PAAF) est disponible pour les résidents de l'Ontario. Seuls les appareils ou accessoires obtenus auprès d'un vendeur autorisé par le PAAF sont admissibles au titre du PAAF.

Avant de faire l'achat de tout article, veillez à communiquer avec l'équipe des demandes de règlement pour connaître les critères d'admissibilité et le maximum payable au titre du régime, le cas échéant.

Si le financement provincial n'est pas disponible pour votre article, veuillez envoyer votre devis à l'équipe des demandes de règlement. L'équipe examinera et déterminera si l'article est admissible à un remboursement. Vous aurez ensuite une pleine compréhension de vos dépenses personnelles avant de faire votre achat.

a) Bandes herniaires, orthèses, attelles, béquilles, cannes et plâtres
b) Membres ou yeux artificiels, prothèses mammaires
c) Trois soutiens-gorges pour mastectomie par année civile
d) Prothèses capillaires sous réserve d'un maximum de 640 $ par année civile
e) Bas de soutien à compression dégressive ou bas élastique orthopédiques, d'une compression minimale de 15 mmHg, jusqu'à concurrence de 400 $ par année civile
f) Les appareils orthétiques et les chaussures orthopédiques faites sur mesure (qui ne font pas partie d'une orthèse), y compris les ajustements de ou modifications aux chaussures orthopédiques ordinaires, sous réserve d'un maximum global de 500 $ par personne assurée, pour toute période de deux années civiles consécutives (le coût des chaussures orthopédiques préfabriquées et chaussures de profondeur spécialisée n'est pas couvert). Remarque : pour être admissibles au remboursement, les appareils orthétiques doivent être dispensés par un chiropodiste, un chiropraticien, un orthésiste, un podo-orthésiste ou un podiatre.
g) Chaussures orthopédiques qui sont reliées à une orthèse et qui font partie intégrante de celle-ci
h) La location ou l'achat d'un cadre de marche (ambulateur), d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital ou d'un respirateur/ventilateur. Afin qu'un lit d'hôpital soit considéré, le patient doit être non ambulatoire

i) L'achat ou la réparation de prothèses auditives, à l'exclusion des piles, sous réserve d'un maximum de 1 100 $ par personne assurée, pour toute période de trois années civiles consécutives

j) Un examen auditif, sous réserve d'un maximum de 75 $ par personne assurée, par année civile

k) Les pompes à insuline et les indicateurs de glycémie/glucomètres

l) Les fournitures pour incontinence, sous réserve d'un maximum de 750 $ par année civile (les reçus de caisse ne sont pas acceptables; le reçu doit indiquer le nom du patient, l'information sur le fournisseur, la description de l'article acheté, ainsi que la date de paiement complet)

m) Les chaises gériatriques ou fauteuils releveurs (monte-escaliers électriques pas inclus) sous réserve d'un maximum viager de 1 000 $ par personne assurée

n) Les accessoires d'aide et de bien-être requis suite à une intervention chirurgicale (pince longue pour chaussettes ou un appareil d'aide à lacer) et qui sont directement liés à l'intervention chirurgicale en question, jusqu'à concurrence de 200 $ par personne assurée, pour toute période de deux années civiles consécutives. Les articles doivent être achetés dans un délai de six mois à compter de la date de chirurgie

o) Téléviseur en circuit fermé (CCTV), sous réserve d'un maximum viager de 500 $ par personne assurée

p) L'achat ou la location d'un dispositif de ventilation spontanée avec pression respiratoire positive (VSPEP), une unité toutes les cinq années civiles consécutives, y compris les accessoires admissibles (par exemple, masque, casque, tubulures, filtres et humidificateur)

q) Si les frais sont jugés raisonnables, la réparation des appareils et accessoires d'assistance couverts par ce régime, sous réserve de l'approbation préalable de l'équipe des demandes de règlement

r) L'administration d'oxygène et l'oxygène (autant dans la province de résidence qu'à l'extérieur de celle-ci) sous réserve de l'approbation préalable. Les frais associés à l'entretien des appareils ne sont pas admissibles.

Tous les appareils et accessoires admissibles loués seront limités à une période de location de trois mois. Si l'achat d'un appareil ou accessoire d'assistance s'avère nécessaire sur le plan médical et est approuvé, le montant remboursé pour la location dudit appareil ou accessoire sera soustrait du montant remboursable pour l'achat. Si l'achat a lieu avant l'approbation requise, le remboursement pourrait se limiter au coût d'une période de location d'un maximum de trois mois.

Les mises à niveau pour les appareils et accessoires d'assistance seront remboursées au coût standard de l'appareil ou de l'accessoire d'assistance.

Exclusions et restrictions

Outre les exclusions et restrictions générales relatives aux régimes d'assurance collective Entente précisées à la page 34 de ce livret, la garantie Appareils et accessoires d'assistance ne prend pas en charge les frais imputables ou attribuables, directement ou indirectement, aux :

- Piles
- Les frais pour la livraison, l'installation ou la mise à niveau des appareils et accessoires d'assistance et autres frais afférents (par exemple, frais d'expédition et de manutention)
- Garanties et programmes d'entretien

Conseils pour la soumission des demandes de règlement

- Une ordonnance d'un médecin indiquant le diagnostic et un formulaire d'autorisation (s'il y a lieu) dûment rempli, fourni par l'équipe des demandes de règlement de Johnson Inc., sont requis.
- Des renseignements supplémentaires pourraient être nécessaires afin d'évaluer l'admissibilité de l'appareil ou de l'accessoire.
- Certains articles font l'objet d'une assistance financière provinciale par l'entremise des Régimes gouvernementaux d'assurance-maladie (RGAM), tels que le Programme d'appareils et accessoires fonctionnels de l'Ontario (PAAF). Pour tous les appareils et accessoires admissibles, vous devez en premier lieu faire votre demande auprès d'un fournisseur de service autorisé ou à tout autre programme gouvernemental autorisé pour les appareils et accessoires. Les remboursements au titre du régime Frais médicaux complémentaires de RTOERO sont réduits du montant admissible au titre des RGAM, que vous ayez ou non fait une demande d'assistance financière provinciale. Les reçus doivent préciser les montants réglés par les RGAM (s'il y a lieu), ou si inadmissibles, une lettre de refus sera requise.

REMARQUE : Reportez-vous à la page 8 de ce livret pour consulter les renseignements d'ordre général sur les demandes de règlement.

SERVICES DIAGNOSTIQUES

REMBOURSEMENT À 80 %

Le régime couvre les examens diagnostiques de laboratoire, y compris les tests de dépistage, sous réserve d'un maximum viager de 250 $ par personne assurée, par année civile. Les frais exigés et les services effectués doivent être détaillés sur la facture du laboratoire même, indiquant également que le test n'est pas couvert au titre du régime gouvernemental d'assurance maladie (RGAM).

Les scanographies, telles que, sans toutefois s'y limiter, les IRM, TEP ou le dépistage génétique, les frais de prélèvement sanguin, de même que les radiographies et les tests de laboratoire qui seraient habituellement couverts au titre d'un RGAM, ne sont pas admissibles.

Les remboursements sont effectués seulement après que la partie des frais admissibles au titre du RGAM, s'il y a lieu, ait été versée.

SOINS INFIRMIERS PRIVÉS

REMBOURSEMENT À 80 % sous réserve d'un montant maximal de 2 000 $ par personne assurée, pour toute période de deux années civiles consécutives.

Là où une nécessité médicale existe, le régime couvre les services médicaux à l'extérieur d'un hôpital, fournis par une infirmière autorisée, une infirmière auxiliaire autorisée ou une infirmière auxiliaire licenciée. La personne pourvoyant les soins ne doit pas vous être liée par le sang ou le mariage et ne doit pas habituellement demeurer dans votre résidence ou avec un membre de votre famille étendue. Ces services ne sont pas admissibles pour un remboursement s'ils sont offerts dans une maison de soins infirmiers, une maison de retraite ou une maison pour personnes du troisième âge, à moins que l'établissement ne fournisse une lettre confirmant que les services infirmiers ne sont pas offerts. Les frais de services d'entretien du foyer, d'aide-ménagère et de compagnie ne sont pas admissibles.

Les services doivent être ceux qui ne peuvent être fournis que par une infirmière autorisée, tel qu'il est énoncé ci-haut.

REMARQUE : Un formulaire d'autorisation dûment rempli par le médecin traitant et la participante ou le participant est requis.

TRANSPORT/AMBULANCE

REMBOURSEMENT À 80 %

Le régime couvre :

a) Les frais de transport par ambulance terrestre autorisée, à destination d'un hôpital local pour un traitement d'urgence jugé nécessaire pour raisons médicales

b) Les frais de transport d'urgence par ambulance aérienne autorisée ou par tout autre transport en commun, à partir de votre hôpital à destination de l'hôpital le plus proche offrant le traitement requis, plus les frais de transport par ambulance terrestre autorisée du lieu de départ et d'arrivée dans le cas d'ambulance aérienne, jusqu'à concurrence d'un aller-retour par personne assurée, par année civile.

REMARQUE : Les frais de transport à partir de l'hôpital à destination du lieu de résidence ne sont pas admissibles.

PROGRAMME ÉDUCATIONNEL

REMBOURSEMENT À 80 % sous réserve d'un montant maximal de 200 $ par personne assurée, par année civile

Le régime couvre les programmes éducationnels de nature médicale qui sont admissibles à un crédit d'impôt pour frais médicaux selon la Loi de l'impôt sur le revenu. Votre demande d'approbation doit être accompagnée d'une note d'un médecin qui précise le diagnostic et les recommandations du programme. Il faut également inclure une description du programme de la part du fournisseur du programme éducationnel visé. Pour vous renseigner davantage sur les programmes admissibles au crédit d'impôt pour frais médicaux, visitez le site Web de l'ARC à **www.canada.ca**.

SOINS DENTAIRES PAR SUITE D'UN ACCIDENT

REMBOURSEMENT À 80 % sous réserve d'un maximum de 1 000 $ par personne assurée, par année civile

Le régime couvre les soins dentaires requis pour traiter les blessures aux dents naturelles et artificielles attribuables à un coup d'origine externe à la bouche. Les soins doivent être prodigués par un dentiste ou un chirurgien-dentiste autorisé. Le traitement doit commencer dans les 12 mois suivant la date de l'accident et être terminé pendant que l'assurance est en vigueur. Le remboursement sera effectué selon le traitement le moins dispendieux constituant les soins dentaires professionnels requis pour des résultats convenables. Les soins dentaires seront remboursés en fonction de l'actuel guide des tarifs s'appliquant aux soins prodigués.

Sont exclus les frais de soins dentaires engagés en raison d'un accident attribuable à la mastication, ainsi que les frais de soins dentaires qu'il incombe à un tiers d'acquitter.

Présenter une demande de règlement

Un formulaire de demande de règlement pour soins dentaires par suite d'un accident doit être rempli par le dentiste et le participant et envoyé à l'équipe des demandes de règlement, accompagné des radiographies de prétraitement.

Si l'incident dentaire par suite d'un accident survient pendant un voyage à l'extérieur de votre province de résidence, veuillez vous référer à la page 55 de la section du Régime d'assurance voyage de RTOERO.

REMARQUE : Reportez-vous à la page 8 de ce livret pour consulter les renseignements d'ordre général sur les demandes de règlement.

RÉGIME D'ASSURANCE VOYAGE DE RTOERO

REMBOURSEMENT À 100 %

Le régime d'assurance voyage de RTOERO vous couvre ainsi que vos personnes à charge assurées jusqu'à un maximum de 10 000 000 $ par personne assurée par voyage, pour un nombre illimité de voyages d'une durée maximale de 93 jours chacun, pour certaines dépenses engagées en raison d'une urgence survenant lors d'un voyage à l'extérieur de votre province.

Le régime Annulation de voyage et Interruption de voyage s'applique à vous et vos personnes à charge assurées jusqu'à 6 000 $ par personne assurée, par voyage, si votre voyage est annulé, interrompu ou retardé en raison de circonstances indépendantes de votre volonté.

Pour que votre assurance voyage soit en vigueur, vous devez être assuré au titre du régime Frais médicaux complémentaires et être dans votre province de résidence le jour du début de votre voyage.

Advenant une urgence médicale, vous devez communiquer immédiatement avec Global Excel avant de demander un traitement.

Pour l'indemnité en cas d'annulation et d'interruption de voyage, il est important d'appeler Global Excel la journée où la cause de l'annulation, de l'interruption ou du retard de voyage survient, ou le jour ouvrable suivant. Le service est disponible 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

Pour les détails complets sur le Régime d'assurance voyage de RTOERO, y compris la liste des exclusions et restrictions applicables à cette assurance, veuillez consulter la page 43. Si vous avez besoin d'assistance ou avez des questions, communiquez avec l'administrateur du service.

PHARMACIE
D'EXPRESS SCRIPTS CANADA[MD]

La pharmacie d'Express Scripts CanadaMD est une pharmacie en ligne réputée qui vous donne la priorité lorsque vous vous présentez avec une ordonnance. Il s'agit d'un service optionnel disponible à travers le Canada*.

Les avantages aux membres :

- Des remboursements plus élevés du coût des ingrédients – 100 % pour les médicaments d'entretien génériques sur ordonnance ou à 90 % pour les médicaments de marque admissibles
- Fournit un approvisionnement de 100 jours dans la mesure du possible, pour vous aider à économiser sur les frais d'ordonnance à payer
- La livraison gratuite à votre domicile du lundi au samedi
- Des soins personnalisés dans le confort de votre foyer. Les pharmaciens d'Express Scripts Canada sont disponibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour répondre à toutes vos questions ou préoccupations concernant les médicaments que vous prenez.
- Téléchargez l'application mobile (disponible dans l'App Store ou Google Play) ou appelez le 1 (855) 550-MEDS (6337).

L'application pharmacie vous permet de :

- Gérer les ordonnances de votre famille depuis pratiquement n'importe où
- Configurer des alertes de rappel de médicaments
- Renouveler automatiquement vos ordonnances
- Vérifier l'état de la livraison et suivre votre envoi depuis pratiquement n'importe où

Créez votre compte dès aujourd'hui :
pharmacy.express-scripts.ca/fr/rtoero.

* En raison de la réglementation provinciale, le remboursement plus élevé n'est pas disponible au Québec.

Kii par CloudMD Deuxième avis médical

Avez-vous déjà vécu l'incertitude médicale? Peut-être avez-vous remis en question un diagnostic ou un plan de traitement pour vous-même ou un proche. Notre partenariat avec CloudMD vous procure, à vous et aux membres de votre famille, un accès aux meilleurs experts médicaux au monde pour vous aider à prendre des décisions médicales en toute confiance.

Les services confidentiels de CloudMD sont disponibles sans frais additionnels pour les participants au régime d'assurance santé Frais médicaux complémentaires de RTOERO, ainsi que pour leurs enfants (peu importe l'âge), parents et beaux-parents. Vos enfants, parents et beaux-parents n'ont pas à être assurés en vertu du régime pour être admissibles aux services de CloudMD.

Ce service s'adresse aux membres qui :

- Reçoivent un avis médical/diagnostic et désirent obtenir un deuxième avis
- Exigent des options pour un spécialiste
- Recherchent un médecin de famille ou une infirmière praticienne
- Reçoivent un diagnostic de santé, un traitement médicalou une procédure et désirent plus d'informations pour la prise de décision et/ou vous guider dans les prochaines étapes de votre parcours de santé Le service CloudMD est disponible 24 heures sur 24, 365 jours par année, par téléphone ou sur le portail en ligne. Vous serez en contact avec une infirmière coordinatrice agréée, qui entreprendra les services en votre nom.

Deuxième avis médical
Vous obtiendrez un rendez-vous avec un spécialiste canadien qualifié pour un second avis médical. Vous recevrez aussi un rapport sur les conclusions médicales du spécialiste.

Trouver un médecin de famille
Vous recevrez une liste de médecins généralistes ou d'infirmières praticiennes disponibles en fonction de votre lieu de résidence. L'infirmière examinera la liste et répondra à vos questions.

Options spécialisées
Vous recevrez de l'assistance pour trouver un spécialiste au Canada ou aux États-Unis. Vous aurez le choix entre trois spécialistes. Ce dossier d'information comprendra de brèves notes professionnelles sur le spécialiste, les temps d'attente actuels, des évaluations et des critiques. Vous pouvez transmettre ces informations à votre médecin traitant pour qu'il les étudie et vous oriente vers le spécialiste approprié.

Coaching
L'infirmière vous expliquera vos traitements médicaux, votre diagnostic ou vos processus et procédures.Le service CloudMD offre les caractéristiques et avantages suivants.

- **Commodité** – CloudMD offre une expérience sans faille, ce qui vous permet de gagner du temps. Une infirmière coordinatrice spécialisée vous aidera à obtenir les informations ou l'assistance dont vous avez besoin.
- **Approche personnalisée** – Une infirmière vous accompagnera tout au long de votre parcours de santé, en vous guidant à chaque étape.
- **Expérience et expertise** – CloudMD dispose d'un vaste réseau de médecins et de spécialistes, tous très expérimentés dans le système de santé canadien.
- **Service rapide** – Lorsque vous souffrez d'un problème de santé grave ou complexe, chaque journée compte. CloudMD vous aidera à rassembler vos dossiers médicaux et à procéder à un examen.
- **Protection de la vie privée** – La protection de votre vie privée est notre principale préoccupation. CloudMD respecte les normes les plus strictes pour protéger vos informations médicales confidentielles.
- **Expertise spécialisée** – Les experts de CloudMD prennent en charge votre diagnostic et votre régime d'assurance pour toute une gamme de problèmes de santé, allant du cancer à la cardiologie en passant par les maladies digestives, les troubles liés à l'arthrose et la santé mentale.

Voici comment commencer à utiliser le service de deuxième avis médical

1re étape : Appelez, envoyez un courriel ou le formulaire de recommandation à CloudMD

2e étape : Une infirmière coordinatrice des soins vous contactera pour recueillir toutes les informations médicales et répondre à vos questions/préoccupations.

3e étape : Ces informations médicales seront regroupées et envoyées à un spécialiste qui examinera le diagnostic et fournira un deuxième avis.

4e étape : L'infirmière coordinatrice des soins fixera un rendez-vous avec le spécialiste (virtuel/en personne) pour que vous puissiez discuter du deuxième avis.

Pour commencer

- Remplissez le formulaire de recommandation en utilisant la plateforme Kiihealth de CloudMD sur le site **mso.kiihealth.ca/rtoero**
- Envoyez un courriel à CloudMD à mso@kiihealth.ca
- Téléphonez à CloudMD au 1-866-814-0018.

Assurance dentaire

Tous les remboursements pour frais de soins dentaires admissibles sont effectués selon les tarifs suggérés dans le Guide des tarifs des généralistes de l'Association dentaire. Les remboursements sont effectués selon la province où les soins dentaires sont prodigués et selon le traitement le moins dispendieux constituant les soins dentaires professionnels requis pour des résultats convenables. Il vous incombe d'assumer les frais des honoraires de spécialistes excédant les tarifs de généralistes en vigueur. Il est entendu que les frais de laboratoire raisonnables et habituels sont ceux qui n'excèdent pas 80 % des tarifs indiqués dans le Guide des tarifs des généralistes de l'Association dentaire de la province où les soins dentaires sont prodigués. Les frais de laboratoire sont remboursés au même taux que le traitement auquel ils sont liés et font partie des maximums établis pour la garantie.

Les soins admissibles doivent être prodigués par un dentiste, un denturologiste ou un hygiéniste dentaire.

Soins dentaires à l'extérieur du Canada : Vous êtes couvert pour tout traitement de soins dentaires requis lorsque vous êtes en voyage à l'extérieur du Canada. Le remboursement des frais sera effectué selon les mêmes critères que les soins similaires offerts dans votre province de résidence. Une facture signée par le dentiste traitant et détaillant les services fournis, le coût par service, y compris les radiographies préalables au traitement, ou une lettre d'expertise, sera exigée.

Plan de traitement : Si les soins dentaires proposés excèdent 600 $, vous devriez soumettre un plan de traitement détaillé à l'équipe des demandes de règlement, avant le début du traitement, afin d'établir le montant remboursable au titre de ce régime. Dans le cas des restaurations extensives, on exige les radiographies préalables au traitement. Cette suggestion ne vise pas à limiter votre choix d'un dentiste, d'influencer le traitement qui devrait être effectué, d'indiquer à votre dentiste quels honoraires exiger, ni de garantir le remboursement des frais après la cessation de la protection.

SOINS DENTAIRES ADMISSIBLES

SOINS DE BASE ET SOINS PRÉVENTIFS

REMBOURSEMENT À 85 %

Le régime couvre :

- **a)** Un maximum de huit unités de détartrage par année civile (15 minutes de détartrage correspondent à une unité)
- **b)** Une fois tous les neuf mois : les examens buccaux ordinaires et une unité de polissage (prophylaxie)
- **c)** Un examen buccal et diagnostic complet, pour toute période de trois années civiles consécutives
- **d)** Les radiographies dentaires. Sauf que les radiographies péricoronaires sont limitées à une radiographie tous les neuf mois, tandis que les radiographies complètes de la bouche et les radiographies panoramiques sont chacune limitées à une fois pour toute période de trois années civiles consécutives
- **e)** Application topique de fluorure pour toute période de trois années civiles consécutives
- **f)** Instruction d'hygiène dentaire pour toute période de trois années civiles consécutives
- **g)** Les consultations de dentiste
- **h)** Les mainteneurs d'espace à acide liant
- **i)** Les obturations au moyen d'amalgame ou en matériaux composites. Les obturations de molaires sont limitées au coût de l'obturation à l'amalgame
- **j)** Les tiges de rétention

k) Les extractions chirurgicales de dents incluses ou sorties et l'ablation de racines résiduelles
l) L'ablation de tumeurs et de kystes; l'incision et le drainage d'abcès
m) L'anesthésie générale, sous réserve des frais raisonnables et habituels exigés pour les soins prodigués
n) L'ajustement, le rebasage et la réparation de prothèses dentaires partielles ou complètes (admissible si nécessaire après trois mois de la période initiale d'insertion).

RESTAURATION MINEURE

REMBOURSEMENT À 80 % sous réserve d'un maximum global de 800 $ par personne assurée, par année civile

Le régime couvre :

a) **Endodontie :** Traitement des maladies de la pulpe dentaire, y compris le traitement de canal; et
b) **Parodontie :** Traitement des os et des tissus qui soutiennent les dents, y compris le traitement chirurgical, l'installation provisoire d'attelles et l'équilibration occlusale.
- L'équilibration occlusale est assujettie à un maximum de 250 $ par personne assurée, par année civile

c) **Chirurgie implantaire :** L'insertion chirurgicale d'implants et de greffes, la chirurgie par lambeaux et les traitements de régénération tissulaire

RESTAURATION MAJEURE

REMBOURSEMENT À 50 %

Le régime couvre :

a) Un maximum global de 800 $ par personne assurée et par année civile pour les couronnes, les piliers, les incrustations profondes et en surface (y compris les frais de laboratoire connexes) utilisés pour la restauration de dents naturelles afin que celles-ci puissent remplir leurs fonctions normales lorsque, par suite d'une carie ou fracture importante, les dents ne peuvent être restaurées au moyen d'une obturation. L'admissibilité à un traitement de restauration majeur est basée sur l'état préexistant de la dent.

Lorsqu'une dent peut être restaurée avec des obturations au moyen d'amalgame ou de matériaux esthétiques, les remboursements sont calculés en fonction du coût habituel d'une telle obturation.

Le remplacement de couronnes se limite à une fois pour toute période de trois années civiles consécutives. Les couronnes permanentes, piliers, incrustations profondes et en surface placés

sur un implant dentaire sont couverts. Les couronnes pour les molaires sont limitées au coût des couronnes en métal.

Le remboursement des frais de la couronne permanente, y compris sur un implant dentaire, sera réduit de tout montant remboursé pour une couronne temporaire, y compris sur un implant dentaire.

b) Un maximum global de 800 $ par personne assurée et par année civile pour la mise en bouche initiale ou la réparation des ponts fixes et la mise en bouche initiale des prothèses partielles permanentes, y compris celles sur un implant dentaire (y compris les frais de laboratoire connexes).

Le remplacement d'une prothèse partielle permanente ou d'un pont fixe sera considéré si :

- Ce remplacement est nécessaire par suite de l'extraction, de la perte ou de la fracture d'une autre dent naturelle pendant que la garantie est en vigueur
- Le pont existant ou la prothèse partielle existante ne peut être réparé, et le pont existant date d'au moins trois ans ou la prothèse partielle existante date d'au moins cinq ans
- Le pont existant ou la prothèse partielle existante est temporaire et on doit remplacer le pont ou la prothèse partielle de façon permanente dans les douze mois suivant sa mise en bouche.

Pour l'application de la présente disposition, une prothèse temporaire qui date d'au moins 12 mois est considérée une prothèse partielle permanente ou un pont permanent et fait l'objet des mêmes stipulations temporelles.

Le remboursement des frais d'une prothèse permanente sera réduit de tout montant remboursé pour un pont temporaire ou une prothèse partielle temporaire ou de transition.

Exclusions et restrictions

Outre les exclusions et restrictions générales relatives aux régimes d'assurance collective Entente précisées à la page 34 de ce livret, le régime Assurance dentaire ne prend pas en charge les frais imputables ou attribuables, directement ou indirectement, aux/à :

1. Mises en bouche ou remplacements de prothèses dentaires complètes
2. Services ou accessoires qui ne sont pas fournis par un dentiste, un hygiéniste dentaire ou un denturologiste autorisé aux termes de la loi et exerçant ses activités conformément aux dispositions de son permis ou de son agrément, et les services d'un étudiant dentaire qui ne travaille pas sous la supervision d'un praticien admissible dûment autorisé
3. Services ou accessoires liés à tout traitement exclus des frais admissibles
4. Services ou accessoires destinés ou liés à un traitement orthodontique
5. Tout remplacement d'une obturation dans les 12 mois de l'obturation initiale pour la même dent/surface
6. Services ou accessoires relatifs à la restauration complète de la bouche, visant à corriger la dimension verticale ou à traiter un dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM)
7. Soins dentaires reçus par les services de soins santé ou de soins dentaires d'un employeur, d'une association ou d'un syndicat

Conseils pour la soumission des demandes de règlement

- Les cabinets de dentistes peuvent soumettre votre demande de règlement de soins dentaires directement à l'équipe des demandes de règlement par voie électronique. Nous vous remercions de ne pas soumettre de formulaire de demande de règlement sur papier si votre dentiste a transmis votre demande de règlement électroniquement.
- La plupart des cabinets dentaires acceptent le paiement direct. Vous pouvez autoriser Johnson Inc. à payer votre cabinet dentaire directement pour les dépenses admissibles et vous seriez responsable de payer le montant non admissible au remboursement. Bien sûr, vous avez la possibilité de payer votre cabinet dentaire en totalité et de demander le remboursement à l'équipe des demandes de règlement.
- Si votre dentiste ne peut pas faire une soumission électronique, demandez-lui de remplir la « Partie 1 – Dentiste » du formulaire de demande de règlement. Vous devez remplir la « Partie 2 » du même formulaire, en prenant soin d'y inclure le numéro du régime, 983430, de même que votre numéro de certificat, et l'acheminer à l'équipe des demandes de règlement.
- Les plans de traitement préalables et les demandes de règlement pour les traitements dentaires importants sans approbation préalable ou qui nécessitent des radiographies doivent être soumis sur papier.

REMARQUES : Reportez-vous à la page 8 de ce livret pour consulter les renseignements d'ordre général sur les demandes de règlement.

Exclusions et restrictions générales relatives aux régimes d'assurance collective Entente

(Reportez-vous à la section Régime d'assurance voyage de RTOERO pour la liste complète des exclusions et des limitations du régime)

Cette assurance ne prend pas en charge les frais imputables ou attribuables aux :

1. Dépenses prises en charge au titre d'un régime gouvernemental (par exemple, régimes provinciaux ou territoriaux d'assurance maladie, loi sur les accidents du travail) ou dont le paiement est interdit au titre des dispositions d'un régime gouvernemental
2. Examens, tests, procédures ou traitements non reconnus par Santé Canada, le ministère provincial de la Santé, l'Association médicale canadienne, l'Association dentaire canadienne ou par l'Ordre spécialisé concerné, jugés expérimentaux ou de nature esthétique
3. Sauf indication contraire, des services ou des fournitures qui sont fournis sans la recommandation et l'approbation d'un médecin agissant dans l'exercice de son permis d'exercice
4. Soins et fournitures de nature médicale qui ne sont pas jugés nécessaires sur le plan médical
5. Primes d'assurance
6. Montants excédant les maximums prévus au titre des régimes d'assurance collective Entente
7. Montants excédant les frais raisonnables et habituels exigés dans la région où les frais ont été engagés
8. Honoraires payables à un médecin pour les services reçus
9. Honoraires payables à un médecin, un dentiste, un denturologiste ou un fournisseur de services de santé pour son temps de déplacement, les rendez-vous manqués ou annulés, les frais de déplacement, les frais exigés pour remplir des formulaires d'assurance ou pour les notes médicales, les frais d'hébergement, ou les frais de consultations ou de renouvellement d'une ordonnance
10. Les montants qui ne seraient autrement pas exigibles en l'absence d'une protection d'assurance ou pour lesquels l'assuré n'est pas légalement tenu de payer
11. Les frais engagés pour des services prodigués par un membre de la famille assuré au titre du contrat d'assurance

12. Transports ou déplacements autres que ceux prévus au titre de frais admissibles
13. Pourboires et conseils
14. Rachats de points dans le cadre d'un programme quelconque (ex. : milles de récompense AIR MILES[MD], Aéroplan[MD], points/semaines de multipropriété/à temps partagé), utilisés pour l'achat d'un article ou service admissible, et les frais exigés pour le rétablissement desdits points
15. Coûts d'entretien, d'échange ou d'entente touchant une multipropriété/à temps partagé
16. Coûts de remplacement de médicaments ou d'appareils égarés, perdus ou volés qui furent remboursés au titre des régimes d'assurance collective Entente auparavant
17. Examens et notes/formulaires d'un médecin requis pour le compte d'un tiers
18. Séjours dans les maisons de repos, les établissements de soins infirmiers, les centres de santé (spas), les établissements pour soins de base, les maisons du troisième âge, ou les institutions établies principalement pour le traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou des troubles de santé mentale
19. Frais de soins dentaires qu'il incombe à un tiers d'acquitter
20. Frais engagés pour des soins, fournitures ou services, directement ou indirectement attribuables à/aux :
   a) Chirurgies ou traitements aux fins esthétiques, sauf si l'intervention est nécessaire par suite d'une blessure accidentelle et qu'elle débute dans les 90 jours suivant la date de l'accident
   b) Blessures causées par une guerre ou un acte de guerre (déclaré ou non), le service dans les forces armées de tout pays ou la participation à une insurrection, émeute ou toute autre hostilité
   c) Votre participation à un événement sportif en tant que professionnel ou votre participation à des activités dangereuses ou à grands risques, telles que les courses ou épreuves de vitesse d'engins motorisés, la pratique du saut à l'élastique (bungee), le parachutisme, la paravoile, l'escalade, l'alpinisme, le deltaplane, la chute libre ou la plongée sous-marine sans détenir le certificat exigé
   d) Vos facultés affaiblies en raison de toute substance (c'est-à-dire l'alcool ou de drogues). Une personne assurée a les facultés affaiblies si sa concentration d'alcool dans le sang est supérieure à 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang
   e) Votre participation à commettre ou tenter de commettre un assaut ou un délit criminel.

Régimes d'assurance individuelle

De nombreux régimes d'assurance individuelle vous sont proposés comme complément aux régimes d'assurance collective Entente pour vous aider à répondre à tous vos besoins en matière d'assurance.

Pour de plus amples informations, communiquez avec l'administrateur du service de Johnson Inc.

Région de Toronto
416-920-7248
Numéro sans frais en Amérique du Nord
1-877-406-9007

RÉGIME ASSURANCE VIE GARANTIE

Les membres de RTOERO et leur conjointe ou conjoint peuvent automatiquemment être couverts par le régime Assurance vie garantie. L'admissibilité est garantie sans égard à l'état de santé. Vous choisissez le montant de protection qui répond le mieux à vos besoins.

- Une « prestation anticipée » – vous pourriez être admissible à cette prestation si vous êtes atteint d'une maladie en phase terminale vous attribuant une espérance de vie de 12 mois ou moins
- Une « prestation majorée pour décès accidentel » – si le décès accidentel survient avant l'âge de 85 ans, le capital-décès payable correspond au triple du montant d'assurance souscrit

Les primes et le montant d'assurance choisi sont garantis pour la vie. Des taux différents s'appliquent aux fumeurs et non-fumeurs et des rabais s'appliquent lorsque vous et votre conjointe ou conjoint avez tous deux souscrits.

RÉGIME ASSURANCE VIE TEMPORAIRE

Les membres de RTOERO et leur conjointe ou conjoint peuvent, jusqu'à l'âge de 70 ans, souscrire au régime Assurance vie temporaire.

Les primes sont établies selon votre âge au moment de votre souscription et sont garanties de ne pas augmenter pour une période de 10 ans. Des taux différents s'appliquent aux fumeurs et non-fumeurs. Une « prestation anticipée » est également incluse si vous êtes atteint d'une maladie en phase terminale vous attribuant une espérance de vie de 12 mois ou moins.

RÉGIME ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

Le régime Assurance décès et mutilation accidentels vous offre une protection financière dans l'éventualité d'un accident grave. Les membres de RTOERO et leur conjointe ou conjoint, âgés de moins de 85 ans, peuvent souscrire et l'admissibilité au régime est garantie. Vous choisissez la protection maximale payable, soit 75 000 $ ou 150 000 $. Les prestations payables sont réduites de 50 % à l'âge de 70 ans et la protection se termine à l'âge de 85 ans.

Assurance habitation et automobile

DITES BONJOUR AUX ÉCONOMIES

C'est pourquoi nous faisons équipe avec eux afin d'obtenir des offres spéciales pour des assurances conçues spécialement pour vous. belairdirect aide à simplifier l'assurance pour vous faciliter la vie. De plus, vous profiterez d'une couverture bonifiée en habitation et d'options d'assurance auto avantageuses grâce à l'avenant Privilège Groupe, sans oublier l'accès à des outils numériques super pratiques qui rendent la gestion de votre assurance simple comme bonjour!

Accédez à d'excellentes couvertures telles que :

- Le programme de pardon au premier accident disponible offre des protections dues à votre premier accident responsable
- Profitez d'une protection jusqu'à 25 000 $ contre le vol d'identité et les cyberattaques
- Votre voiture de location est couverte jusqu'à 60 000$ de réparation de dommages, que vous soyez au Canada ou aux États-Unis
- Roulez l'esprit tranquille avec l'Assistance routière de belairdirect
- Partez en voyage l'esprit tranquille ; notre police couvre jusqu'à 500$ par personne assurée et jusqu'à 1000$ par famille lorsque vos bagages sont retardés.

Obtenez votre soumission dès aujourd'hui avec le code de groupe RTON

Visitez belairdirect.com/education ou composez le 1-833-887-4626

Avis de non-responsabilité
Certaines conditions, critères d'admissibilité, limitations et exclusions s'appliquent à toutes nos offres. Veuillez consulter belairdirect.com pour plus de détails. Ces offres peuvent être modifiées sans préavis. L'information contenue dans ce document vous est fournie à titre informatif uniquement. Votre contrat d'assurance prévaut en tout temps; veuillez le consulter pour un exposé complet des protections et exclusions. Les produits d'assurance sont souscrits par La Compagnie d'assurance Belair inc. Les services sont offerts par l'Agence belairdirect inc. © 2023, La Compagnie d'assurance Belair inc. Tous droits réservés.

Définitions

(Reportez-vous à la section de l'assurance voyage de RTOERO concernant les définitions applicables au Régime d'assurance voyage de RTOERO.)

La terminologie suivante est utilisée dans ce livret :

« **Année civile** » désigne du 1er janvier au 31 décembre.

« **Année civile consécutive** » désigne l'année civile commençant à compter de l'année civile de votre dernière demande de règlement.

« **Centre de convalescence** » désigne un établissement ou une institution pour soins prolongés, un établissement ou une institution de réadaptation, un établissement ou une institution pour soins aux malades chroniques ou un établissement ou une institution pour soins de longue durée, qui est autorisé ou agréé et dont la fonction est de prodiguer des soins aux personnes souffrantes. Les frais engagés dans les centres de santé (spas) ou les hôtels, les établissements pour soins de base ou les institutions pour le traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou des troubles de santé mentale ne sont pas admissibles.

« **Numéro d'identification du médicament (DIN)** » désigne le numéro de huit chiffres généré par un ordinateur et attribué à un médicament par Santé Canada avant d'être commercialisé au Canada. Le DIN est unique et sert à identifier tous les médicaments vendus dans une forme posologique au Canada. Il est visible sur l'étiquette du médicament d'ordonnance et les produits en vente libre qui ont été évalués et autorisés pour la vente au Canada.

« **Personne à charge admissible** » signifie :

Votre conjointe ou conjoint :

- Votre conjointe ou conjoint au sens légal
- Une personne (y compris du même sexe), qui n'est pas votre conjointe ou conjoint au sens de la loi, mais avec qui vous vivez dans une relation conjugale depuis au moins 12 mois consécutifs.

Vos enfants à charge :

- Les enfants célibataires (y compris les enfants naturels, les enfants légalement adoptés, les enfants de la conjointe ou du conjoint, les enfants sous tutelle légale et ceux placés dans votre foyer (preuve d'une entente de garde ou de tutelle est requise lorsqu'il s'agit de pupilles), âgés de moins de 21 ans et non employés sur une base régulière ou à temps plein.
- Les enfants célibataires de moins de 30 ans, dans la mesure où ils sont inscrits à un établissement d'enseignement postsecondaire reconnu comme étudiant à temps plein et à votre charge
- Les enfants ayant une déficience fonctionnelle qui étaient assurés à titre de personnes à charge demeurent assurés à tout âge, peu importe les restrictions d'âge applicables aux enfants à charge. Une déficience fonctionnelle désigne une personne non mariée qui, comme conséquence directe de l'incapacité fonctionnelle, est :
  - incapable d'auto-assistance financière en raison d'un handicap
  - dépend financièrement de ce membre
  - n'a pas de conjointe ou de conjoint

Une lettre d'un médecin attestant le diagnostic/pronostic est exigée.

« **Membre de la famille étendue** » désigne la conjointe ou le conjoint d'une personne assurée, ses parents, la conjointe ou le conjoint d'un de ses parents, ses beaux-parents, son enfant, son beau-fils ou sa belle-fille, son gendre ou sa bru, son gardien, ses grands -parents, son frère ou sa sœur, son demi-frère ou sa demi-sœur, son beau-frère ou sa belle-sœur, son petit-fils ou sa petite-fille, sa tante ou son oncle, son neveu ou sa nièce.

« **Régime gouvernemental d'assurance maladie (RGAM)** » désigne l'assurance maladie que les gouvernements provinciaux ou territoriaux canadiens fournissent aux résidentes et résidents desdites provinces ou territoires.

« **Hôpital** » désigne une institution qui est établie dans le cadre de la loi afin de prodiguer des soins et des traitements médicaux aux personnes souffrant d'une maladie ou d'une blessure, soit sur une base de patient hospitalisé, admis d'urgence ou en soins externes. Au Canada, ceci inclut les hôpitaux de réadaptation (maisons de repos exclues). L'hôpital doit en tout temps avoir le personnel nécessaire en poste et être sous la supervision médicale d'infirmières diplômées et de médecins autorisés. L'institution doit en outre posséder les installations requises pour établir un diagnostic et procéder à des interventions chirurgicales importantes. Le mot « hôpital » exclut les maisons de repos, les établissements de soins infirmiers, les foyers de convalescence, les centres de santé (spas), les établissements pour soins de base, les maisons du troisième âge, les établissements de soins aux malades chroniques ou les institutions pour le traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou des troubles de santé mentale.

« **Membre de la famille immédiate** » signifie une conjointe ou un conjoint ou un enfant à charge.

« **Personne assurée** » désigne un membre de RTOERO, une conjointe ou un conjoint admissible ou un enfant à charge admissible pour qui la prime fut payée.

« **Médicalement nécessaire** » signifie généralement reconnu par la profession médicale canadienne comme efficace, approprié et nécessaire pour le diagnostic et/ou le traitement d'une maladie ou d'une blessure selon les normes médicales canadiennes.

« **Médecin** » signifie une personne, autre que vous-même ou autre qu'un membre de votre famille, qui est légalement autorisé à prescrire et à administrer tout médicament ou à pratiquer la chirurgie d'un Docteur en médecine (M.D.).

« **L'administrateur du régime** » est Johnson Inc. qui agit comme l'administrateur du service et l'équipe des demandes de règlement pour les régimes d'assurance collective Entente.

« **Province ou provincial** » désigne la province canadienne ou le territoire canadien où se situe votre province de résidence.

« **Frais habituels et raisonnables** » signifie :

- les honoraires et prix normalement pratiqués dans la région où les services ou fournitures sont fournis
- les frais de services et de fournitures qui représentent le traitement raisonnable, compte tenu de la durée des services et de la fréquence des services et fournitures

« **Vous, votre ou vos** » désigne un membre de RTOERO une conjointe ou un conjoint admissible ou un enfant à charge admissible pour qui la prime fut payée.

À moins d'indication contraire, toutes les limites indiquées représentent le maximum payable par personne assurée, par année civile. Les prestations sont payables en devises canadiennes.

Dans le cas de divergences ou d'omissions entre le texte du livret et celui du contrat, La Première du Canada, ou une tierce personne représentant La Première du Canada, ne sera responsable que pour le paiement des prestations conformément aux dispositions du contrat.

Pour toute demande d'information additionnelle concernant les régimes d'assurance collective Entente, y compris les demandes d'information sur les réclamations, contactez Johnson Inc. au numéro approprié fourni à la page 96 de ce livret.

Déclaration de confidentialité

Loi sur la protection des renseignements personnels et des documents électroniques – LPRDE (ci-après « Loi »)
Le Gouvernement fédéral a adopté une loi pour protéger les renseignements personnels des Canadiennes et Canadiens et pour faciliter le développement du commerce électronique au Canada.

Au centre des dispositions de cette Loi se trouve une prohibition générale sur la collecte, l'utilisation ou la divulgation des renseignements personnels de tout individu, sans son consentement.

« Renseignements personnels » est largement défini par la Loi comme étant « des renseignements sur un individu identifiable, mais n'inclut pas le nom, titre professionnel, adresse d'affaires ou numéro de téléphone d'un employé d'un organisme quelconque ».

Johnson Inc., CloudMD, et Financière Manuvie ont élaboré la présente Déclaration relative à la protection de la vie privée afin de vous informer des étapes que nous suivons pour observer cette Loi.

Protection de vos renseignements personnels
Johnson Inc., CloudMD, applications et la Financière Manuvie peuvent utiliser vos renseignements personnels pour les fins suivantes :

- Évaluer le risque d'assurance, évaluer et gérer les demandes de règlement, faire la collecte des données statistiques pour préparer un rapport, poursuivre le recouvrement des demandes de règlement, vous offrir des services au titre de vos protections d'assurance et négocier le paiement des frais engagés avec les tierces personnes
- Vous pourvoir les services demandés
- Partager vos renseignements personnels avec quiconque travaillant avec ou pour Johnson Inc., CloudMD, la Financière Manuvie, ou RTOERO, mais seulement dans l'instance où il est nécessaire de : (a) combler vos demandes de services; (b) répondre à une demande de règlement; ou (c) gérer le régime d'assurance.

En outre, Johnson Inc. peut, mais seulement sous l'autorisation de RTOERO, utiliser vos renseignements personnels pour vous présenter les services de Johnson Inc. et ceux de certaines tierces parties sélectionnées. Tel que requis et seulement sous l'autorisation de RTOERO, Johnson Inc. peut également partager vos Déclaration relative à la protection de la vie privée renseignements personnels avec des tierces parties sélectionnées, afin qu'elles puissent vous fournir/offrir leurs services.

Vous pouvez diriger Johnson Inc., CloudMD, et/ou la Financière Manuvie à ne pas utiliser vos renseignements personnels aux fins décrites au paragraphe qui précède immédiatement celui-ci, en tout temps, en composant le 1-877-406-9007.

Johnson Inc., CloudMD, et/ou la Financière Manuvie peuvent partager vos renseignements personnels ou autre information vous concernant, dans l'éventualité d'une urgence menaçant votre vie, votre santé ou sécurité (dans tel cas, vous serez informé de cette divulgation aussitôt qu'il en est raisonnablement possible).

Johnson Inc., CloudMD, et/ou la Financière Manuvie peuvent amasser vos renseignements personnels ou autre information vous concernant afin de faciliter l'offre et l'accès aux protections et services que demandés ou pour traiter les demandes de règlement.

La source primaire pour la collecte de tels renseignements par CloudMD, et la Financière Manuvie, et Johnson Inc. sera vous, RTOERO et vos médecins consultants autorisés.

Vous ou tout autre ayant droit pouvez obtenir une copie des documents suivants :

- votre proposition d'assurance
- toute déclaration écrite ou tout autre document, qui ne fait pas partie de la proposition d'assurance, mais que vous avez fournie à La Première du Canada à titre d'attestation de bonne santé.

Selon un préavis raisonnable, vous ou un autre ayant droit pouvez également obtenir une copie du contrat d'assurance principal. La première copie vous sera fournie gratuitement, mais des frais pourraient être exigés pour toute copie ultérieure.

Déclaration de confidentialité de La Première du Canada

Le respect de votre vie privée est une priorité pour la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada. Nous recueillons l'information à même les formulaires de demande. Nous collectons d'autres renseignements que vous nous communiquez ou que vous envoyez à nos partenaires de distribution concernant des produits d'assurance ou des produits financiers que nous offrons. Nous collectons aussi les données (avec votre consentement) par le biais d'évaluations médicales ou professionnelles, le cas échéant, et auprès de médecins, de praticiens de la santé, d'hôpitaux, de cliniques ou d'autres établissements de santé, de compagnies d'assurance, du Bureau de renseignements médicaux (MIB, LLC./MIB), et d'autres agents, organismes publics ou autres organisations, établissements ou personnes qui ont des dossiers médicaux, le cas échéant. Nous recueillons, utilisons et communiquons vos renseignements personnels notamment aux fins suivantes : la confirmation de votre identité et la tarification, y compris la détermination de votre admissibilité ou de votre besoin d'assurance ou des produits financiers que vous demandez; l'administration et les services; le règlement des sinistres; la protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses représentations; la conformité aux exigences légales, réglementaires ou contractuelles. Nous ne donnons accès à vos renseignements personnels qu'à nos propres employés et entrepreneurs indépendants, aux sociétés affiliées au sein de notre groupe de sociétés, aux administrateurs, partenaires de distribution et autres tiers fournisseurs de services, aux sociétés dont les activités sont externalisées et à nos réassureurs qui ont besoin de vos renseignements personnels pour s'acquitter de leurs tâches. Par ailleurs, nous donnerons accès à vos renseignements personnels à toute personne que vous autoriserez. Tous nos fournisseurs de services avec lesquels nous avons une relation contractuelle sont tenus de protéger vos renseignements personnels conformément à la présente déclaration de confidentialité et nos pratiques en matière de protection de la vie privée. Parfois, sauf si nous en sommes interdits, ces personnes peuvent se trouver dans d'autres provinces du Canada ou dans d'autres pays ou vos renseignements personnels peuvent être stockés sur des serveurs situés dans d'autres provinces canadiennes ou dans d'autres pays. Advenant une situation pareille, vos renseignements personnels peuvent être assujettis aux lois des provinces ou pays en question. Vous pouvez demander de consulter l'information que nous avons sur vous dans nos dossiers. Au besoin, vous pouvez nous demander de la corriger en nous le faisant savoir par écrit. Vous trouverez de plus amples renseignements sur nos pratiques en matière de vie privée en communiquant avec notre agent de la protection des renseignements personnels aux coordonnées suivantes : 1-888-968-4155, 25 Avenue Sheppard Ouest, Bureau 1400, Toronto, ON M2N 6X6, ou sur le site suivant : www.canadianpremier.ca/fr/vie-privee.

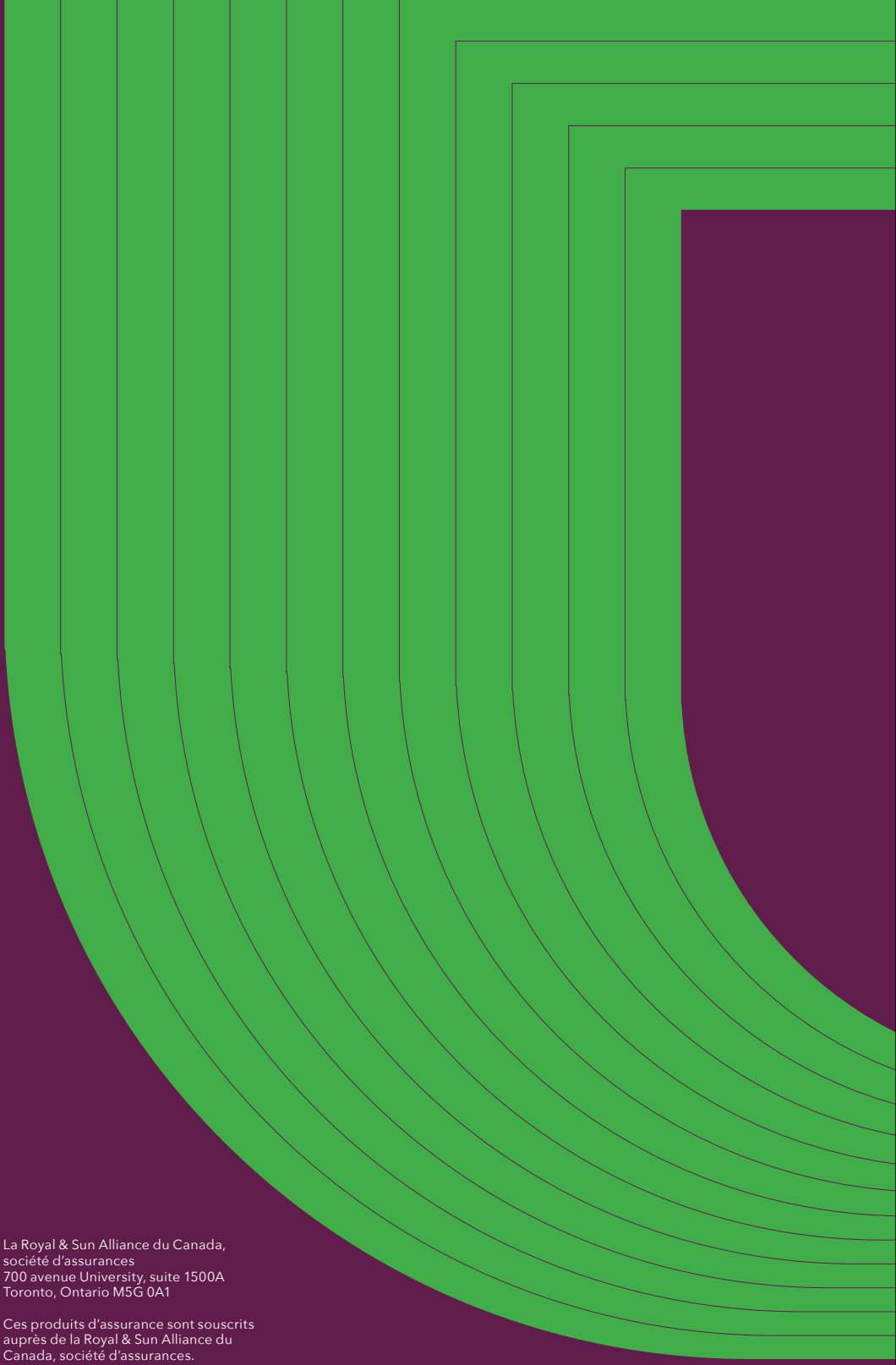
Énoncé de protection de la vie privée de la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances

La Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances recueille, utilise et communique des renseignements personnels (y compris ceux destinés ou provenant de votre courtier, de nos sociétés affiliées, de nos sociétés filiales ou de nos fournisseurs tiers) à des fins d'assurance comme l'administration des assurances, faire enquête et régler les réclamations, et fournir des services d'assistance. En règle générale, nous recueillons des renseignements personnels auprès de personnes qui font une demande d'assurance, ainsi que les détenteurs de police, les assurés et les requérants. Dans certains cas, nous pouvons également recueillir et échanger es renseignements personnels avec la famille, les amis ou les compagnons de voyage lorsqu'un détenteur de police d'assurance, un assuré ou un requérant est incapable, pour des raisons médicales ou autres, de communiquer directement avec nous. Nous pouvons aussi recueillir et communiquer des renseignements pour les fins d'assurance de, à et avec, des tiers tels que, mais sans s'y limiter nécessairement, les praticiens de soins de santé et les installations au Canada et à l'étranger, le gouvernement et les régimes privés d'assurance santé, les membres de la famille et les amis de détenteurs de polices, les assurés ou les requérants. Dans certains cas, nous pouvons en outre maintenir ou communiquer ou transmettre des renseignements aux professionnels de la santé et autres prestataires de services situés à l'extérieur du Canada, en particulier dans les juridictions auxquelles une personne assurée peut voyager. En ce sens, les renseignements personnels peuvent être accessibles aux autorités compétentes, conformément à la loi de ces autres juridictions. Pour plus d'informations sur nos pratiques en matière de protection ou pour obtenir une copie de notre politique de protection de la vie privée, visitez www.rsatravelinsurance.com.

Régime d'assurance voyage de RTOERO

Certificat du régime d'Assurance voyage pour soins médicaux d'urgence

Certificat du régime d'Assurance annulation et interruption de voyage



La Royal & Sun Alliance du Canada,
société d'assurances
700 avenue University, suite 1500A
Toronto, Ontario M5G 0A1

Ces produits d'assurance sont souscrits auprès de la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances.

Régime d'assurance voyage de RTOERO

Résumé des garanties 46
Certificat d'assurance du régime d'assurance voyage pour soins médicaux d'urgence 48
Certificat d'assurance du régime d'assurance annulation et interruption de voyage 68
Régime protection supplémentaire d'assurance voyage 89
Régime supplémentaire d'annulation et d'interruption de voyage 91
Avis important à propos des renseignements personnels de la personne assurée 93
Identification de l'assureur 94
Renseignements importants 95

IMPORTANT :
Veuillez lire attentivement la présente section du Régime d'assurance voyage de RTOERO avant de voyager, conservez-la dans un lieu sûr et apportez-la avec vous lorsque vous voyagez.

Résumé des garanties

L'information ci-dessous résume votre couverture du Régime d'assurance voyage de RTOERO. La couverture d'assurance est offerte sous réserve des dispositions et conditions des certificats qui suivent. Reportez-vous à la PARTIE 6 de chaque certificat et à l'ensemble du document du Régime d'assurance voyage de RTOERO pour connaître tous les détails sur les garanties. Ce Résumé des garanties remplace tous les résumés des garanties auparavant publiés et remis à vous en rapport avec le Contrat. Sauf indication contraire, tous les montants indiqués sont en dollars canadiens.

RÉGIME D'ASSURANCE VOYAGE POUR SOINS MÉDICAUX D'URGENCE	
Maximum global	Jusqu'au maximum de 10 000 000 $, par personne assurée, par voyage
Période de couverture	93 jours par voyage *Remarque : vous pouvez souscrire des jours additionnels avec le Régime protection supplémentaire d'assurance voyage*
Hébergement dans un hôpital ou un établissement médical	Frais d'hébergement et repas jusqu'au tarif d'une chambre à un lit établi par l'hôpital ou l'établissement médical
Frais accessoires	Jusqu'à un maximum de 250 $
Honoraires de médecin	Frais admissibles qui sont raisonnables et courants
Infirmière privée diplômée	Frais admissibles qui sont raisonnables et courants
Services diagnostiques	Frais admissibles qui sont raisonnables et courants
Appareils médicaux	Frais admissibles qui sont raisonnables et courants
Services paramédicaux	Jusqu'à un maximum de 500 $ par profession
Médicaments sur ordonnance	Jusqu'à un maximum de 30 jours par ordonnance
Médicaments sur ordonnance perdus	Jusqu'à un maximum de 250 $
Services d'ambulance terrestre	Frais admissibles qui sont raisonnables et courants
Services d'ambulance aérienne	Frais admissibles qui sont raisonnables et courants
Transport au chevet du patient	Billet aller-retour en classe économique et les frais de repas et d'hébergement jusqu'à un maximum de 250 $ par jour, sujet à un maximum global de 5 000 $
Retour de compagnon de voyage	Aller simple par avion en classe économique
Rapatriement de la dépouille	Jusqu'à un maximum de 15 000 $ pour la préparation et le transport de la dépouille, ou jusqu'à un maximum de 5 000 $ pour la crémation et/ou inhumation
Repas et hébergement	Jusqu'à un maximum de 250 $ par jour, sujet à un maximum global de 5 000 $ par voyage
Soins dentaires en cas d'accident	Jusqu'à un maximum de 5 000 $

Soulagement de douleur aux dents	Jusqu'à un maximum de 600 $
Garde et rapatriement des enfants	Jusqu'à un maximum de 5 000 $
Retour d'un animal de compagnie	Jusqu'à un maximum de 500 $
Retour d'un véhicule	Jusqu'à un maximum de 10 000 $
Autre moyen de transport	Jusqu'à un maximum de 5 000 $
Recommandation médicale	Jusqu'au maximum viager de 75 000 $
Retour accompagné de la personne assurée par une personne de son choix	Un billet d'avion aller-retour en classe économique et jusqu'à 250 $ par jour pour les frais de repas et d'hébergement, jusqu'à un maximum global de 2 000 $
Évacuation d'urgence	Jusqu'à un maximum de 5 000 $
Retour de vos bagages	Jusqu'à un maximum de 500 $

RÉGIME D'ASSURANCE ANNULATION ET INTERRUPTION DE VOYAGE	
Annulation de voyage	Jusqu'au maximum de 6 000 $, par personne assurée, par voyage
Interruption de voyage	Jusqu'au maximum de 6 000 $, par personne assurée, par voyage
Frais accessoires	Jusqu'à un maximum de 100 $ par jour, par personne assurée, sujet à un maximum global de 1 000 $ par voyage pour l'ensemble des personnes assurées (compte tenu du maximum global de la garantie de l'Interruption de voyage)
Assurance bagages	Jusqu'au maximum de 1 000 $, par personne assurée, par voyage
Dépenses d'affaires	Jusqu'à un maximum de 1 000 $
Remplacement de documents	Jusqu'à un maximum combiné de 500 $, par personne assurée, par voyage
Retour de l'animal de compagnie	Jusqu'à un maximum de 500 $

Certificat d'assurance du régime d'assurance voyage pour soins médicaux d'urgence

NOTE : Les termes figurant en *italique* dans le texte du présent certificat ont le sens qui leur est donné à la PARTIE 12 – DÉFINITIONS.

PARTIE 1 INTRODUCTION

Le régime d'Assurance voyage pour soins médicaux d'urgence prévoit une couverture d'assurance pour le *participant* du *titulaire du contrat* et les *personnes à charge* assurées du *participant*, pour certains des frais engagés en raison d'une *urgence* (à l'exception des dispositions en vertu de la garantie de recommandation médicale) survenant lors d'un *voyage* à l'extérieur de *votre province*.

Le régime d'Assurance voyage pour soins médicaux d'urgence est inclus avec *votre* régime *Frais médicaux complémentaires* (*FMC*) jusqu'à concurrence de 10 000 000 $, par *personne assurée*, par *voyage*. *Vous* avez aussi accès aux services d'assistance voyage en cas d'*urgence* lorsque *vous* voyagez à l'extérieur de *votre province*. La couverture offre un nombre illimité de *voyages* d'une durée de 93 jours par *voyage*. Dans la mesure où *vous êtes* assuré au titre du régime *FMC*, *vous* pouvez souscrire une protection complémentaire pour les *voyages* de plus de 93 jours. *Votre* Régime protection supplémentaire d'assurance voyage prend effet le 94ème jour.

Le présent certificat ainsi que l'ensemble de *votre* document du Régime d'assurance voyage de RTOERO donnent un aperçu de la couverture d'assurance et des conditions sous réserve desquelles les versements des prestations seront versés. Ils fournissent également des directives sur la manière de présenter une demande de règlement. Pour une confirmation d'assurance prévue par le présent certificat ou l'ensemble de *votre* document du Régime d'assurance voyage de RTOERO ou toute question concernant les informations qu'ils contiennent, veuillez communiquer avec Johnson Inc. en composant sans frais le **1-877-406-9007** ou par courriel à **healthbenefits@johnson.ca**.

La Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances (*Assureur*) offre l'assurance décrite dans le présent certificat en vertu du Contrat-Cadre (*Contrat*) émis au *titulaire du contrat*. Les services d'assistance et de règlement prévus par le présent certificat sont fournis par Gestion Global Excel inc. (*Global Excel*), compagnie désignée par l'*Assureur*. Cette assurance est administrée par Johnson Inc. (*Administrateur*). Le présent certificat n'est pas un contrat d'assurance. Il ne fournit qu'un résumé des principales dispositions du *Contrat*. Toutes les garanties sont entièrement assujetties aux dispositions du *Contrat* en vertu duquel la couverture d'assurance est offerte et les indemnités sont versées. En cas de divergence, le *Contrat* aura préséance, sauf dispositions contraires de toute loi applicable. Le *titulaire du contrat* ou un autre demandeur en vertu du *Contrat* peut, suite à une demande à l'*Assureur*, obtenir une copie du *Contrat*, sous réserve des restrictions d'accès permises par la loi applicable.

RTOERO (*titulaire du contrat*) et l'*Assureur* se réservent le droit de résilier, de changer ou de modifier la présente assurance en tout temps.

Le présent certificat remplace tous les certificats émis antérieurement à *vous* à l'égard du *Contrat*.

PARTIE 2
QUE DEVRIEZ-VOUS FAIRE EN CAS D'URGENCE MÉDICALE?

SI UNE *URGENCE* SURVIENT, *VOUS* DEVEZ COMMUNIQUER AVEC *GLOBAL EXCEL* AVANT TOUT *TRAITEMENT*. *VOUS* POUVEZ LES JOINDRE JOUR ET NUIT, TOUS LES JOURS DE LA SEMAINE EN COMPOSANT LE :

1-877-346-1467 sans frais, du Canada et des États-Unis

800-062-4728 sans frais, du Mexique

+ 819-780-0647 à frais virés, de partout ailleurs à l'étranger

REMARQUE : La liste complète des numéros d'*urgence* se trouve également à l'endos de la *carte des avantages* qui *vous* est fournie.

- Si, en raison de la nature de *votre urgence*, il n'est ni possible ni raisonnable pour *vous* de communiquer avec *Global Excel* avant tout *traitement, vous* devez demander à quelqu'un d'autre de le faire en *votre* nom, ou *vous* devez téléphoner dès que *votre* état de santé le permet, à défaut de quoi, l'*Assureur* se réserve le droit de réduire les indemnités payables comme suit :
  - 80% des frais admissibles dans le cas d'une hospitalisation, selon les *frais raisonnables et courants*, jusqu'à concurrence de 25 000 $; et
  - une visite par *maladie* ou par *blessure* dans le cas d'une consultation médicale externe.

  Vous serez responsable de payer tous les frais restants.
- Certains *traitements* ne sont admissibles que s'ils ont été approuvés au préalable (reportez-*vous* à la PARTIE 8 – QU'EST-CE QUI N'EST PAS COUVERT? pour plus de détails). Si *vous* ne communiquez pas avec *Global Excel* avant tout *traitement*, les *traitements* médicaux prodigués pourraient ne pas être admissibles au titre par la présente assurance.
- *Global Excel* peut *vous* diriger vers un *établissement médical* ou un *médecin* dans la région où *vous* voyagez. Si *vous* communiquez avec *Global Excel* lors de *votre urgence*, *nous* veillerons à ce que *vos* frais admissibles soient payés directement à l'*hôpital* ou à l'*établissement médical*, lorsque possible.

PARTIE 3
AVIS IMPORTANT – VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT

- L'Assurance voyage est conçue pour couvrir les pertes attribuables à des circonstances soudaines et imprévisibles. Il est important que *vous* lisiez et compreniez bien la couverture d'assurance prévue par le présent certificat avant de voyager, car elle fait l'objet de certaines restrictions et exclusions.
- Des exclusions relatives aux affections médicales préexistantes peuvent s'appliquer aux affections médicales et/ou aux symptômes qui existaient avant *votre voyage*. Reportez-*vous* au présent certificat pour déterminer l'application de ces exclusions relativement à *votre* couverture d'assurance et à *votre date de départ*.
- Dans le cas d'un *accident*, d'une *blessure* ou d'une *maladie*, *vos* antécédents médicaux seront examinés lorsqu'une demande de règlement est présentée.
- *Votre* assurance prévoit des services d'assistance voyage. *Vous* êtes tenu d'aviser *Global Excel* avant tout *traitement,* à défaut de quoi, les indemnités payables seront limitées (reportez-vous à la PARTIE 7 – CONDITIONS SUSCEPTIBLES DE LIMITER VOTRE COUVERTURE D'ASSURANCE).
- L'assurance couvre un nombre illimité de *voyages* durant 93 jours par *voyage*. Toutefois, chaque *voyage* doit être séparé par un retour à *votre province*.
- *Vous* n'êtes pas tenu de nous fournir un préavis de *votre date de départ* et de *votre date de retour* pour chaque *voyage*.
- *Vous* serez tenu de fournir une preuve de ces dates, tel qu'un billet d'avion, une carte d'embarquement, un cachet apposé dans le passeport ou un reçu de transaction (par exemple, le gaz, l'hébergement, un magasin, etc.), lorsque *vous* présentez une demande de règlement.
- **Le présent certificat contient des dispositions pouvant limiter les montants payables.**
- **Le présent certificat contient une disposition qui révoque ou restreint le droit d'un membre assuré du groupe de nommer les personnes auxquelles ou au bénéfice desquelles les indemnités payables devraient être versées.**

PARTIE 4
CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

COUVERTURE DU *PARTICIPANT*

Pour avoir droit à l'assurance en vertu du *Contrat* à titre de *participant*, *vous* devez remplir les critères d'admissibilité suivants :

- *Vous* devez être couvert par le régime d'assurance maladie *gouvernemental* ; et
- *Votre* résidence permanente doit être au Canada ; et
- Les versements de prime exigibles pour *votre* couverture au titre du *Contrat* doivent être payés; et
- *Vous* devez être inscrit au régime *FMC* du *titulaire du contrat* ; et
- Être un membre en règle du *titulaire du contrat* ; et
- Figurer dans la liste des membres admissibles à l'assurance que le *titulaire du contrat* fournit chaque mois à l'*Assureur*.

COUVERTURE DE *PERSONNES À CHARGE*

Pour avoir droit à l'assurance en vertu du *Contrat* à titre de *personne à charge*, *vous* devez remplir les critères d'admissibilité suivants :

- *Vous* devez être couvert par le *régime d'assurance maladie gouvernemental* ; et
- S'il y a lieu, *vous* devez être inscrit au régime *FMC* du *titulaire du contrat* comme *personne à charge* ; et

- *Vous* devez être une *personne à charge* au sens de la définition de « *personne à charge* » du présent certificat ; et
- Les versements de prime exigibles pour *votre* couverture au titre du *Contrat* doivent être payés.

PARTIE 5
QU'EST-CE QUI MARQUE L'ENTRÉE EN VIGUEUR ET LA CESSATION DE L'ASSURANCE?

DATE D'EFFET DE LA COUVERTURE DU *PARTICIPANT*

La couverture du *participant* prend effet à la dernière des dates suivantes :
- La date à laquelle le *Contrat* prend effet ; ou
- S'il y a lieu, la date à laquelle le *participant* est admissible au régime *FMC* du *titulaire du contrat* ; ou
- La date à laquelle le *participant* devient un membre en règle du *titulaire du contrat* et figure dans la liste mensuelle des membres admissibles à l'assurance par le *titulaire du contrat*.

L'assurance pour chaque *voyage* prend effet à la date à laquelle *vous* quittez *votre province*. L'assurance couvre un nombre illimité de *voyages* d'une durée maximale de 93 jours par *voyage*. Toutefois, chaque *voyage* doit être séparé par un retour à *votre province*. Remarque : Si *vous* êtes déjà en *voyage* à la date d'entrée en vigueur de *votre* régime *FMC*, *votre période de couverture* en vertu de cette assurance est réduite par le nombre de jours pendant lesquels *vous* étiez à l'extérieur de *votre province* à cette date d'entrée en vigueur.

DATE D'EFFET DE LA COUVERTURE DE LA *PERSONNE À CHARGE*

La couverture de la *personne à charge* prend effet à la dernière des dates suivantes :
- La date à laquelle la couverture du *participant* prend effet et, s'il y a lieu ; ou
- La date à laquelle la *personne à charge* est admissible au régime *FMC* du *titulaire du contrat*.

L'assurance pour chaque *voyage* prend effet à la date à laquelle *vous* quittez *votre province*. L'assurance couvre un nombre illimité de *voyages* d'une durée maximale de 93 jours par *voyage*. Toutefois, chaque *voyage* doit être séparé par un retour à *votre province*. Remarque : Si *vous* êtes déjà en *voyage* à la date d'entrée en vigueur de *votre* régime *FMC*, *votre période de couverture* en vertu de cette assurance est réduite par le nombre de jours pendant lesquels *vous* étiez à l'extérieur de *votre province* à cette date d'entrée en vigueur.

DATE D'EXPIRATION DE LA COUVERTURE DU *PARTICIPANT*

La couverture du *participant* cesse immédiatement à la première des dates suivantes :
- La date à laquelle vous ne remplissez plus les conditions d'admissibilité énoncées dans la PARTIE 4 – CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ, pour la Couverture du *participant* ; ou
- La date de l'échéance de la prime si les versements de prime exigibles demeurent impayés à l'*Assureur*, excepté lorsqu'il s'agit d'une erreur administrative ; ou
- La date à laquelle le *Contrat* est résilié.

L'assurance pour chaque *voyage* prend fin à la date à laquelle *vous* regagniez *votre province* ou la date à laquelle or *vous vous* êtes absenté de *votre province* pour plus de jours que *votre période de couverture* le permet.

DATE D'EXPIRATION DE LA COUVERTURE DE LA *PERSONNE À CHARGE*

La couverture de la *personne à charge* cesse immédiatement à la première des dates suivantes :

- La date à laquelle la *personne à charge* ne remplit plus les conditions d'admissibilité énoncées dans la PARTIE 4 – CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ, pour la Couverture de *personnes à charge* ; ou
- La date à laquelle la couverture du *participant* prend fin, sauf si la cessation de l'assurance survient en raison du décès du *participant*, auquel cas la couverture de la *personne à charge* est maintenue en vigueur, à condition toutefois que le *titulaire du contrat* continue de couvrir les *personnes à charge* et continue d'effectuer les versements de prime requis, jusqu'à la date à laquelle la *personne à charge* cesse de remplir les conditions d'admissibilité de la PARTIE 4 – CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ, pour la Couverture de *personnes à charge* ; ou
- La date à laquelle le Contrat est résilié.

L'assurance pour chaque *voyage* prend fin à la date à laquelle *vous* regagnez *votre province* ou à la date à laquelle *vous vous* êtes absenté de *votre province* pour plus de jours que *votre période de couverture* le permet, ou si *vous* êtes un enfant à charge inscrit comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu situé à l'extérieur de *votre province*, la date qui coïncide avec le 365e jour de séjour à l'extérieur de *votre province*.

QUE FAIRE SI LA DURÉE DE *VOTRE VOYAGE* EXCÈDE LA *PÉRIODE DE COUVERTURE*?

Sauf dans les cas où l'assurance est automatiquement prolongée (reportez-*vous* à la rubrique « Dans quelles situations *votre* assurance est-elle automatiquement prolongée? »), *vous* ne bénéficiez d'aucune protection au titre de cette assurance pour les jours de *votre voyage* qui sont en sus de *votre période de couverture*. Toutefois, *vous* pouvez souscrire une protection supplémentaire pour les jours excédentaires avec le Régime protection supplémentaire d'assurance voyage en communiquant avec l'*Administrateur* au 1-877-406-9007. Pour plus de détails, veuillez-*vous* reporter à la partie PROTECTION SUPPLÉMENTAIRE D'ASSURANCE VOYAGE de ce document du Régime d'assurance voyage de RTOERO.

DANS QUELLES SITUATIONS *VOTRE* ASSURANCE EST-ELLE AUTOMATIQUEMENT PROLONGÉE?

Dans les situations suivantes, l'assurance sera automatiquement prolongée au-delà de la *période de couverture*, pourvu que vous remplissiez toujours les critères d'admissibilité de la PARTIE 4 – CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ :

a) **Retard de transport.** *Votre* assurance est automatiquement prolongée jusqu'à cinq jours au-delà de la fin de la *période de couverture* lorsque *votre* retour à domicile est retardé au-delà de la fin de la *période de couverture* en raison du retard de *votre transporteur public*, ou si un *véhicule* privé tombe en panne en route vers *votre point de départ* en raison de circonstances indépendantes de *votre* volonté.

b) **Médicalement inapte à voyager.** Si, du point de vue médical, *vous* n'êtes pas en mesure de voyager en raison d'une *urgence*, *votre* assurance sera prolongée jusqu'à cinq jours suivant la date à laquelle *votre médecin* ou le *transporteur public* détermine que *votre* état de santé est stable et que *vous* êtes en mesure de retourner dans *votre province*.

c) **Hospitalisation.** Si une *urgence* entraîne *votre* hospitalisation, *votre* assurance demeurera en vigueur pendant *votre* hospitalisation et jusqu'à cinq jours après *votre* congé de l'*hôpital*.

***Vous* êtes tenu d'aviser *Global Excel* de la survenance de toute situation précitée avant la fin de la *période de couverture* de 93 jours, à défaut de quoi, l'assurance pourrait ne pas être prolongée. Nonobstant les situations de prolongation automatique précitées, l'assurance ne pourra être prolongée au-delà de 365 jours à compter de *votre date de départ*.**

PARTIE 6
QU'EST-CE QUI EST COUVERT ET QUELLES SONT LES GARANTIES

COUVERTURE D'ASSURANCE

La présente assurance prévoit une couverture d'assurance pour *vous* et *vos personnes à charge* assurées pour certains des frais engagés en raison d'une *urgence* (sauf aux termes de la garantie de Recommandation médicale) survenant lors d'un *voyage* à l'extérieur de *votre province*. La couverture pour les Garanties pour soins médicaux d'urgence hors province est jusqu'à concurrence de 10 000 000 $, par *personne assurée,* par *voyage*. L'assurance couvre les *frais raisonnables et courants* au titre des dépenses engagées pour les garanties précisées ci-dessous. L'assurance n'intervient que pour les frais qui sont en sus de ceux pris en charge par *votre régime d'assurance maladie gouvernemental*, *votre* régime *FMC* ou par tout autre régime d'assurance. Certains des frais admissibles précisés ci-dessous ne sont couverts que s'ils ont été approuvés au préalable par *Global Excel*. Advenant une *urgence, vous* devez communiquer avec *Global Excel* avant tout *traitement*. Si, en raison de la nature de *votre urgence*, il n'est ni possible ni raisonnable pour *vous* de communiquer avec *Global Excel* avant tout *traitement, vous* devez demander à quelqu'un d'autre de le faire en *votre* nom, ou *vous* devez téléphoner dès que *votre* état de santé le permet.

Garanties pour les soins médicaux d'urgence hors province:

Hébergement dans un *hôpital* ou un *établissement médical* : Chambre d'*hôpital* ou dans un *établissement médical* jusqu'à concurrence du tarif fixé par l'*hôpital* ou *l'établissement médical* pour une chambre à un lit. Si *nécessaire du point de vue médical*, est également couvert le coût des *traitements* dans une unité de soins intensifs ou dans une unité de soins coronariens et les services d'*urgence* aux patients externes offerts par l'*hôpital* ou l'*établissement médical*.

Frais accessoires : Jusqu'à concurrence de 250 $, pour les frais accessoires raisonnables engagés (p. ex., les frais de téléphone, location d'un téléviseur, de taxis, de *services de covoiturage*, de stationnement, ou de location d'un véhicule (provenant d'une compagnie qui exerce ses activités dans le secteur de la location de véhicules et est titulaire d'un permis)), lorsque *vous* êtes hospitalisé d'*urgence* et les frais encourus sont directement liés à *votre* hospitalisation. L'*Assureur* ne rembourse que les frais assurés attestés par des reçus originaux.

Honoraires de *médecin* : Les services d'un *médecin* qui sont en sus de ceux pris en charge par *votre régime d'assurance maladie gouvernemental* ou régime *FMC*, là où la loi le permet.

Soins infirmiers privés : Les services d'une infirmière privée diplômée (autre que *vous*-même ou un *membre de la famille immédiate*) lorsque *nécessaires du point de vue médical* alors que *vous* êtes hospitalisé ou au lieu de l'hospitalisation, si le *médecin* traitant et *nous* le jugeons nécessaire, sous réserve de l'approbation préalable de *Global Excel*.

Services diagnostiques : Les radiographies et les tests de laboratoire recommandés par le *médecin* traitant et qui font partie du *traitement* d'*urgence*. Remarque : Cette garantie ne couvre pas le recours à l'imagerie par résonance magnétique (IRM), le cathétérisme cardiaque, la tomographie axiale informatisée (scanographie), les sonogrammes, les échographies et les biopsies, sauf si *Global Excel* y a consenti au préalable.

Appareils médicaux : Les appareils médicaux légers approuvés au préalable par *Global Excel*, tels que béquilles, plâtres, attelles, cannes, écharpes, bandages herniaires, appareils orthopédiques, déambulateurs et (ou) la location temporaire d'un fauteuil roulant. Ces appareils doivent être prescrits par le *médecin* traitant, avoir été obtenus à l'extérieur de *votre province* en raison d'une *urgence*.

Services paramédicaux : Les services d'un chiropraticien, d'un physiothérapeute, d'un podologue, d'un podiatre ou d'un ostéopathe lorsqu'ils sont nécessités par une *urgence*, jusqu'à concurrence de 500 $, par *personne assurée*, par profession énumérée ci-dessus, par *urgence*, sous réserve de l'approbation préalable de *Global Excel*. Les services admissibles incluent les radiographies. Remarque : Veillez à conserver *vos* reçus; ils sont requis lorsque *vous* présentez une demande de règlement.

Médicaments sur ordonnance : Les médicaments, sérums et solutions injectables ne pouvant être obtenus que sur ordonnance d'un *médecin*, fournis par un pharmacien diplômé et *nécessaires du point de vue médical* pour un *traitement* d'*urgence*, sauf si *vous* en avez besoin pour stabiliser une maladie chronique ou un problème de santé dont *vous* souffriez avant *votre voyage*. Cette garantie inclut une provision pour un maximum de 30 jours par ordonnance, sauf si vous êtes hospitalisé.

Ordonnances perdues : Le remplacement d'une ordonnance perdue sur l'approbation préalable de *Global Excel*, jusqu'à concurrence de 250 $.

Services d'ambulance terrestre : Les frais raisonnables et *nécessaires du point de vue médical* pour le transport terrestre par service d'ambulance autorisé de l'endroit d'où est survenu la *maladie* ou l'*accident*, jusqu'à l'établissement de santé le plus proche.

Transport aérien *d'urgence* : À condition que *Global Excel* ait approuvé et pris au préalable les dispositions à cet égard :

a) ambulance aérienne jusqu'à l'*établissement médical* le plus proche ou jusqu'à un *hôpital* canadien pour y recevoir des *traitements* d'*urgence* ; ou
b) transport avec accompagnateur (si nécessaire) sur une ligne aérienne autorisée, si *vous* devez revenir dans *votre province* pour y recevoir des *traitements* d'*urgence* (si *vous* ne possédez pas de billet de retour ouvert valide).

Visite d'un membre de la famille : Sous réserve de l'approbation préalable de *Global Excel*, un billet aller-retour en classe économique (avion, bus ou train) à partir du Canada, ainsi qu'un montant pouvant aller jusqu'à 250 $ par jour, jusqu'à concurrence d'un maximum global de 5 000 $, pour le coût des repas et d'*hébergement* d'une des personnes suivantes : un *membre de la famille immédiate* ou un ami :

a) afin de se rendre à *votre* chevet si *vous* voyagez seul et êtes hospitalisé d'*urgence*. Pour être indemnisé au titre de cette garantie, *vous* devez être un *patient hospitalisé* pendant au moins trois jours consécutifs à l'extérieur de *votre province*. Le *médecin* traitant doit également certifier par écrit que la gravité de la situation justifie la visite ; ou
b) lorsque nécessaire, afin d'identifier le corps de la *personne assurée* décédée avant de le remettre à la famille.

L'*Assureur* ne rembourse que les frais assurés attestés par des reçus originaux. Le *membre de la famille immédiate* (autre que *personnes à charge* du *participant*) ou l'ami n'est pas assuré au titre de la présente assurance et devrait envisager l'achat de leur propre assurance.

Retour du *compagnon de voyage* : Si en vertu des garanties Transport aérien d'*urgence* ou Rapatriement du défunt, *vous* êtes ramené dans *votre province*, sous réserve de l'approbation préalable de *Global Excel*, l'*Assureur* rembourse le coût d'un aller simple par avion en classe économique pour le retour d'un *compagnon de voyage* au Canada (si ce dernier ne possède pas de billet de retour ouvert valide).

Retour accompagné de la personne assurée par une personne de son choix : Sous réserve de l'approbation préalable de *Global Excel*, un billet d'avion aller-retour en classe économique à partir du Canada, plus jusqu'à un maximum de 250 $ par jour pour les frais de repas et *hébergement*, sujet à un maximum global de 2 000 $, pour qu'une personne de choix puisse *vous* accompagner lors de *votre* retour à *votre province*, advenant le décès du *compagnon de voyage* ou une autre *personne assurée* qui voyage avec *vous* et que le décès survient pendant le *voyage*.

La personne de ton choix et/ou le *compagnon de voyage* peuvent ne pas être assurés au titre de la présente assurance et devront envisager l'achat de leurs propres couvertures d'assurance voyage.

Rapatriement du défunt : Jusqu'à concurrence de 15 000 $, pour les frais de préparation et de transport de la *personne assurée* décédée, jusqu'à sa *province*, lorsqu'une *maladie* et (ou) une *blessure* ont occasionné le décès.

Lorsqu'il y a incinération et (ou) inhumation au lieu du décès de la *personne assurée*, cette garantie se limite à un maximum de 5 000$.

Cette garantie ne couvre pas le coût du cercueil ni de l'urne.

Repas et *hébergement* : Jusqu'à 250 $ par jour, jusqu'à concurrence d'un maximum global de 5 000 $ par *voyage*, par *personne assurée*, pour *vos* repas et frais d'hébergement, lorsque *votre voyage* est prolongé au-delà du dernier jour du *voyage* prévu en raison d'une *maladie* contractée et/ou une *blessure* subie par la *personne assurée* ou le *compagnon de voyage*. Cette garantie doit être soumise à l'approbation préalable de *Global Excel*. L'incapacité pour *vous* ou *votre compagnon de voyage* de voyager doit être attestée par le *médecin* traitant. *Vous* devez également produire les reçus originaux des établissements commerciaux ayant fourni ces services.

***Traitements* dentaires en cas d'*accident* :** Jusqu'à concurrence de 5 000 $ par *personne assurée*, pour des *traitements* dentaires d'*urgence* visant à réparer des dents naturelles et saines ou une prothèse dentaire permanente, à condition que le *traitement* soit nécessaire en raison d'un coup accidentel, d'origine externe, reçu à la bouche ou au visage. *Vous* devez consulter un *médecin* ou un dentiste immédiatement après avoir subi la *blessure*. Le *traitement* doit débuter pendant la *période de couverture* et se terminer avant le retour dans *votre province*. À des fins de règlement, un *médecin* ou un dentiste doit fournir un rapport d'*accident*.

Soulagement de douleur aux dents : Jusqu'à concurrence de 600 $ par *personne assurée*, pour le coût des soins palliatifs d'*urgence* pour soulager la douleur dentaire. Cette prestation ne couvre pas les frais de soins dentaires courants ou de traitement de canal racinaire et d'autres procédures, à moins d'être approuvée par *Global Excel*, et doit être effectué par un dentiste ou un chirurgien dentaire agréé.

Garde d'enfant : Sur approbation préalable de Global Excel, jusqu'à concurrence de 5 000 $ par *voyage* pour l'une des garanties de garde d'enfant suivantes :

a) Billet d'avion en classe économique pour le retour d'enfants ou petits-enfants à charge âgés de moins de 16 ans lorsque *vous* ou *votre conjoint* est hospitalisé à la suite d'une *urgence*. S'il y a lieu, un accompagnateur sera du voyage ; ou
b) Les frais de garde (autre qu'un parent) d'enfants ou petits-enfants à charge âgés de moins de 16 ans au même endroit où *vous* ou *votre* conjoint est hospitalisé à la suite d'une *urgence* ; ou
c) Les frais de garde (autre qu'un parent) d'enfants ou petits-enfants à charge âgés de moins de 16 ans dans leur *province* lorsque laissés sans surveillance à la suite d'une *urgence* impliquant *vous* ou *votre* conjoint lors d'un *voyage*.

Retour d'un animal de compagnie : Jusqu'à concurrence de 500 $, pour le retour au Canada de *votre* chat ou chien de compagnie si *vous* devez être hospitalisé ou rapatrié lors d'une *urgence*.

Retour du *véhicule* : Jusqu'à concurrence de 10 000 $, lorsque, en raison d'une *maladie* et/ou d'une *blessure*, ni *vous* ni une personne voyageant avec *vous* n'êtes capables de conduire *votre véhicule* privé ou de location pendant *votre voyage*. Des dispositions sont prises pour que le *véhicule* soit ramené à *votre* domicile dans *votre province*, ou jusqu'à l'agence de location la plus proche, et les frais à cet égard sont payés. Cette garantie couvre les dépenses d'une seule personne pour ramener le *véhicule*. Les dispositions à cet égard doivent être prises et/ou approuvées à l'avance par *Global Excel*. Cette garantie ne couvre pas la perte de salaire subie par le conducteur du *véhicule*. L'*Assureur* ne rembourse que les frais assurés attestés par des reçus originaux.

Autre moyen de transport : Sous réserve de l'approbation préalable de *Global Excel*, jusqu'à concurrence de 5 000 $ par *voyage*, si, pendant le *voyage*, *votre véhicule* privé est volé ou est rendu inopérable en raison d'un accident, le coût d'un aller simple par avion en classe économique pour revenir dans *votre province* sera remboursé. *Vous* devez présenter un rapport de police pertinent à la perte ou l'accident, à l'appui de *votre* demande de règlement.

Évacuation d'urgence : Jusqu'à concurrence de 5 000 $, pour *votre* évacuation d'urgence par les services professionnels à partir d'une montagne, de la mer ou d'un autre endroit éloigné vers le point d'accès le plus proche.

Retour de *vos* bagages : Sous réserve de l'approbation préalable de *Global Excel*, jusqu'à concurrence de 500 $, pour le retour de *vos* bagages dans *votre province* ou territoire de résidence, dans le cas où *vous* êtes retourné dans *votre province* ou territoire de résidence dans le cadre de la garantie pour le Transport aérien d'*urgence* ou le Rapatriement du défunt.

Garantie de recommandation médicale :

La garantie de recommandation médicale prévoit une couverture des frais médicaux et les frais de transport selon les *frais raisonnables et courants*, en excédent des frais remboursables par le *régime public d'assurance maladie* ou le régime *FMC* de la *personne assurée*, engagés dans le cadre d'une recommandation médicale pour *traitement* pré approuvé, pour la *personne assurée* et son accompagnateur approuvé, jusqu'à concurrence du maximum viager de 75 000 $, sous réserve des conditions suivantes :

a) Le *traitement* ne doit pas être offert à moins de 500 kilomètres du lieu de *votre* résidence ; et
b) Toutes les recommandations médicales doivent être obtenues au Canada, si possible, sans égard aux listes d'attente ; et
c) *Votre médecin* traitant canadien, ainsi qu'un médecin spécialiste canadien d'une discipline pertinente, doivent recommander le *traitement* ; et
d) *Votre régime public d'assurance maladie* doit accepter de rembourser les frais médicaux remboursables, en tout ou en partie (une autorisation écrite préalable de votre *régime public d'assurance maladie* énumérant leur responsabilité est requise) ; et
e) Si votre *régime public d'assurance maladie* ou régime *FMC* couvre et rembourse l'intégralité des frais de la recommandation médicale, aucune prestation ne sera versée en vertu du présent certificat d'assurance ; et
f) Le *traitement* ne doit pas être de nature expérimentale ou à des fins d'investigation ; et
g) Les services médicaux et les services de transport doivent être fournis dans un délai de 30 jours suivant la réception de l'approbation par *votre régime public d'assurance maladie*, à moins que la première date à laquelle le *traitement* peut être offert soit postérieure à l'expiration de ce délai de 30 jours ; et
h) Toutes les recommandations médicales, ainsi que toutes les pièces justificatives, doivent être présentées par écrit et pré approuvés par *Global Excel*.

PARTIE 7
CONDITIONS SUSCEPTIBLES DE LIMITER VOTRE COUVERTURE D'ASSURANCE

La présente partie décrit les conditions qui peuvent limiter *vos* droits aux garanties prévues au titre du présent certificat.

Défaut d'aviser *Global Excel* : Advenant une *urgence*, *vous* êtes tenu d'aviser *Global Excel* avant tout *traitement*. Si, en raison de la nature de *votre urgence*, il n'est ni possible ni raisonnable pour *vous* de communiquer avec *Global Excel* avant tout *traitement, vous* devez demander à quelqu'un d'autre de le faire en *votre* nom, ou *vous* devez téléphoner dès que *votre* état de santé le permet. Si *vous* omettez d'aviser *Global Excel*, l'*Assureur* se réserve le droit de limiter vos garanties comme suit :

a) L'*Assureur* ne remboursera pas les frais consacrés aux prestations des garanties qui n'ont pas été approuvées au préalable par *Global Excel*, si l'approbation préalable est requise ; et
b) Dans le cas d'une hospitalisation, L'*Assureur* versera 80 % des frais admissibles, selon les *frais raisonnables et courants*, jusqu'à concurrence de 25 000 $; et
c) Dans le cas d'une consultation médicale externe, l'*Assureur* couvrira jusqu'à concurrence d'une visite par *maladie* ou par *blessure*.

Vous serez responsable de payer tous les frais restants.

Transfert ou rapatriement médical : Lors d'une *urgence* (que ce soit avant, pendant ou après un séjour admissible dans un *hôpital* ou autre *établissement médical*), l'*Assureur* se réserve le droit de :
a) *Vous* transférer vers un fournisseur de soins de santé préférentiel de *Global Excel* ; et/ou
b) *Vous* rapatrier dans *votre province*, ou

pour le *traitement* médical de *votre maladie* et/ou de *votre blessure* lorsque ceci ne pose aucun risque pour *votre* vie ou *votre* santé en danger.

Global Excel tiendra compte de tous les aspects de *votre* affection médicale en prenant les décisions et les dispositions nécessaires pour *votre* transfert ou rapatriement et, s'il s'agit d'un transfert, en faisant le choix de l'*hôpital* ou de l'*établissement médical*. Si *vous* choisissez de refuser le transfert ou le rapatriement lorsque *Global Excel* atteste que *vous* êtes *stable* du point de vue médical et pouvez être déplacé, l'*Assureur* sera ainsi déchargé de sa responsabilité pour les frais encourus en lien avec *votre maladie* et/ou *blessure* après la date de transfert ou de rapatriement proposé.

Limites des garanties - fin de l'urgence : Si, selon l'avis de *Global Excel* ou de *votre médecin,* ou en raison de *votre* congé de l'*hôpital* ou l'*établissement médical*, *vous* êtes considéré *stable* du point de vue médical et pouvez retourner dans *votre province* (avec ou sans auxiliaire médical), *votre urgence* est réputée avoir pris fin. Tout *traitement* subséquent et toute récurrence ou complication liée à l'*urgence* ne seront pas couverts pendant *votre voyage*.

Indemnités limitées aux frais engagés : Le total des indemnités qui *vous* sont versées de toutes les sources ne peut excéder les frais que *vous* avez effectivement engagés.

Sanctions : L'*assureur* ne doit pas fournir de couverture ni être tenu de fournir une indemnité, un paiement ou tout autre avantage en vertu du présent certificat d'assurance qui contreviendrait aux sanctions économiques, financières ou commerciales imposées en vertu des lois du Canada, de l'Union européenne et du Royaume-Uni, ou toute autre juridiction applicable.

PARTIE 8
QU'EST-CE QUI N'EST PAS COUVERT?

EXCLUSION RELATIVE AUX *AFFECTIONS* MÉDICALES PRÉEXISTANTES

La présente assurance ne prend pas en charge les frais imputables ou se rapportant de quelconque façon à ce qui suit :

1. Toute affection médicale présente avant *votre date de départ* qui n'était pas *stable** à tout moment durant les 90 jours avant la *date de départ*, (sauf aux termes de la garantie de Recommandation médicale).

   ***Stable** désigne tout état de santé (autre qu'une *affection mineure*) pour lequel les énoncés suivants sont vrais :
   a) Aucun nouveau diagnostic n'a été prononcé ni aucun nouveau *traitement* ni médicament d'ordonnance n'a été prescrit ;

b) Il n'y a eu aucun changement de fréquence ou de type de *traitement* reçu ni aucun changement de quantité, de fréquence ou de type de médicament pris. Un changement de médication ne comprend pas les changements tels que : la diminution ou l'arrêt de la posologie d'un médicament en raison de l'amélioration de *votre* affection médicale, les ajustements courants de Coumadin, Warfarine, d'insuline ou de médicament pour contrôler le diabète par voie orale ainsi que le remplacement d'un médicament de marque par un médicament générique pourvu que la posologie n'ait pas été modifiée ;
c) Aucun nouveau symptôme n'est apparu ni aucune hausse dans la fréquence ou la sévérité des symptômes ;
d) Les résultats de tests ne témoignent d'aucune détérioration de l'état de santé ;
e) Il n'y a eu aucune hospitalisation ou renvoi à un spécialiste (effectué ou recommandé) et la *personne assurée* n'attend pas de résultats ni d'examens plus poussés relativement à tel problème de santé.

EXCLUSIONS GÉNÉRALES

La présente assurance ne prend pas en charge les frais imputables ou se rapportant de quelconque façon à ce qui suit (sauf, s'il y a lieu, aux termes de la garantie de Recommandation médicale) :

2. Les *traitements* ou services normalement couverts ou remboursables en vertu d'un *régime public d'assurance maladie* ou d'une autre assurance que *vous* pourriez détenir.
3. Tout *voyage* pour lequel *vous* avez fait des réservations ou que vous entreprenez malgré l'avis du *médecin* ou après avoir reçu un diagnostic de *maladie en phase terminale*.
4. Un *traitement*, des services ou des fournitures, qui ne sont pas nécessaires au soulagement immédiat de douleurs ou de souffrances aiguës ou que *vous* décidez de *vous* procurer à l'extérieur de *votre province* mais que, selon des preuves médicales, *vous* pourriez *vous* procurer dans *votre province* à *votre* retour. Le fait de devoir attendre pour recevoir un tel *traitement* dans *votre province* n'influe aucunement sur ce qui précède. Pour les garanties d'Assurance voyage pour soins médicaux d'urgence, cette exclusion ne s'applique pas à une *urgence* médicale découlant de la vaccination contre la COVID-19 que *vous* recevez durant *votre voyage*.
5. Un *traitement*, des services ou des fournitures, qui sont de nature expérimentale ou à des fins d'investigation.
6. *Votre* affection médicale lorsque *votre voyage* a été entrepris en vue d'obtenir un *traitement* pour cette affection médicale, ou toute autre affection médicale qui surgit suite au *traitement*. Pour les garanties d'Assurance voyage pour soins médicaux d'urgence, cette exclusion ne s'applique pas à une *urgence* médicale découlant de la vaccination contre la COVID-19 que *vous* recevez durant *votre voyage*.
7. Le cathétérisme cardiaque, l'angioplastie et/ou la chirurgie cardio-vasculaire, de même que les épreuves diagnostiques et les frais afférents, à moins que *Global Excel* y ait consenti à l'avance, à l'exception de circonstances exceptionnelles, en cas d'*urgence*, immédiatement après l'admission à l'*hôpital* ou l'*établissement médical*.
8. L'imagerie par résonance magnétique (IRM), la tomographie axiale informatisée (scanographie), les échogrammes, les échographies et les biopsies, sauf si *Global Excel* y a consenti au préalable.
9. Toute période d'hospitalisation ou les services obtenus relativement à des examens médicaux périodiques, le *traitement* d'un *problème de santé persistant*, les soins courants dans le cas d'une maladie chronique, les soins à domicile, les tests approfondis, la réadaptation ou les soins ou *traitements* courants liés à la consommation de stupéfiants ou d'alcool ou à l'abus de toute autre substance ou le refus de se conformer à toute thérapie ou à tout *traitement* médical prescrit, de même que le *traitement* d'une *maladie* aiguë et/ou d'une *blessure* après que la situation d'*urgence* initiale a pris fin (tel qu'indiqué par *Global Excel*).
10. Crise d'angoisse ou de panique, ou un état de détresse affective ou psychologique, sauf si la gravité de l'état nécessitait une consultation médicale ayant entraîné un diagnostic.

11. Tout *traitement* non administré ni supervisé par un *médecin* ou un dentiste détenant un permis d'exercice.
12. Des soins prénatals de routine.
13. Si *vous* êtes enceinte, *votre* grossesse ou la naissance et l'accouchement de *votre* enfant, ou toute complication liée à l'un ou l'autre, survenant dans les neuf semaines précédant ou suivant la date d'accouchement prévue, telle qu'elle fut déterminée par *votre médecin* traitant dans *votre province*. Remarquez qu'un enfant né durant un *voyage* ne sera pas considéré comme une *personne assurée* et donc non couvert au titre du présent certificat pendant toute la durée du *voyage* marquant sa naissance, si l'enfant est né dans les neuf semaines précédant ou suivant la date d'accouchement prévue.
14. *Votre* participation à, et/ou *votre* exposition volontaire à tout risque impliquant : une guerre ou un acte de guerre, que la guerre soit déclarée ou non; une invasion ou des actes d'ennemis étrangers; des hostilités déclarées ou non; une guerre civile; une émeute; une rébellion; une révolution ou insurrection; un acte de pouvoir militaire ; ou tout service militaire.
15. La perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel.
16. Une *blessure* infligée à soi-même, une tentative de suicide ou un suicide.
17. La participation :
    a) à des activités sportives en qualité de professionnel, y compris l'entraînement et les pratiques (un professionnel signifie que la personne exerce l'activité en tant qu'emploi principal moyennant rémunération) ; ou
    b) à des courses ou épreuves de vitesse d'engins motorisés ; ou
    c) à la pratique de la plongée sous-marine (sauf si *vous* détenez un certificat de plongeur émis par une école reconnue ou un organisme autorisé), du deltaplane, de l'escalade de rocher, le parapente, la chute libre ou du parachutisme, à la pratique du saut à l'élastique, de l'alpinisme à l'aide de cordes et/ou d'équipement spécialisé, du rodéo, de l'héli-ski, de toute activité de ski alpin ou de planche à neige hors des pistes balisées ou de toute course de cyclisme ou course de ski.
18. Tout dommage causé à des prothèses auditives, lunettes, verres fumés, lentilles cornéennes, prothèses, prothèses dentaires ou membres artificiels ou la perte de ceux-ci et toute ordonnance qui en résulte.
19. Le remplacement d'une ordonnance existante, que ce soit en raison d'une perte, sauf indication contraire dans le contrat, d'un renouvellement ou d'une provision insuffisante, ou l'achat de drogues et de médicaments (vitamines comprises) que l'on peut normalement se procurer sans ordonnance ou qui ne sont pas enregistrés ou approuvés légalement au Canada ou qui ne sont pas nécessaires en raison d'une *urgence*.
20. Des frais de surclassement ou d'annulation de billets d'avion, sauf si *Global Excel* y a consenti au préalable.
21. Le coût de tout billet d'avion assuré en vertu du certificat si *votre* billet peut être échangé ou utilisé à des fins similaires.
22. Les *traitements* ou services obtenus dans *votre province*.
23. Un *accident* survenu alors que *vous* étiez au volant d'un *véhicule* motorisé, d'un bateau ou d'un aéronef, si *vous* :
    a) étiez sous l'influence de drogues ou de substances toxiques ; ou
    b) aviez un taux d'alcoolémie supérieur à 80 milligrammes par 100 millilitres de sang ; ou
    c) aviez un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise dans la région où l'*accident* est survenu.

24. Toute *maladie, blessure* ou affection médicale dont *vous* souffrez ou que *vous* contractez, ou toute perte que *vous* subissez dans un pays, une région ou un emplacement particulier pendant qu'un avertissement aux voyageurs d' « éviter tout *voyage* non-essentiel » ou d' « éviter tout voyage » est en vigueur dans ce pays, région, ou emplacement et lorsque l'avertissement aux voyageurs est émis par le gouvernement du Canada avant la *date de votre départ*, même si le *voyage* est entrepris pour des raisons essentielles. Cette exclusion s'applique uniquement aux affections médicales ou aux sinistres qui sont liés, directement ou indirectement, à la raison pour laquelle l'avertissement aux voyageurs a été émis.
    Si l'un avertissement aux voyageurs est émis après la *date de votre départ*, l'étendue de *vos* garanties au titre de la présente assurance alors que *vous* êtes dans ce pays, cette région ou cet emplacement particulier, sera limitée à une période de 10 jours à compter de la date de la diffusion de l'avertissement aux voyageurs, ou à la période nécessaire requise afin que *vous* puissiez évacuer le pays, la région ou l'emplacement en question en toute sécurité, après quoi, *vos* garanties seront limitées aux affections médicales ou aux sinistres qui ne sont pas liés à la raison pour laquelle l'avertissement aux voyageurs a été émis, tant que l'avertissement aux voyageurs est en vigueur.
    Cette exclusion ne s'applique pas aux affections médicales ou pertes qui sont liés au nouveau coronavirus 2019 (COVID-19), même lorsqu'un avertissement aux voyageurs lié à la COVID-19 est en vigueur.
25. Rachats de points dans le cadre d'un programme quelconque (ex. : milles de récompense AIR MILES[MD], Aéroplan[MD], multipropriété/à temps partagé), utilisés pour l'achat d'un article ou service admissible, et les frais exigés pour le rétablissement desdits points.

PARTIE 9
SERVICES D'ASSISTANCE INTERNATIONAL

Il suffit d'un seul appel pour obtenir l'assistance dont *vous* avez besoin pendant *votre voyage*. *Global Excel* est disponible jour et nuit, tous les jours de la semaine, et dans la mesure du possible, *vous* fournira les services suivants :

Assistance avant le voyage. *Global Excel vous* fournira des renseignements relatifs à *votre* destination avant de partir en *voyage*, tels que :
- Les avis aux voyageurs pour la région que *vous* visiterez;
- Les inoculations requises;
- Les devises locales;
- Les exigences pour les visas;
- Les numéros de téléphone d'urgence qu'il *vous* faudra composer afin de joindre *Global Excel* à partir du ou des pays que *vous* visiterez; et
- Comment faire un appel à partir du pays que *vous* visiterez, y compris les codes internationaux requis.

Centre d'appels d'urgence. Peu importe *votre* destination, un personnel d'assistance professionnel est toujours prêt à prendre *votre* appel. *Vous* pouvez joindre *Global Excel* en composant sans frais le **1-877-346-1467** du Canada ou des États-Unis ou **800-062-4728** du Mexique, ou à frais virés le **+ 819-780-0647** de partout ailleurs à l'étranger.

Assistance et consultation médicales. Lorsqu'une *urgence* survient et que *vous* la signalez à *Global Excel*, *vous* serez dirigé vers un ou plusieurs des fournisseurs de services médicaux recommandés le plus près de *vous*. En outre, *Global Excel* :
- Confirmera *vos* garanties et paiera directement au fournisseur de services médicaux recommandé, les frais admissibles au titre de la présente assurance,
- Surveillera *vos* soins en consultant *votre médecin* traitant, et
- Surveillera la pertinence, la nécessité et le caractère raisonnable des soins pour faire en sorte que *vos* dépenses constituent des frais admissibles au titre de la présente assurance.

Médecin-Sur-Appel[MC]. Médecin-Sur-Appel[MC] est un service pour les voyageurs qui se rendent aux États-Unis. Ce service vise à faciliter une consultation médicale téléphonique avec un médecin aux États-Unis, si cela convient à la situation, y compris la possibilité d'une visite personnelle en cas d'*urgence*.

Assistance avec les paiements et la facturation directe. La coordination du paiement des services médicaux que *vous* recevrez sera prise en charge par *Global Excel* et communiquée à *votre* fournisseur de soins médicaux. Ils discuteront ensemble des modalités de facturation. Dans certains pays, les conditions locales ou les communiqués aux voyageurs du gouvernement canadien ne permettent pas d'offrir les services d'assistance. *Vous* pourriez donc être obligé d'acquitter *vous*-même les frais exigés. Le cas échéant, veillez à *vous* procurer l'original des reçus indiquant tous les détails des frais engagés afin de soumettre une demande de règlement et communiquez avec *Global Excel* dès *votre* retour à domicile.

Information sur les garanties. *Global Excel* peut faciliter la compréhension de la couverture d'assurance au titre de *votre Contrat*, pour *vous* et les fournisseurs responsables de *vos* soins médicaux.

Informations sur les demandes de règlement. *Global Excel* répondra à toutes *vos* questions portant sur *votre* demande de règlement, les procédures de vérification que *Global Excel* observe et la façon dont les garanties de *votre Contrat* interviennent.

Service d'interprétation. *Global Excel* peut *vous* mettre en contact avec un interprète de langue étrangère lorsque la prestation de services d'urgence à l'étranger l'exige.

Services de messagerie d'urgence. Advenant une *urgence, Global Excel* se chargera de transmettre les messages importants entre *vous*, *votre* famille, *vos* associés en affaires ou *votre médecin*.

Aide juridique. Si *vous* êtes arrêté ou détenu, *Global Excel vous* aidera à joindre un avocat local ou l'ambassade canadienne la plus proche. *Global Excel* veillera également à ce que *votre* famille, *vos* amis ou *vos* associés en affaires demeurent informés, jusqu'à ce que *vous* trouviez un conseiller juridique, et *Global Excel* se chargera de la coordination de tout cautionnement dont *vous* pourriez avoir besoin.

PARTIE 10
COMMENT SOUMETTRE UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT?

A COMMENT PRÉSENTER UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT?

Pour soumettre une demande de règlement :

Du Canada ou des États-Unis, composez sans frais le **1-877-346-1467**.
Du Mexique, composez sans frais le **800-062-4728**.
De partout ailleurs à l'étranger, composez à frais virés le **+ 819-780-0647**.

Qu'en est-il du portail de réclamation en ligne?

- *Vous* recevrez lors de *votre* appel toute l'information nécessaire à la soumission d'une demande de règlement. À la suite de l'ouverture de *votre* demande de règlement, *vous* recevrez les instructions sur la façon d'accéder le portail en ligne pour les réclamants, afin de soumettre des documents additionnels et d'examiner le statut de *votre* réclamation.
- *Vous* devrez fournir des preuves à l'appui de *votre* demande de règlement en fournissant tous les documents requis, à défaut de quoi, *votre* demande de règlement pourrait être refusée. L'*Assureur* ne prend pas en charge les frais exigés pour l'obtention desdits documents. Toute documentation incomplète *vous* sera retournée pour que *vous* puissiez y remédier.

- Pour toute demande de règlement, *nous* pourrions également exiger qu'un formulaire de demande de règlement et d'autorisation soit dûment rempli et que les pièces justificatives suivantes soient fournies :
  - ~L'original des billets de transport et les bons d'échange inutilisés pour une demande de règlement au titre de la garantie Transport aérien *d'urgence* ou Retour du *compagnon de voyage*.
  - ~Toutes les factures originales détaillées présentées par le ou les fournisseurs de services médicaux, indiquant le nom du patient, le diagnostic, les dates et le genre de *traitement* reçu, ainsi que le nom de l'*hôpital* ou l'établissement de santé et/ou du *médecin*.
  - ~Tous les reçus originaux pour les médicaments d'ordonnance (et non des reçus de caisse) émis par le pharmacien, le *médecin* ou l'*hôpital* ou l'établissement de santé, indiquant le nom du *médecin* ayant prescrit le médicament, le numéro de l'ordonnance, le nom du médicament, la date, la quantité et le coût total.
  - ~Une preuve de *votre date de départ* et *date de retour*. Bien que nous favorisions les billets d'embarquement, *nous* accepterons des billets d'avion à titre ou autre preuve de *votre date de départ* de *votre province*, à condition que *votre* nom y figure, ainsi que le lieu et la date de *votre* achat.
  - ~Tout autre document pertinent à la demande de règlement, tel que requis par *Global Excel*.

- **Le fait de ne pas remplir en entier le formulaire de demande de règlement et d'autorisation peut retarder le traitement de *votre* demande de règlement.**

Veuillez faire parvenir tous les documents pertinents à :

Gestion Global Excel inc.
73, rue Queen, Sherbrooke, Québec J1M 0C9

B AUTRES RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX DEMANDES DE RÈGLEMENT

Avis et preuve de sinistre
Lorsque *Global Excel* n'est pas contactée immédiatement, la *personne assurée* ou un bénéficiaire habilité à présenter une demande de règlement, ou le mandataire de l'un ou de l'autre, doit :

a) donner un avis écrit de la demande de règlement en le remettant personnellement ou en l'envoyant par courrier recommandé à *Global Excel* dans les 30 jours suivant la date de l'événement qui motive la demande de règlement au titre du *Contrat* ; et
b) faire parvenir à *Global Excel* dans les 90 jours suivant la date de l'événement qui motive la demande de règlement au titre du *contrat*, toute preuve raisonnable, étant donné les circonstances de l'*urgence* qui fonde la demande de règlement, ainsi qu'une preuve de la perte occasionnée, une preuve du droit du demandeur à une telle indemnité, une preuve de son âge et, si nécessaire, de l'âge du bénéficiaire.

Défaut de notification ou de preuve
Le fait de ne pas donner la demande de règlement ou de ne pas en fournir la preuve dans le délai prescrit ci-dessus n'invalide pas pour autant la demande de règlement au titre du *Contrat* si la demande est donnée ou la preuve fournie dès que raisonnablement possible, et au plus tard un an suivant la date de la *blessure* ou la date à laquelle une demande de règlement est présentée au titre du *Contrat* en raison d'une *maladie*, s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner la demande ou de fournir la preuve dans le délai prescrit.

Formulaires fournis par l'Assureur
Global Excel s'engage, au nom de l'*Assureur*, à fournir les formulaires de demande de règlement dans les 15 jours suivant la réception de la demande de règlement. Si toutefois le demandeur n'a pas reçu les formulaires dans le délai prescrit, il pourra présenter ses preuves sous forme de déclaration écrite, en décrivant la cause ou la nature de l'*urgence* qui fonde la demande de règlement.

PARTIE 11
QUE DEVRIEZ-VOUS SAVOIR D'AUTRE?

Devise canadienne. Le paiement de toute demande de règlement *vous* sera versé en monnaie canadienne. Si *vous* avez payé les frais admissibles, *vous* serez remboursé en devise canadienne au taux de change qui est en vigueur à la date où le paiement de *votre* demande de règlement *vous* est versé. Aucune des sommes payables ne cumule d'intérêt.

Paiement des indemnités. Toutes les indemnités *vous* seront versées ou seront versées en *votre* nom. Advenant le décès de la *personne assurée*, les indemnités seront versées à la succession de ladite *personne assurée*, sauf lorsqu'un bénéficiaire particulier est désigné par écrit auprès de *Global Excel ou* l'*Assureur*.

Autre assurance. La présente assurance ne s'applique qu'à titre d'assurance en deuxième ligne. Elle n'intervient que pour les frais admissibles engagés hors de *votre province* qui sont en sus des montants payables dans le cadre de tout autre contrat ou régime collectif ou individuel d'indemnisation ou le régime *FMC*, dont *vous* pouvez bénéficier, y compris les polices d'assurance automobile provinciales, territoriales ou privées qui prévoient des prestations pour frais hospitaliers, soins médicaux ou thérapeutiques, ou toute autre assurance qui est en vigueur simultanément avec la présente assurance. La coordination des indemnités avec les régimes d'avantages sociaux offerts aux employés est effectuée conformément aux lignes directrices de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. Peu importe la situation, l'*Assureur* ne fera aucune coordination d'indemnités avec le ou les régimes d'un employeur, lorsque le maximum viager y étant prévu pour les *voyages* à l'intérieur et l'extérieur du pays est de 200 000 $ ou moins.

Droit d'examen. Comme condition au versement de toute indemnité prévue par le *Contrat*,

a) le demandeur doit convenir à ce que la *personne assurée* se soumette à un examen aussi souvent que *nous* le jugions raisonnablement nécessaire, pendant qu'une demande de règlement est à l'étude; et
b) dans le cas du décès de la *personne assurée, nous* pourrions demander qu'une autopsie soit pratiquée, sous réserve de toute loi relative aux autopsies qui régit la juridiction applicable.

Disponibilité et qualité des soins. *Nous* n'acceptons aucune responsabilité quant à la disponibilité, à la qualité et aux résultats de tout *traitement* médical ou du transport, ou *votre* défaut d'obtenir un *traitement* médical.

Fausse déclaration et non-divulgation. Toute fausse déclaration, déclaration inexacte ou incomplète de *votre* part peut entraîner l'annulation du présent certificat d'assurance et de *vos* garanties; le cas échéant, aucune indemnité ne sera versée.

Loi applicable. Le *Contrat* entre l'*Assureur* et le *participant* ou une *personne assurée*, est régi et interprété conformément aux lois de la *province* du *participant*. Toute procédure judiciaire intentée par la *personne assurée*, sa succession ou ses bénéficiaires devra être soumise aux tribunaux de la province du *participant*.

Faits essentiels. Aucune affirmation ou déclaration faite par le *titulaire du contrat*, agent, courtier, *nos* employés ou *nos* agents ne peut modifier les dispositions de la présente assurance.

Subrogation. Si *vous* engagez des frais par la faute d'un tiers, *vous* acceptez de *nous* céder le droit de poursuivre ledit tiers responsable en *votre* nom. Le cas échéant, *vous* devez coopérer pleinement avec *nous*. *Nous* prendrons en charge toutes les dépenses afférentes.

Attestation d'âge. L'*Assureur* se réserve le droit d'exiger une attestation d'âge de toute *personne assurée*.

Cession. Les prestations au titre des garanties offertes par le *Contrat* d'assurance ne peuvent pas être cédées à un tiers. Cependant et à titre exceptionnel, cet interdit ne peut empêcher *Global Excel* d'effectuer, dans l'intérêt de la *personne assurée,* le paiement direct à l'*hôpital* ou l'*établissement médical* comme offert à la PARTIE 9 – SERVICE D'ASSISTANCE INTERNATIONAUX.

Délai de paiement des sommes. Toutes les sommes payables en vertu du *Contrat* sont versées par l'*Assureur* dans les 60 jours de la réception par celui-ci d'une preuve de sinistre.

Droit d'examiner le *contrat*. Le *Contrat*, de même que tout avenant qui y est annexé, est conservé dans les bureaux du *titulaire du contrat*. *Vous* pouvez consulter ce document durant les heures normales de bureau du *titulaire du contrat*.

Délais de prescription. Toute action ou toute poursuite en justice intentée contre un assurer pour recouvrer des sommes payables au titre du contrat est absolument proscrite à moins qu'elle ne soit engagée dans le délai stipulé par la Loi sur les assurances (pour les actions ou poursuites régies par les lois de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et du Manitoba), par la Loi sur la prescription des actions, 2002 (pour les actions ou poursuites régies par les lois de l'Ontario), par l'Article 2925 du Code civil du Québec (pour les actions ou poursuites régies par les lois du Québec) ou par toute autre législation applicable.

PARTIE 12
DÉFINITIONS

Les termes figurant en italique dans le texte du présent certificat ont le sens qui leur est donné ci-dessous :

Accident désigne un événement fortuit, soudain, imprévisible et involontaire attribuable exclusivement à une cause externe et ayant pour résultat des *blessures* corporelles.

Administrateur désigne Johnson Inc.

Affection mineure désigne toute *maladie* ou *blessure* qui ne requiert pas : la consommation de médicaments pendant une période de plus de 15 jours ; plus d'une visite de suivi chez le *médecin*, une hospitalisation, une intervention chirurgicale ou d'être dirigé vers un spécialiste ; et qui prend fin au moins 30 jours consécutifs avant chacun des *voyages*. Toutefois, un état chronique ou toute complication liée à un état chronique n'est pas considéré comme une affection mineure.

Assureur désigne la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances.

Blessure désigne toute atteinte corporelle inattendue et imprévue de la *personne assurée* résultant d'un *accident* qui se produit au cours de la *période de couverture* et nécessitant un *traitement* d'*urgence* couvert par le *Contrat*.

Carte des avantages désigne la carte fournie au *participant* et dont les informations suivantes y figurent : nom du *titulaire du contrat*, numéro du *Contrat*, et les numéros d'*urgence*.

Compagnon de voyage désigne une personne, autre qu'une *personne à charge*, qui partage avec la *personne assurée* le coût des dispositions de *voyage* à partir du *point de départ* du *voyage* assuré, y compris les frais d'*hébergement* et de transport payés avant la *date de départ*. Un maximum de trois personnes seront considérées compagnons de voyage. Un compagnon de voyage n'est pas couvert au titre de la présente assurance et devrait envisager l'achat de leur propre assurance.

Conjoint désigne une personne avec qui le *participant* est légalement marié ou avec qui il cohabite et qu'il présente publiquement comme son conjoint de fait.

Contrat désigne le contrat du Régime d'assurance voyage de RTOERO (Contrat-Cadre) émis au *titulaire du contrat* par l'*Assureur*, et conservé dans les dossiers du *titulaire du contrat*, afin d'offrir une couverture d'assurance voyage pour soins médicaux d'urgence à ses *participants* et leurs *personnes à charge* assurées.

Date de départ désigne la date à laquelle *vous* quittez *votre province* de *votre point de départ*.

Date de retour désigne la date à laquelle *vous* prévoyez revenir à votre *point de départ*.

Frais médicaux complémentaires ou **FMC** désigne la couverture d'assurance offerte par le *titulaire du contrat* qui vise à compléter *votre régime public d'assurance maladie*.

Frais raisonnables et courants désigne des frais qui, selon *nous*, sont comparables à ceux perçus pour les mêmes services et niveau de compétence à l'endroit où l'*urgence* est survenue.

Global Excel désigne Gestion Global Excel inc., la compagnie désignée par l'*Assureur* pour fournir l'assistance médicale et les services de règlement.

Hébergement désigne un établissement qui œuvre dans le domaine de l'hébergement commercial ou dans le secteur de la location de propriétés de vacances et de services d›accueil pour le grand public.

Hôpital ou **Établissement médical** désigne un établissement autorisé qui fournit aux personnes des soins et des *traitement*s médicaux rendus nécessaires par une *urgence*. L'établissement doit avoir en poste des infirmières et des *médecin*s diplômés, jour et nuit. Les hôpitaux ou les établissements médicaux n'incluent pas les spas ou les maisons de soins infirmiers.

Maladie désigne toute affection ou trouble physiologique qui donne lieu à une perte pendant que la couverture est en vigueur. La maladie doit être suffisamment grave pour obliger une personne raisonnable à chercher à obtenir des *traitements* médicaux auprès d'un *médecin*.

Maladie en phase terminale désigne qu'en raison de *votre* état de santé, le *médecin* estime que *vous* avez une espérance de vie de moins de six 6 mois.

Médecin désigne un médecin praticien dont le statut juridique et professionnel, à l'intérieur du territoire où il exerce, équivaut à celui d'un docteur en médecine (M.D.) ayant obtenu un permis d'exercice au Canada, qui est dûment autorisé à exercer dans le territoire donné, qui peut prescrire des médicaments ou pratiquer la chirurgie et qui fournit des soins médicaux au titre de son permis d'exercice. Le médecin doit être une personne autre que *vous*-même ou qu'un *membre de votre famille immédiate*.

Membre de la famille immédiate désigne *votre conjoint*, fils, fille, père, mère, frère, sœur, beau-fils, belle-fille, belle-mère, beau-père, gendre, bru, beau-frère, belle-sœur, petit-fils, petite-fille, grand-père ou grand-mère, tante, oncle, nièce ou neveu.

Nécessaire du point de vue médical désigne des services, fournitures ou autres :
a) qui sont opportuns et compatibles avec le diagnostic, conformément aux normes reconnues de la pratique médicale dans la société ; et
b) qui ne sont pas de nature expérimentale ou à des fins d'investigation ; et
c) qui, s'ils ne sont pas administrés, peuvent avoir des conséquences néfastes sur l'état de santé de la *personne assurée* ou la qualité des soins médicaux ;
d) qui ne peuvent attendre le retour de la *personne assurée* dans sa *province*.

Nous, nos et **notre** désignent l'*Assureur* ou ses représentants autorisés, ou *Global Excel*, selon le cas.

Participant désigne un membre admissible dont le *titulaire du contrat* reconnaît le droit à l'assurance en vertu du *Contrat* et pour lequel ce dernier a acquitté la prime exigible.

Patient hospitalisé désigne un patient qui occupe un lit d'*hôpital* ou *établissement médical* pendant plus de 24 heures afin de recevoir des soins médicaux et dont l'admission, jugée *nécessaire du point de vue médical,* a été recommandée par un *médecin*.

Période de couverture désigne 93 jours par voyage, au cours desquels *vous* êtes couvert par le *Contrat* lorsque *vous* partez en *voyage*, ces jours étant calculés à compter de *votre date de départ* de *votre voyage*, par contre,
a) Si *vous* êtes un enfant à charge qui est inscrit comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement accrédité à l'extérieur de *votre province*, *votre* période de couverture est de 365 jours ; ou
b) Si *vous* avez un *voyage* dont la *date de départ* est antérieure à la date d'entrée en vigueur de *votre* régime *FMC* et que *votre date de retour* prévue est à la date d'entrée en vigueur de *votre* régime *FMC* ou une date ultérieure, *votre* période de couverture est réduite par le nombre de jours pendant lesquels *vous* étiez à l'extérieur de *votre province* à la date d'entrée en vigueur de *votre* régime *FMC* et *votre* couverture sera assujettie aux modalités du présent Certificat d'assurance.

Personne à charge désigne :
a) le *conjoint* ; et
b) l'enfant célibataire du *participant* ou du *conjoint* (y compris un enfant naturel ou adopté, un bel-enfant, un enfant en famille d'accueil et un enfant dont le *participant* ou le *conjoint* est un tuteur légal). L'enfant doit dépendre du *participant* ou du *conjoint* pour sa subsistance et ne doit pas occuper un emploi à temps plein. L'enfant à charge doit être âgé de moins de 21 ans ou moins de 30 ans s'il est un étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu, à la *date de départ*. Par contre, est maintenue au-delà de quelconque limite d'âge, la couverture d'un enfant handicapé physiquement ou mentalement, entièrement à la charge du *participant* ou du *conjoint* pour sa subsistance, qui était couvert par le *Contrat* en tant que personne à charge avant d'atteindre la limite d'âge que l'assurance aurait normalement pris fin.

Point de départ désigne le lieu d'où *vous* quittez *votre province* le premier jour de *votre voyage* et que *vous* regagnez le dernier jour de *votre voyage*.

Problème de santé persistant désigne une *maladie* et/ou une *blessure* aiguë qui nécessitent des soins et/ou un *traitement* une fois que l'*urgence* initiale a pris fin, selon *Global Excel*.

Province désigne la province ou le territoire canadien de *votre* résidence permanente.

Régime d'assurance maladie gouvernemental désigne l'assurance maladie que les gouvernements provinciaux et territoriaux canadiens offrent à leurs résidents.

Services de covoiturage désigne des sociétés de réseaux de transport qui fournissent des services de transport de covoiturage entre particuliers par l›intermédiaire de réseaux numériques ou d›autres moyens électroniques destinés au grand public.

Stable désigne tout état de santé (autre qu'une *affection mineure*) pour lequel les énoncés suivants sont vrais :

a) Aucun nouveau diagnostic n'a été prononcé ni aucun nouveau *traitement* ni médicament d'ordonnance n'a été prescrit ;
b) Il n'y a eu aucun changement de fréquence ou de type de *traitement* reçu ni aucun changement de quantité, de fréquence ou de type de médicament pris. Un changement de médication ne comprend pas les changements tels que : la diminution ou l'arrêt de la posologie d'un médicament en raison de l'amélioration de *votre affection médicale*, les ajustements courants de Coumadin, Warfarine, d'insuline ou de médicament pour contrôler le diabète par voie orale ainsi que le remplacement d'un médicament de marque par un médicament générique pourvu que la posologie n'ait pas été modifiée ;
c) Aucun nouveau symptôme n'est apparu ni aucune hausse dans la fréquence ou la sévérité des symptômes ;
d) Les résultats de tests ne témoignent d'aucune détérioration de l'état de santé ;
e) Il n'y a eu aucune hospitalisation ou renvoi à un spécialiste (effectué ou recommandé) et la *personne assurée* n'attend pas de résultats ni d'examens plus poussés relativement à tel problème de santé.

Titulaire du contrat *désigne* Les enseignantes et enseignants retraités de l'Ontario / The Retired Teachers of Ontario (RTOERO) à qui le *Contrat* est émis.

Traitement désigne un acte médical, thérapeutique ou diagnostic prescrit, exécuté ou recommandé par un *médecin,* y compris, sans s'y limiter, une consultation, des médicaments sur ordonnance, des tests, une hospitalisation ou une intervention chirurgicale.

Transporteur public désigne toute entreprise de transport terrestre, aérien ou maritime exploitée en vertu d'un permis pour le transport de passagers à titre onéreux, à condition que ses horaires et tarifs soient publiés et actualisés. Les véhicules de location ne sont pas considérés comme des transporteurs publics.

Urgence désigne une *maladie* et/ou *blessure* inattendue et imprévisible (qui survient au cours de la *période de couverture*) dont un *traitement nécessaire du point de vue médical* est essentiel afin de prévenir ou de réduire un danger réel touchant la vie ou la santé, et qui ne peut être raisonnablement retardé jusqu'à *votre* retour dans *votre province*.

Véhicule désigne tout type d'automobile, de familiale, de mini-fourgonnette, d'utilitaire sport (destiné à circuler sur la voie publique), de motocyclette, de camionnette, de maison mobile, de camionnette de camping ou de maison-remorque de moins de 11 mètres (36 pieds) de long, utilisés exclusivement pour le transport de passagers non payants, et dans lesquels la *personne assurée* prend place durant le *voyage* à titre de passager ou de conducteur.

Vous, votre, **vos** et **personne(s) assurée(s)** désignent le *participant* ou ses *personnes à charge* assurées qui sont couverts par le *Contrat*, qu'ils voyagent ensemble ou non.

Voyage désigne un déplacement que *vous* effectuez et qui débute à la *date de départ* de *votre province* et se termine à la *date de retour* à *votre province*.

CERTIFICAT D'ASSURANCE DU RÉGIME D'ASSURANCE ANNULATION ET INTERRUPTION DE VOYAGE

Note : Les termes figurant en *italique* dans le texte du présent certificat ont le sens qui leur est donné à la PARTIE 12 – DÉFINITIONS.

PARTIE 1
INTRODUCTION

Le régime d'assurance annulation et interruption de voyage offre au *participant* et ses *personnes à charge,* le remboursement de :

1. la partie non remboursable et non transférable des frais de *voyage* prépayés, suite à l'annulation de *votre voyage*; et
2. la partie inutilisée, non remboursable et non transférable de *vos* frais de *voyage* prépayés, suite à l'interruption ou le retard de *votre voyage,* et/ou les frais supplémentaires engagés qui s'en sont découlés; et
3. le remplacement de vos bagages suite à la perte, vol ou dommage de ces derniers, lorsqu'ils sont sous la responsabilité d'un *transporteur public*.

Le régime d'Assurance annulation et interruption de voyage est inclus avec *votre* couverture régime *Frais médicaux complémentaires* (*FMC*) jusqu'à concurrence de 6 000 $, par *personne assurée*, par *voyage*. *Vous* avez aussi accès aux services d'assistance voyage lorsque *vous* voyagez à l'extérieur de *votre province*.

Le présent certificat ainsi que l'ensemble de *votre* document du Régime d'assurance voyage de RTOERO donnent un aperçu de la couverture d'assurance et des conditions sous réserve desquelles les versements des prestations seront versés. Ils fournissent également des directives sur la manière de présenter une demande de règlement. Pour une confirmation d'assurance prévue par le présent certificat ou l'ensemble de *votre* document du Régime d'assurance voyage de RTOERO ou toute question concernant les informations qu'ils contiennent, veuillez communiquer avec Johnson Inc. en composant sans frais le **1-877-406-9007** ou par courriel à **healthbenefits@johnson.ca**.

La Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances (*Assureur*) offre l'assurance décrite dans le présent certificat en vertu du Contrat-Cadre (*Contrat*) émis au *titulaire du contrat*. Les services d'assistance et de règlement prévus par le présent certificat sont fournis par Gestion Global Excel inc. (*Global Excel*), compagnie désignée par l'*Assureur*. Cette assurance est administrée par Johnson Inc. (*Administrateur*). Le présent certificat n'est pas un contrat d'assurance. Il ne fournit qu'un résumé des principales dispositions du *Contrat*. Toutes les garanties sont entièrement assujetties aux dispositions du *Contrat* en vertu duquel la couverture d'assurance est offerte et les indemnités sont versées. En cas de divergence, le *Contrat* aura préséance, sauf dispositions contraires de toute loi applicable. Le *titulaire du contrat* ou un autre demandeur en vertu du *Contrat* peut, suite à une demande à l'*Assureur*, obtenir une copie du *Contrat*, sous réserve des restrictions d'accès permises par la loi applicable.

RTOERO (*titulaire du contrat*) et l'*Assureur* se réservent le droit de résilier, de changer ou de modifier la présente assurance en tout temps.

Le présent certificat remplace tous les certificats émis antérieurement à *vous* à l'égard du *Contrat*.

PARTIE 2
COMMENT OBTENIR DE L'ASSISTANCE OU PRÉSENTER UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT?

SI *VOUS* AVEZ BESOIN D'ASSISTANCE OU DEVEZ SOUMETTRE UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT, COMMUNIQUEZ AVEC *GLOBAL EXCEL* :

1-877-346-1467 sans frais, du Canada et des États-Unis
800-062-4728 sans frais, du Mexique
+819-780-0647 à frais virés, de partout ailleurs à l'étranger

Il importe que vous téléphoniez le jour où l'événement imputable à l'annulation, l'interruption ou le retard de votre voyage survient, ou le jour où vos bagages sont perdus, endommagés ou volés, ou au plus tard, le jour ouvrable suivant.

Remarque : La liste complète des numéros d'*urgence* se trouve également à l'endos de la *carte des avantages* qui *vous* a été fournie.

PARTIE 3
AVIS IMPORTANT – VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT

- L'Assurance annulation et interruption de voyage est conçue pour couvrir les pertes attribuables à des circonstances soudaines et imprévisibles. Il est important que *vous* lisiez et compreniez bien la couverture d'assurance prévue par le présent certificat avant de voyager, car elle fait l'objet de certaines restrictions et exclusions.
- Des exclusions relatives aux *affections médicales* préexistantes s'appliquent aux *affections médicales* et/ou aux symptômes qui existaient avant *votre voyage*. Reportez-*vous* au présent certificat pour déterminer l'application de ces exclusions relativement à *votre* couverture d'assurance, à *votre date de départ ou* à la *date d'entrée en vigueur.*
- Dans le cas d'un *accident*, d'une blessure corporelle ou d'une maladie, *vos* antécédents médicaux peuvent être examinés lorsqu'une demande de règlement est présentée.
- Dans ce document, toute référence à l'âge correspond à *votre* âge à *votre date d'entrée en vigueur.*
- **Le présent certificat contient des dispositions pouvant limiter les montants payables.**
- **Le présent certificat contient une disposition qui révoque ou restreint le droit d'un membre assuré du groupe de nommer les personnes auxquelles ou au bénéfice desquelles les indemnités payables devraient être versées.**

PARTIE 4
CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

COUVERTURE DU *PARTICIPANT*

Pour avoir droit à l'assurance en vertu du *Contrat* à titre de *participant*, *vous* devez remplir les critères d'admissibilité suivants :

- *Vous* devez être couvert par le *régime d'assurance maladie gouvernemental* ; et
- *Votre* résidence permanente doit être au Canada ; et
- Les versements de prime exigibles pour *votre* couverture au titre du *Contrat* doivent être payés; et

- *Vous* devez être inscrit au régime *FMC* du *titulaire du contrat* ; et
- Être un membre en règle du *titulaire du contrat* ; et
- Figurer dans la liste des membres admissibles à l'assurance que le *titulaire du contrat* fournit chaque mois à l'*Assureur*.

COUVERTURE DE *PERSONNES À CHARGE*

Pour avoir droit à l'assurance en vertu du *Contrat* à titre de *personne à charge*, *vous* devez remplir les critères d'admissibilité suivants :
- *Vous* devez être couvert par le *régime d'assurance maladie gouvernemental* ; et
- S'il y a lieu, *vous* devez être inscrit au régime *FMC* du *titulaire du contrat* comme *personne à charge* ; et
- *Vous* devez être une *personne à charge* au sens de la définition de « *personne à charge* » du présent certificat ; et
- Les versements de prime exigibles pour *votre* couverture au titre du *Contrat* doivent être payés.

PARTIE 5
QU'EST-CE QUI MARQUE L'ENTRÉE EN VIGUEUR ET L'EXPIRATION DE L'ASSURANCE ?

APPLICATION DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE

- L'annulation de voyage s'applique lorsque l'événement donnant lieu à l'annulation survient avant *votre* départ en *voyage*.
- L'interruption de voyage s'applique lorsque l'événement donnant lieu à l'interruption survient pendant *votre voyage*.
- Le retard de voyage s'applique lorsque l'événement donnant lieu au retard survient pendant *votre voyage* et entraîne le retard de *votre* retour à *votre point de départ,* au-delà de *votre date de retour* prévue.
- L'assurance bagages s'applique lorsque durant *votre voyage*, *vos* bagages enregistrés ou emportés avec *vous* auprès d'un *transporteur public* sont perdus, volés ou endommagés.

Remarque : Si *vous* avez réservé un *voyage* ou que *vous* êtes parti avant la date d'entrée en vigueur de *votre* régime *FMC* et que la *date de retour* prévue est à la date d'entrée en vigueur de votre régime *FMC* ou une date ultérieure, cette assurance sera offerte pour les pertes survenues à la date d'entrée en vigueur de *votre* régime *FMC* ou après cette date, et sera assujettie aux modalités du présent Certificat d'assurance.

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA COUVERTURE DU *PARTICIPANT*

La couverture du *participant* prend effet à la dernière des dates suivantes :
- La date à laquelle le *Contrat* prend effet ; ou
- S'il y a lieu, la date à laquelle le *participant* est admissible au régime *FMC* du *titulaire du contrat* ; ou
- La date à laquelle le *participant* devient un membre en règle du *titulaire du contrat* et figure dans la liste mensuelle des membres admissibles à l'assurance par le *titulaire du contrat*.

L'assurance d'annulation de voyage entre en vigueur à la plus tardive des dates suivantes pour chaque voyage :
- à *votre date d'entrée en vigueur* (à condition que *votre* couverture soit en vigueur à la date d'achat et avant que toute pénalité d'annulation soit engagée); ou
- à la date d'entrée en vigueur de *votre* régime *FMC*.

L'assurance pour l'interruption de voyage, le retard de voyage et la couverture des bagages commencent à la plus tardive des dates suivantes pour chaque voyage :

- dès que le *transporteur public* quitte le *point de départ* prévu, tel qu'il figure sur le billet, l'itinéraire ou tout autre document délivré à une *personne assurée* par le *transporteur public* ou en son nom, pour l'assurance en cas d'interruption de voyage, de retard de voyage et bagage. **Remarque :** Si un *transporteur public* n'est pas utilisé pour le *voyage*, l'assurance en cas d'interruption de voyage ou de retard de voyage entre en vigueur à la date où *vous* quittez *votre point de départ* pour entreprendre le *voyage*; ou
- à la date d'entrée en vigueur de *votre* régime *FMC*.

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA COUVERTURE DE LA *PERSONNE À CHARGE*

La couverture de la *personne à charge* prend effet à la dernière des dates suivantes :

- La date à laquelle la couverture du *participant* prend effet; ou
- La date à laquelle la *personne à charge* est admissible au régime *FMC* du *titulaire du contrat*.

L'assurance d'annulation de voyage entre en vigueur à la plus tardive des dates suivantes pour chaque voyage :

- à *votre date d'entrée en vigueur* (à condition que *votre* couverture soit en vigueur à la date d'achat et avant que toute pénalité d'annulation soit engagée); ou
- à la date d'entrée en vigueur de *votre* régime *FMC*.

L'assurance pour l'interruption de voyage, le retard de voyage et la couverture des bagages commencent à la plus tardive des dates suivantes pour chaque voyage :

- dès que le *transporteur public* quitte le *point de départ* prévu, tel qu'il figure sur le billet, l'itinéraire ou tout autre document délivré à une *personne assurée* par le *transporteur public* ou en son nom, pour l'assurance en cas d'interruption de voyage, de retard de voyage et bagage. **Remarque :** Si un *transporteur public* n'est pas utilisé pour le *voyage*, l'assurance en cas d'interruption de voyage ou de retard de voyage entre en vigueur à la date où *vous* quittez *votre point de départ* pour entreprendre le *voyage*; ou
- à la date d'entrée en vigueur de *votre* régime *FMC*.

DATE D'EXPIRATION DE LA COUVERTURE DU *PARTICIPANT*

La couverture du *participant* cesse immédiatement à la première des dates suivantes :

- La date à laquelle *vous* ne remplissez plus les conditions d'admissibilité énoncées dans la PARTIE 4 – CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ, pour la Couverture du *participant* ; ou
- La date de l'échéance de la prime si les versements de prime exigibles demeurent impayés à l'*Assureur*, excepté lorsqu'il s'agit d'une erreur administrative ; ou
- La date à laquelle le *Contrat* est résilié.

L'assurance pour en cas d'annulation de voyage, **d'**interruption de voyage, **de** retard de voyage **et** bagage **pour chaque *voyage* prend fin à minuit, à *votre date de retour*.**

DATE D'EXPIRATION DE LA COUVERTURE DE LA *PERSONNE À CHARGE*

La couverture de la *personne à charge* cesse immédiatement à la première des dates suivantes :

- La date à laquelle la *personne à charge* ne remplit plus les conditions d'admissibilité énoncées dans la PARTIE 4 – CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ, pour la Couverture de *personnes à charge* ; ou
- La date à laquelle la couverture du *participant* prend fin, sauf si la cessation de l'assurance survient en raison du décès du *participant*, auquel cas la couverture de la *personne à charge* est maintenue en vigueur, à condition toutefois que le *titulaire du contrat* continue de couvrir les *personnes à charge* et continue d'effectuer les

versements de prime requis, jusqu'à la date à laquelle la *personne à charge* cesse de remplir les conditions d'admissibilité de la PARTIE 4 – CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ, pour la Couverture de *personnes à charge* ; ou
- La date à laquelle le Contrat est résilié.

L'assurance pour en cas d'annulation de voyage, **d'**interruption de voyage, **de** retard de voyage **et** bagage **pour chaque *voyage* prend fin à minuit, à *votre date de retour*.**

DANS QUELLES SITUATIONS *VOTRE* ASSURANCE EST-ELLE AUTOMATIQUEMENT PROLONGÉE?

Dans les situations suivantes, l'assurance sera automatiquement prolongée au-delà de *votre date de retour*, pourvu que vous remplissiez toujours les critères d'admissibilité de la PARTIE 4 – CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ :

a) **Retard de transport.** *Votre* assurance est automatiquement prolongée jusqu'à cinq jours au-delà de la fin de *votre date de retour* lorsque *votre* retour à domicile est retardé au-delà de la de *votre date de retour* en raison du retard de *votre transporteur public*, ou si un *véhicule* privé tombe en panne en route vers *votre point de départ* en raison de circonstances indépendantes de *votre* volonté.

b) **Médicalement inapte à voyager.** Si, du point de vue médical, *vous* n'êtes pas en mesure de voyager en raison d'une *urgence*, *votre* assurance sera prolongée jusqu'à cinq jours suivant la date à laquelle *votre médecin* ou le *transporteur public* détermine que *votre* état de santé est stable et que *vous* êtes en mesure de retourner dans *votre province*.

c) **Hospitalisation.** Si une *urgence* entraîne *votre* hospitalisation, *votre* assurance demeurera en vigueur pendant *votre* hospitalisation et jusqu'à cinq jours après *votre* congé de l'*hôpital*.

***Vous* êtes tenu d'aviser *Global Excel* de la survenance de toute situation précitée avant *votre date de retour*, à défaut de quoi, l'assurance pourrait ne pas être prolongée. Nonobstant les situations de prolongation automatique précitées, l'assurance ne pourra être prolongée au-delà de 365 jours à compter de *votre date de départ*.**

PARTIE 6
QU'EST-CE QUI EST COUVERT ET QUELLES SONT LES GARANTIES

1. COUVERTURE POUR L'ANNULATION, L'INTERRUPTION ET RETARD DE VOYAGE

Advenant l'annulation, l'interruption ou le retard de *votre voyage* imputable à l'un des 35 événements assurés qui figurent dans la première colonne du tableau ci-dessous, *vous* serez admissible aux garanties identifiées dans les autres colonnes du tableau, (Garanties A, B, C, D, E, F et G, selon le cas), sous réserve de l'indemnité maximale de 6 000 $ par *personne assurée*, par *voyage*.

Instructions pour comprendre le tableau et déterminer les garanties

1. Pour déterminer si l'événement ayant entraîné l'annulation, l'interruption ou le retard de *votre voyage* est un événement assuré, reportez-*vous* à la première colonne du tableau ci-dessous intitulée « Quels sont les événements assurés? ».

2. Si l'événement ayant entraîné l'annulation, l'interruption ou le retard de *votre voyage* est l'un de ces 35 événements assurés énumérés, reportez-*vous* à la rubrique « En quoi consistent *vos* garanties pour l'annulation, l'interruption et le retard de *votre voyage*? » du tableau, pour déterminer les garanties (A, B, C, D, E, F et G) correspondantes.

EN QUOI CONSISTENT VOS GARANTIES POUR L'ANNULATION, L'INTERRUPTION ET LE RETARD DE *VOTRE VOYAGE*?

• Garanties A, B et C pour les frais de voyage prépayés

Si *votre* événement assuré *vous* ouvre droit aux Garanties A, B ou C *vous* recevrez le remboursement de ce qui suit (jusqu'à concurrence de 6 000 $ par *personne assurée*, par *voyage*) :

A. le moindre de la partie non remboursable et non transférable de *vos* frais de *voyage* prépayés et des *frais de changements de réservation* ; ou
B. la partie inutilisée, non remboursable et non transférable de *vos* frais de *voyage* prépayés ; ou
C. la partie inutilisée, non remboursable et non transférable de *vos* frais de *voyage* prépayés, à l'exclusion des frais de transport prépayés inutilisés pour le retour à *votre point de départ*.

Remarque : Les indemnités payables seront réduites du montant de tout bon de *voyage* émis par le fournisseur des services de *voyage*. Si le bon de voyage expire avant que vous ayez l'opportunité de vous en servir, une demande de règlement peut être soumise pour le montant du bon de voyage expiré, jusqu'à concurrence du montant maximum de la garantie énoncé ci-dessus.

• Garanties D, E et F pour les frais de transport

Si *votre* événement assuré *vous* ouvre droit aux Garanties D, E ou F, *vous* recevrez le remboursement des frais supplémentaires (jusqu'à concurrence de 6 000 $ par *personne assurée*, par *voyage*) en classe économique pour :

D. *votre* transport par l'itinéraire le moins onéreux pour rejoindre un *voyage* organisé ou un groupe dans le cadre de *votre voyage*; ou
E. *votre* transport par l'itinéraire le moins onéreux vers *votre point de départ* et jusqu'à un maximum de 500 $ pour le coût réel d'un transport aller simple que *vous* engagez pour le retour de *votre* animal de compagnie à *votre point de départ* si *vous* devez interrompre *votre voyage* (Remarque : tous les autres frais liés au retour de l'animal de compagnie sont à *votre* charge); ou
F. *votre* billet d'avion aller simple par l'itinéraire le moins onéreux vers *votre* prochaine destination (à l'arrivée et au départ) dans le cadre de *votre voyage*.

Remarque : Si *vous* devez interrompre *votre voyage* pour assister à des funérailles ou *vous* rendre au chevet d'un *membre de la famille* hospitalisé, d'un ami proche, d'un *soignant*, d'un partenaire d'affaires ou d'un *employé clé*, en cas d'imminence de mort, *vous* pouvez acheter un billet vers le lieu du décès ou de l'hospitalisation. *Vous* serez remboursé pour le coût dudit billet, jusqu'à concurrence du montant maximal que le transport aller-simple en classe économique vers *votre point de départ* par l'itinéraire le plus économique (applicable à l'événement n° 10) aurait coûté. Cette option doit être préautorisée par *Global Excel* et elle ne peut être exercée qu'une seule fois. Si *vous* choisissez de *vous* en prévaloir, elle sera appliquée en tant que remplacement de la Garantie E.

Garantie pour le retour de l'animal(aux) de compagnie : Cette garantie couvre jusqu'à concurrence de 500 $ pour le coût réel d'un transport aller simple que *vous* engagez pour le retour de *votre(vos)* animal(aux) de compagnie à *votre province* ou territoire de résidence si vous devez interrompre *votre voyage* et que *vous* êtes admissible à l'Assurance interruption et retard de voyage (après le jour du départ). Tous les autres frais liés au retour de l'animal(aux) sont de *votre* responsabilité.

• **Garanties G pour les frais accessoires remboursables**

G. Si *votre* événement assuré *vous* ouvre droit à la Garantie G, *vous* serez admissible à un remboursement maximal de 100 $ par jour, par *personne assurée*, jusqu'à concurrence du maximum global de 1 000 $ par *voyage* pour l'ensemble des *personnes assurées*, (compte tenu du maximum global de 6 000 $, par personne assurée, par voyage), pour les frais que *vous* avez engagés

• **S. O. : sans objet**

QUELS SONT LES ÉVÉNEMENTS ASSURÉS?		Annulation de voyage	Interruption de voyage	Retard de voyage
1	*Votre affection médicale* ou *votre* admission dans un *hôpital* ou un *établissement médical* en raison d'une *urgence*.	**A**	**C** et **G**, et **D**, **E** ou **F**	**E** et **G**
2	Un changement à *votre affection médicale* qui survient après avoir versé un dépôt ou paiement vers *votre voyage*, mais avant la *date de départ*, qui rend *cette affection médicale* pas *stable* au cours des 90 jours précédant *votre date de départ*.	**A**	S. O.	S. O.
3	L'admission à l'*hôpital* ou l'*établissement médical* en raison d'une *urgence* d'un *membre de la famille* (qui n'est pas à *votre* destination), de *votre* partenaire d'affaires, *employé clé* ou *soignant*.	**A**	**C**, **E** et **G**	S. O.
4	L'*affection médicale* d'*urgence* d'un *membre de la famille* (qui n'est pas à *votre* destination), de *votre* partenaire d'affaires, *employé clé* ou *soignant*.	**A**	**C**, **E** et **G**	S. O.
5	L'admission à l'*hôpital* ou l'*établissement médical* de *votre* hôte à destination en raison d'une *affection médicale* d'*urgence*.	**A**	**C**, **E** et **G**	S. O.
6	L'*affection médicale* de *votre compagnon de voyage* ou de son admission dans un *hôpital* ou un *établissement médical* en raison d'une *urgence*.	**A**	**C** et **G**, et **D**, **E** ou **F**	**E** et **G**
7	L'*affection médicale* d'un *membre de la famille* qui est à *votre* destination ou de son admission dans un *hôpital* ou un *établissement médical* en raison d'une *urgence*.	**A**	**C**, **E** et **G**	**E** et **G**
8	L'*affection médicale* d'un *membre de la famille* de *votre compagnon de voyage* ou de son admission dans un *hôpital* ou un *établissement médical* en raison d'une *urgence*.	**A**	**C**, **E** et **G**	**E** et **G**
9	*Votre* décès.	**A**	**B**	S. O.
10	Le décès d'un *membre de la famille* ou d'un ami proche (qui n'est pas à *votre* destination), de *votre* partenaire d'affaires, de *votre employé clé* ou de *votre soignant*.	**A**	**C**, **E** et **G**	S. O.
11	Le décès de *votre compagnon de voyage*.	**A**	**C**, **E** et **G**	**E** et **G**

QUELS SONT LES ÉVÉNEMENTS ASSURÉS?		Annulation de voyage	Interruption de voyage	Retard de voyage
12	Le décès d'un *membre de la famille*, d'un partenaire d'affaires, d'un *employé clé* ou d'un *soignant* de *votre compagnon de voyage*.	**A**	**C**, **E** et **G**	S. O.
13	Le décès de *votre* hôte à destination en raison d'une *affection médicale* d'*urgence*.	**A**	**C**, **E** et **G**	S. O.
14	Le décès d'un *membre de la famille* ou d'un ami qui est à *votre* destination.	**A**	**C**, **E** et **G**	**E** et **G**
15	Un avertissement aux voyageurs ou des renseignements officiels émis par le gouvernement du Canada après l'achat de *votre voyage* et avant *votre date de départ*, avisant les Canadiens de ne pas voyager dans un pays, une région ou une ville qui fait partie de *votre voyage*.	**A**	S. O.	S. O.
16	Un avertissement aux voyageurs ou des renseignements officiels émis par le gouvernement du Canada après *votre date de départ*, avisant les Canadiens de ne pas voyager dans un pays, une région ou une ville qui fait partie de *votre voyage*.	S. O.	**C** et **G**, et **E** ou **F**	**E** et **G**
17	Un transfert effectué par l'employeur avec lequel *vous* ou *votre compagnon de voyage* êtes employé pendant la *période d'assurance*, nécessitant la réinstallation de *votre* résidence principale.	**A**	**C**, **E** et **G**	S. O.
18	La perte involontaire de *votre* emploi permanent (non un contrat de travail) ou de celui de *votre compagnon de voyage* en raison de licenciement ou de congédiement sans motif valable.	**A**	**C**, **E** et **G**	S. O.
19	L'annulation de *votre réunion d'affaires* ou de celle de *votre compagnon de voyage* hors de *votre* volonté ou de celle de *votre* employeur.	**A**	**C**, **E** et **G**	S. O.
20	*Vous* ou *votre compagnon de voyage* êtes convoqué à servir en tant que réserviste, militaire, policier, personnel médical essentiel ou pompier.	**A**	**C**, **E** et **G**	S. O.
21	Le retard d'une voiture privée ou d'un véhicule de location résultant de la panne mécanique de cette automobile, des désastres naturels (p. ex., des conditions météorologiques, de tremblements de terre ou d'éruptions volcaniques), d'un accident de la circulation ou de la fermeture d'urgence des routes exigée par les services policiers, ce qui *vous* oblige ou oblige *votre compagnon de voyage* à manquer une correspondance ou à interrompre *votre* itinéraire de *voyage*, à condition que l'automobile devait arriver au *point de départ* au moins deux heures avant l'heure de départ prévue.	**A**	**C**, **F** et **G**	**E** et **G**

QUELS SONT LES ÉVÉNEMENTS ASSURÉS?		Annulation de voyage	Interruption de voyage	Retard de voyage
22	Le retard de *votre transporteur public* ou de celui de *votre compagnon de voyage* en raison d'une panne mécanique dudit *transporteur public*, d'un accident de la circulation, de la fermeture d'urgence des routes exigée par les services policiers, des conditions météorologiques ou du retard ou de l'*immobilisation* de *votre* transport aérien, *vous* obligeant à manquer une correspondance ou étant à l'origine de l'interruption de *votre* itinéraire de *voyage*.	**A**	**C**, **F** et **G**	**E** et **G**
23	Le retard de *votre transporteur public* ou de celui de *votre compagnon de voyage* en raison d'une panne mécanique dudit *transporteur public*, d'un accident de la circulation, de la fermeture d'urgence des routes exigée par les services policiers, des conditions météorologiques ou du retard ou de l'*immobilisation* de *votre* transport aérien, *vous* obligeant à manquer *votre* croisière ou *voyage* organisé, et que *vous* ne pouvez rejoindre *votre* croisière ou *voyage* organisé par aucun autre moyen de transport.	**A**	**B** et **G**	S. O.
24	Un événement entièrement indépendant de tout acte intentionnel ou de négligence qui rend *votre* résidence principale ou celle de *votre compagnon de voyage* inhabitable ou *votre* place d'affaires ou celle de *votre compagnon de voyage* inactive.	**A**	**C**, **E** et **G**	S. O.
25	La mise en quarantaine ou le détournement d'une *personne assurée*, de *son compagnon de voyage*, ou de *son* hôte à destination.	**A**	**C**, **E** et **G**	**E** et **G**
26	*Vous* ou *votre compagnon de voyage* avez été a) appelé à agir à titre de juré; b) cité à comparaître comme témoin; ou c) tenu de comparaître en tant que partie dans une procédure judiciaire prévue au cours de *votre voyage*.	**A**	**C**, **E** et **G**	S. O.
27	*Votre* croisière ou celle de *votre compagnon de voyage* est annulée avant le départ du navire de croisière en raison d'une défaillance mécanique, d'une collision avec le fond marin ou la côte, ou un retrait du navire en raison d'un ordre *d'immobilisation*, de sa mise en quarantaine ou de son repositionnement en raison des désastres naturels (p. ex., conditions météorologiques, de tremblements de terre ou d'éruptions volcaniques).	**A**	**C**, **E** et **G**	**E** et **G**
28	*Votre* grossesse, si diagnostiquée après l'achat de *votre voyage* et avant *votre date de départ*, lorsque *vous* décidez de ne pas voyager.	**A**	S. O.	S. O.

QUELS SONT LES ÉVÉNEMENTS ASSURÉS?		Annulation de voyage	Interruption de voyage	Retard de voyage
29	Non-émission de *votre* visa de visiteur (et non d'un visa à des fins d'immigration ou d'emploi) pour des raisons indépendantes de *votre* volonté.	**A**	S. O.	S. O.
30	*Votre* décès, *votre* maladie ou le résultat de *votre* test positif, ou le décès, la maladie ou le test positif de *votre compagnon de voyage* après avoir contracté le nouveau coronavirus 2019 (COVID-19) qui *vous* empêche de voyager à *votre date de départ* ou *votre date de retour*, ou qui *vous* fait interrompre *votre voyage*.	**A**	**C**, **E** et **G**	**E** et **G**
31	L'annulation de *votre voyage* ou la correspondance manquée causée par le changement d'horaire du *transporteur public* qui assure le transport d'une partie de *votre voyage*.	**A**	**C** et **G**, et **D**, **E** ou **F**	**E** et **G**
32	Une catastrophe naturelle à *votre* lieu de destination.	**A**	**C** et **G**, et **D**, **E** ou **F**	**E** et **G**
33	L'adoption légale d'un enfant par *vous* lorsque, après avoir payé *votre voyage* assuré, *vous* recevez un avis indiquant que la date réelle de l'adoption est prévue pendant *votre voyage* assuré.	**A**	S. O.	S. O.
34	La perte ou le vol de *votre* passeport, *votre* permis de conduire, *votre* certificat de naissance, *votre* visa de *voyage* ou tout autre document émis par le gouvernement et requis pour voyager, en raison de circonstances indépendantes de *votre* volonté durant *votre voyage*. La perte ou le vol doit être signalé à la police et/ou aux autorités locales appropriées dans les 24 heures suivant la découverte, et appuyé par un rapport de police ou par écrit par les autorités locales appropriées.	S. O.	**C** et **G**, et **D**, **E** ou **F**	**E** et **G**
35	Maladie, blessure ou décès de *votre* chien de service, de thérapie ou de soutien affectif si *vous* avez une déficience physique, mentale ou visuelle, et des dispositions ont été prises pour que le chien *vous* accompagne pendant *votre voyage* couvert. Le chien doit être formé individuellement par une organisation ou une personne spécialisée dans la formation de chien de service, de thérapie ou de soutien émotionnel. En cas de maladie ou de blessure, la maladie ou la blessure doit être inattendue et suffisamment grave pour justifier un *traitement* par un vétérinaire autorisé.	**A**	**C**, **E** et **G**	**E** et **G**

2. **COUVERTURE POUR L'ASSURANCE BAGAGES**

L'*Assureur* remboursera le coût de remplacement des bagages et effets personnels y figurant d'une *personne assurée* en cas de vol, dommages ou perte par un *transporteur public* lorsque le bagage est enregistré ou emporté avec *vous* dans un *transporteur public*, jusqu'à concurrence de 1 000 $ par *personne assurée*, par *voyage*.

Le règlement est effectué en fonction de la valeur de remplacement réelle de tout article perdu ou volé, sous réserve du remplacement de l'article; sinon, le règlement sera effectué en fonction de la valeur marchande réelle de l'article au moment de la perte ou le montant maximum spécifié, si ce dernier est inférieur, en rapport avec l'article ou l'ensemble d'articles.

De plus, l'*assureur* remboursera l'achat des articles de toilette et des vêtements personnels nécessaires en raison du retard des bagages enregistrés par le *transporteur public* pendant plus de 12 heures après l'arrivée de la *personne assurée*, jusqu'à concurrence de 400 $ par *personne assurée*, jusqu'à concurrence d'un maximum global de 1 000 $ par famille. Les achats doivent être effectués dans les 36 heures suivant l'arrivée à destination et avant la réception des bagages.

Garantie supplémentaire - Remplacement de documents : En outre, *vous* serez remboursé pour le remplacement d'un ou de plusieurs des documents suivants, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 500 $, par *personne assurée*, par *voyage*, en cas de perte ou de vol de *votre* passeport, permis de conduire, certificat de naissance, visa de *voyage* ou autre document émis par le gouvernement requis pour le *voyage*.

Garantie supplémentaire – Dépenses d'affaires : Dans le cas d'un vol de *votre* ordinateur portable ou téléphone cellulaire, l'*Assureur* remboursera les dépenses d'affaires jusqu'à concurrence de 1 000 $ par *personne assurée*, par *voyage*, pour l'utilisation ou la location temporaire d'un ordinateur, ordinateur portable ou d'un téléphone cellulaire lors d'un *voyage*, pourvu qu'une telle utilisation ou la location *vous* soit exigée en rapport avec *vos* affaires, *votre* occupation commerciale ou professionnelle. Les reçus originaux ainsi qu'un rapport de police pertinent doivent être présentés pour remboursement.

PARTIE 7
CONDITIONS SUSCEPTIBLES DE LIMITER VOTRE COUVERTURE D'ASSURANCE

La présente partie décrit les conditions qui peuvent limiter *vos* droits aux garanties prévues au titre du présent certificat.

Limites des garanties : Lorsque la situation entraînant l'annulation survient (ce qui déclenche l'un des événements assurés énumérés à la PARTIE 6 – QU'EST-CE QUI EST COUVERT ET EN QUOI CONSISTENT VOS INDEMNITÉS?) avant *votre date de départ*, *vous* devez, dès que raisonnablement possible :

- annuler *votre voyage* auprès de l'agent de voyages, de la compagnie aérienne, du voyagiste, du transporteur ou de l'autorité touristique, etc.; et
- *nous* en informer.

La responsabilité de l'*Assureur* se limite aux montants non remboursables ou à une partie de ceux-ci, tels qu'ils sont précisés dans *votre* contrat de *voyage,* au moment de la survenance de la situation ayant entraîné l'annulation.

Indemnités limitées aux frais engagés : Le total des indemnités qui *vous* sont versées de toutes les sources ne peut excéder les frais que *vous* avez effectivement engagés.

Sanctions : L'*assureur* ne doit pas fournir de couverture ni être tenu de fournir une indemnité, un paiement ou tout autre avantage en vertu du présent certificat d'assurance qui contreviendrait aux sanctions économiques, financières ou commerciales imposées en vertu des lois du Canada, de l'Union européenne et du Royaume-Uni, ou toute autre juridiction applicable.

PARTIE 8
QU'EST-CE QUI N'EST PAS COUVERT?

EXCLUSIONS RELATIVES AUX *AFFECTIONS MÉDICALES* PRÉEXISTANTES

La présente assurance ne prend pas en charge les frais imputables ou se rapportant de quelconque façon à ce qui suit :

1. Toute *affection médicale* ou affection connexe (sauf une *affection mineure*) qui n'était pas *stable** à quelque moment au cours des 90 jours précédant *votre date d'entrée en vigueur***. Cette exclusion s'applique à *vous,* un *membre de la famille*, un *compagnon de voyage,* un *membre de la famille* d'un *compagnon de voyage,* un associé d'affaires, un ami proche, un *employé clé*, un *gardien* ou un hôte sur le lieu de destination du *voyage*.

   ***Stable** désigne toute *affection médicale* (autre qu'une *affection mineure*) pour lequel les énoncés suivants sont vrais :
   a) Aucun nouveau diagnostic n'a été prononcé ni aucun nouveau *traitement* ni médicament d'ordonnance n'a été prescrit ;
   b) Il n'y a eu aucun changement de fréquence ou de type de *traitement* reçu ni aucun changement de quantité, de fréquence ou de type de médicament pris. Un changement de médication ne comprend pas les changements tels que : la diminution ou l'arrêt de la posologie d'un médicament en raison de l'amélioration de *votre affection médicale*, les ajustements courants de Coumadin, Warfarine, d'insuline ou de médicament pour contrôler le diabète par voie orale ainsi que le remplacement d'un médicament de marque par un médicament générique pourvu que la posologie n'ait pas été modifiée ;
   c) Aucun nouveau symptôme n'est apparu ni aucune hausse dans la fréquence ou la sévérité des symptômes ;
   d) Les résultats de tests ne témoignent d'aucune détérioration de l'état de santé ;
   e) Il n'y a eu aucune hospitalisation ou renvoi à un spécialiste (effectué ou recommandé) et la *personne assurée* n'attend pas de résultats ni d'examens plus poussés relativement à telle *affection médicale*.

   ****Date d'entrée en vigueur** désigne la date et l'heure où toute partie des frais d'un *voyage* est déposée par *vous* et avant que toute pénalité d'annulation soit engagée.

EXCLUSIONS GÉNÉRALES

La présente assurance ne prend pas en charge les frais imputables ou se rapportant de quelconque façon à ce qui suit :

2. L'annulation, l'interruption ou le retard d'un *voyage* lorsque *vous* êtes conscient, à la *date d'entrée en vigueur*, de tout motif qui pourrait raisonnablement *vous* empêcher de voyager conformément à *votre* réservation.
3. Un *voyage* entrepris pour visiter ou assister une personne malade, lorsque l'*affection médicale* ou le décès de cette personne est l'objet de la demande de règlement.

4. Le changement d'horaire d'un examen médical ou d'une intervention chirurgicale qui était initialement prévue avant *votre période d'assurance*.
5. Des soins prénatals de routine.
6. Si *vous* êtes enceinte, *votre* grossesse ou la naissance et l'accouchement de *votre* enfant, ou toute complication liée à l'un ou l'autre, survenant dans les neuf semaines précédant ou suivant la date d'accouchement prévue, telle qu'elle fut déterminée par *votre médecin* traitant dans *votre province*. Remarquez qu'un enfant né durant un *voyage* ne sera pas considéré comme une *personne assurée* et donc non couvert au titre du présent certificat pendant toute la durée du *voyage* marquant sa naissance, si l'enfant est né dans les neuf semaines précédant ou suivant la date d'accouchement prévue.
7. La participation :
   a) à des activités sportives en qualité de professionnel, y compris l'entraînement et les pratiques (un professionnel signifie que la personne exerce l'activité en tant qu'emploi principal moyennant rémunération); ou
   b) à des courses ou épreuves de vitesse d'engins motorisés; ou
   c) à la pratique de la plongée sous-marine (sauf si *vous* détenez un certificat de plongeur émis par une école reconnue ou un organisme autorisé), du deltaplane, de l'escalade de rocher, le parapente, la chute libre ou du parachutisme, à la pratique du saut à l'élastique, de l'alpinisme à l'aide de cordes et/ou d'équipement spécialisé, du rodéo, de l'héli-ski, de toute activité de ski alpin ou de planche à neige hors des pistes balisées ou de toute course de cyclisme ou course de ski.
8. La perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel.
9. Une blessure infligée à soi-même, une tentative de suicide ou un suicide.
10. Un *accident* survenu alors que *vous* étiez au volant d'un *véhicule* motorisé, d'un bateau ou d'un aéronef, si *vous* :
    a) étiez sous l'influence de drogues ou de substances toxiques ; ou
    b) aviez un taux d'alcoolémie supérieur à 80 milligrammes par 100 millilitres de sang ; ou
    c) aviez un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise dans la région où l'*accident* est survenu.
11. Le non-respect de toute thérapie ou de tout *traitement* médical prescrit (tel qu'il est déterminé par l'*Assureur*) ou le défaut de se conformer aux instructions d'un *médecin*.
12. Crise d'angoisse ou de panique, ou un état de détresse affective ou psychologique, sauf si la gravité de l'état nécessitait une consultation médicale ayant entraîné un diagnostic.
13. Toute maladie, blessure ou *affection médicale* dont *vous* souffrez ou que *vous* contractez, ou toute perte que *vous* subissez dans un pays, une région ou un emplacement particulier pendant qu'un avertissement aux voyageurs d' « éviter tout *voyage* non-essentiel » ou d' « éviter tout *voyage* » est en vigueur dans ce pays, région, ou emplacement et lorsque l'avertissement aux voyageurs est émis par le gouvernement du Canada avant la *date de votre départ*, même si le *voyage* est entrepris pour des raisons essentielles. Cette exclusion s'applique uniquement aux *affections médicales* ou aux sinistres qui sont liés, directement ou indirectement, à la raison pour laquelle l'avertissement aux voyageurs a été émis.
    Si un avertissement aux voyageurs est émis après la *date de votre départ*, l'étendue de *vos* garanties au titre de la présente assurance alors que *vous* êtes dans ce pays, cette région ou cet emplacement particulier, sera limitée à une période de 10 jours à compter de la date de la diffusion de l'avertissement aux voyageurs, ou à la période nécessaire requise afin que *vous* puissiez évacuer le pays, la région ou l'emplacement en question en toute sécurité, après quoi, *vos* garanties seront limitées aux affections médicales ou aux sinistres qui ne sont pas liés à la raison pour laquelle l'avertissement aux voyageurs a été émis, tant que l'avertissement aux voyageurs est en vigueur. Cette exclusion ne s'applique pas à *vous* ni à *votre compagnon de voyage* en cas de décès, de maladie ou de résultat de test positif après avoir contracté le nouveau coronavirus 2019 (COVID-19) qui *vous* empêche de voyager à *votre date de retour*, ou *vous* fait interrompre *votre voyage*, même lorsqu'un avertissement aux voyageurs lié à la COVID-19 est en vigueur.

14. *Votre* participation à, et/ou *votre* exposition volontaire à tout risque impliquant : une guerre ou un acte de guerre, que la guerre soit déclarée ou non; une invasion ou des actes d'ennemis étrangers; des hostilités déclarées ou non; une guerre civile; une émeute ; une rébellion; une révolution ou insurrection; un acte de pouvoir militaire; ou tout service militaire.
15. Toute perte découlant d'un arrêt de travail, faillite ou insolvabilité du *transporteur public*, agent de voyage, agence, courtier ou fournisseur de voyages.
16. Rachats de points dans le cadre d'un programme quelconque (ex. : milles de récompense AIR MILES[MD], Aéroplan[MD], multipropriété/à temps partagé), utilisés pour l'achat d'un article ou service admissible, et les frais exigés pour le rétablissement desdits points.
17. Pour les garanties d'Assurance bagages: Les animaux, les équipements sportifs (sauf les bâtons et les sacs de golf, les skis, les bâtons et les bottes de ski, et les raquettes), les appareils photo et les accessoires, les lunettes, les lunettes de soleil, les lentilles cornéennes, les prothèses y compris les prothèses dentaires, bijoux, porcelaines, œuvres d'art ou le bris d'articles fragiles, les fourrures, les billets, les papiers et documents de valeur, les cartes de crédit et tout autre *titres négociables*, les titres et l'argent;
18. Pour les garanties d'Assurance bagages: La confiscation, l'expropriation ou la détention effectuée par tout représentant d'un gouvernement, d'une autorité civile, des douanes ou par tout autre fonctionnaire.
19. Pour les garanties d'Assurance bagages: Les bagages ou les biens personnels perdus, volés ou endommagés au cours d'un transport considéré comme une *navette*.
20. Pour les garanties d'Assurance bagages: Les biens obtenus, détenus, entreposés ou transportés illégalement.
21. Pour les garanties d'Assurance bagages: Les pertes ou les dommages attribuables aux mites, à la vermine, à la détérioration ou à l'usure normale.
22. Pour les garanties d'Assurance bagages: Les pertes ou les dommages causés par *votre* action imprudente ou une omission de *votre* part.
23. Une annulation, une interruption ou un retard de voyage lié, directement ou indirectement, au nouveau coronavirus 2019 (COVID-19). Cette exclusion ne s'applique pas à *vous* ni à *votre compagnon de voyage* en cas de décès, de maladie ou de résultat de test positif après avoir contracté le nouveau coronavirus 2019 (COVID-19) qui *vous* empêche de voyager à *votre date de départ* ou *votre date de retour*, ou qui *vous* fait interrompre *votre voyage*.

PARTIE 9
SERVICES D'ASSISTANCE

Il suffit d'un seul appel pour obtenir l'assistance dont *vous* avez besoin pendant *votre voyage*. *Global Excel* fournit, dans la mesure du possible, les services suivants :

Assistance avant le voyage. *Global Excel vous* fournira des renseignements relatifs à *votre* destination avant de partir en *voyage*, tels que :
- Les avis aux voyageurs pour la région que *vous* visiterez;
- Les inoculations requises;
- Les devises locales;
- Les exigences pour les visas;
- Les numéros de téléphone d'urgence qu'il *vous* faudra composer afin de joindre *Global Excel* à partir du ou des pays que *vous* visiterez; et
- Comment faire un appel à partir du pays que *vous* visiterez, y compris les codes internationaux requis.

Centre d'appels d'urgence. Peu importe *votre* destination, un personnel d'assistance professionnel est toujours prêt à prendre *votre* appel. *Vous* pouvez joindre *Global Excel* en composant sans frais le **1-877-346-1467** du Canada ou des États-Unis ou **800-062-4728** du Mexique, ou à frais virés le **+ 819-780-0647** de partout ailleurs à l'étranger.

Information sur les garanties. *Global Excel* peut faciliter la compréhension de la couverture d'assurance au titre de *votre Contrat*.

Informations sur les demandes de règlement. *Global Excel* répondra à toutes *vos* questions portant sur *votre demande de règlement*, les procédures de vérification que *Global Excel* observe et la façon dont les garanties de *votre Contrat* interviennent.

Aide juridique. Si *vous* êtes arrêté ou détenu, *Global Excel vous* aidera à joindre un avocat local ou l'ambassade canadienne la plus proche. *Global Excel* veillera également à ce que *votre* famille, *vos* amis ou *vos* associés en affaires demeurent informés, jusqu'à ce que *vous* trouviez un conseiller juridique, et *Global Excel* se chargera de la coordination de tout cautionnement dont *vous* pourriez avoir besoin.

PARTIE 10
COMMENT PRÉSENTER UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT?

A COMMENT PRÉSENTER UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT?

Pour soumettre une demande de règlement :

Du Canada ou des États-Unis, composez sans frais le **1-877-346-1467**.
Du Mexique, composez sans frais le **800-062-4728**.
De partout ailleurs à l'étranger, composez à frais virés le **+ 819-780-0647**.

- *Vous* recevrez lors de *votre* appel toute l'information nécessaire à la soumission d'une demande de règlement. À la suite de l'ouverture de *votre* demande de règlement, *vous* recevrez les instructions sur la façon d'accéder le portail en ligne pour les réclamants, afin de soumettre des documents additionnels et d'examiner le statut de *votre* réclamation.
- *Vous* devez *nous* contacter le jour où l'événement assuré survient ou aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire pour *nous* aviser de l'annulation, de l'interruption ou du retard de *votre voyage*.
- *Vous* devez *nous* contacter le jour que le bagage est perdu, endommagé ou volé.
- *Vous* devrez fournir des preuves à l'appui de *votre* demande de règlement en fournissant tous les documents requis, à défaut de quoi, *votre* demande de règlement pourrait être refusée. L'*Assureur* ne prend pas en charge les frais exigés pour l'obtention desdits documents. Toute documentation incomplète *vous* sera retournée pour que *vous* puissiez y remédier.
- Pour toute demande de règlement, *nous* pourrions également exiger qu'un formulaire de demande de règlement et d'autorisation soit dûment rempli et que les pièces justificatives suivantes soient fournies :
  - ~Un document médical dûment rempli par un *médecin* autorisé, en indiquant la raison pour laquelle il était impossible d'effectuer le *voyage*, le diagnostic et toutes les dates de *traitement*.
  - ~Une preuve écrite de l'événement assuré étant à l'origine de l'annulation, l'interruption ou le retard.
  - ~Les modalités du voyagiste.
  - ~Une copie de *votre* relevé ou de la facture indiquant le paiement de *votre voyage*, notamment le billet du *transporteur public*.

~L'original des billets de transport et les bons d'échange inutilisés.
~Tous les reçus pour les transports terrestres et/ou les frais de subsistance prépayés.
~Les reçus de passagers d'origine pour les nouveaux billets.
~Une copie de votre demande de règlement initial.
~Une copie de la demande d'indemnité initiale présentée au *transporteur public* et une preuve de la déclaration de la perte au *transporteur public* et des résultats de tout règlement effectué par ce dernier.
~Pour l'Assurance bagages, l'original de tous les reçus attestant que les biens ont été effectivement remplacés, ou l'original de tous les reçus d'achats des articles perdus, volés ou endommagés.
~Pour la garantie de Dépenses d'affaires, les reçus originaux et le rapport de police.
~Les rapports de police ou des autorités locales détaillant la cause de la correspondance manquée.
~Les factures et/ou reçus détaillés du ou des fournisseurs de services.

- **Le fait de ne pas remplir en entier le formulaire de demande de règlement et d'autorisation peut retarder le traitement de *votre* demande de règlement.**

Veuillez faire parvenir tous les documents pertinents à :

GlobalExcel

Gestion Global Excel inc.
73, rue Queen,
Sherbrooke, Québec J1M 0C9

B AUTRES RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX DEMANDES DE RÈGLEMENT

- Pendant le traitement d'une demande de règlement, *nous* pouvons *vous* demander de subir un examen médical par un ou plusieurs *médecins* de *notre* choix et à *nos* frais. *Vous* convenez que l'*Assureur* et ses agents ont :
  a) *Votre* consentement pour vérifier *votre* numéro de carte d'assurance maladie et toute autre information nécessaire au traitement de *votre* demande de règlement avec les gouvernements et autres autorités concernés ; et
  b) *Votre* autorisation pour que les *médecins, hôpitaux* ou établissements médicaux, et autres fournisseurs de soins médicaux *nous* fournissent tous les renseignements dont ils disposent *vous* concernant pendant que *vous* étiez en observation ou en *traitement* y compris *vos* antécédents médicaux, *vos* diagnostics et *vos* résultats des tests ; et
  c) *Votre* autorisation de divulguer à des tiers, toute information disponible selon a) et b) ci-dessus pouvant être nécessaire au traitement de *votre* demande de règlement quant aux indemnités disponibles auprès d'autres sources.
- *Vous* ne pouvez ni demander ni recevoir un remboursement qui excède 100 % de *vos* frais admissibles totaux ou des frais que *vous* avez effectivement engagés. *Vous* devez en outre *nous* rembourser toute somme payée ou autorisée pour *votre* compte par l'*Assureur*, si celui-ci établit que cette somme n'est pas payable au titre de *votre* assurance.

PARTIE 11
QUE DEVRIEZ-VOUS SAVOIR D'AUTRE?

Devise canadienne. Le paiement de toute demande de règlement *vous* sera versé en monnaie canadienne. Si *vous* avez payé les frais admissibles, *vous* serez remboursé en devise canadienne au taux de change qui est en vigueur à la date où le paiement de *votre* demande de règlement *vous* est versé. Aucune des sommes payables ne cumule d'intérêt.

Paiement des indemnités. Toutes les indemnités *vous* seront versées ou seront versées en *votre* nom. Advenant le décès de la *personne assurée*, les indemnités seront versées à la succession de ladite *personne assurée*, sauf lorsqu'un bénéficiaire particulier est désigné par écrit auprès de *Global Excel ou l'Assureur*.

Autre assurance. La présente assurance ne s'applique qu'à titre d'assurance en deuxième ligne. Elle n'intervient que pour les frais admissibles engagés hors de *votre province* qui sont en sus des montants payables dans le cadre de tout autre contrat ou régime collectif ou individuel d'indemnisation ou le régime *FMC*, dont *vous* pouvez bénéficier, y compris les polices d'assurance automobile provinciales, territoriales ou privées qui prévoient des prestations pour frais hospitaliers, soins médicaux ou thérapeutiques, ou toute autre assurance qui est en vigueur simultanément avec la présente assurance. La coordination des indemnités avec les régimes d'avantages sociaux offerts aux employés est effectuée conformément aux lignes directrices de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. Peu importe la situation, l'*Assureur* ne fera aucune coordination d'indemnités avec le ou les régimes d'un employeur, lorsque le maximum viager y étant prévu pour les *voyages* à l'intérieur et l'extérieur du pays est de 200 000 $ ou moins.

Droit d'examen. Comme condition au versement de toute indemnité prévue par le *Contrat*,

a) le demandeur doit convenir à ce que la *personne assurée* se soumette à un examen aussi souvent que *nous* le jugions raisonnablement nécessaire, pendant qu'une demande de règlement est à l'étude; et
b) dans le cas du décès de la *personne assurée, nous* pourrions demander qu'une autopsie soit pratiquée, sous réserve de toute loi relative aux autopsies qui régit la juridiction applicable.

Fausse déclaration et non-divulgation. Toute fausse déclaration, déclaration inexacte ou incomplète de *votre* part peut entraîner l'annulation du présent certificat d'assurance et de *vos* garanties; le cas échéant, aucune indemnité ne sera versée.

Loi applicable. Le *Contrat* entre l'*Assureur* et le *participant* ou une *personne assurée*, est régi et interprété conformément aux lois de la *province* du *participant*. Toute procédure judiciaire intentée par la *personne assurée*, sa succession ou ses bénéficiaires devra être soumise aux tribunaux de la province du *participant*.

Faits essentiels. Aucune affirmation ou déclaration faite par le *titulaire du contrat*, agent, courtier, *nos* employés ou *nos* agents ne peut modifier les dispositions de la présente assurance.

Subrogation. Si *vous* engagez des frais par la faute d'un tiers, *vous* acceptez de *nous* céder le droit de poursuivre ledit tiers responsable en *votre* nom. Le cas échéant, *vous* devez coopérer pleinement avec *nous*. *Nous* prendrons en charge toutes les dépenses afférentes.

Délais de prescription. Toute action ou toute poursuite en justice intentée contre un assurer pour recouvrer des sommes payables au titre du contrat est absolument proscrite à moins qu'elle ne soit engagée dans le délai stipulé par la Loi sur les assurances (pour les actions ou poursuites régies par les lois de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et du Manitoba), par la Loi sur la prescription des actions, 2002 (pour les actions ou poursuites régies par les lois de l'Ontario), par l'Article 2925 du Code civil du Québec (pour les actions ou poursuites régies par les lois du Québec) ou par toute autre législation applicable.

Attestation d'âge. L'*Assureur* se réserve le droit d'exiger une attestation d'âge de toute *personne assurée*.

Délai de paiement des sommes. Toutes les sommes payables en vertu du *Contrat* sont versées par l'*Assureur* dans les 60 jours de la réception par celui-ci d'une preuve de sinistre.

Droit d'examiner le *contrat*. Le *Contrat*, de même que tout avenant qui y est annexé, est conservé dans les bureaux du *titulaire du contrat*. *Vous* pouvez consulter ce document durant les heures normales de bureau du *titulaire du contrat*.

PARTIE 12
DÉFINITIONS

Les termes figurant en italique dans le texte du présent certificat ont le sens qui leur est donné ci-dessous :

Accident désigne un événement fortuit, soudain, imprévisible et involontaire attribuable exclusivement à une cause externe et ayant pour résultat des blessures corporelles.

Administrateur désigne Johnson Inc.

Affection médicale désigne un *accident* ou une maladie (ou une affection liée à cet *accident* ou à cette maladie).

Affection mineure désigne toute maladie ou blessure qui ne requiert pas : la consommation de médicaments pendant une période de plus de 15 jours ; plus d'une visite de suivi chez le *médecin*, une hospitalisation, une intervention chirurgicale ou d'être dirigé vers un spécialiste ; et qui prend fin au moins 30 jours consécutifs avant la *date d'entrée en vigueur* de chacun des *voyages*. Toutefois, un état chronique ou toute complication liée à un état chronique n'est pas considéré comme une affection mineure.

Assureur désigne la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances.

Carte des avantages désigne la carte fournie au *participant* et dont les informations suivantes y figurent : nom du *titulaire du contrat*, numéro du *Contrat* et les numéros d'*urgence*.

Compagnon de voyage désigne une personne, autre qu'une *personne à charge*, qui partage avec la *personne assurée* le coût des dispositions de *voyage* à partir du *point de départ* du *voyage* assuré, y compris les frais d'*hébergement* et de transport payés avant la *date de départ*. Un maximum de trois personnes seront considérées compagnons de voyage. Un compagnon de voyage n'est pas couvert au titre de la présente assurance et devrait envisager l'achat de leur propre assurance.

Conjoint désigne une personne avec qui le *participant* est légalement marié ou avec qui il cohabite et qu'il présente publiquement comme son conjoint de fait.

Contrat désigne le contrat du Régime d'assurance voyage de RTOERO (Contrat-Cadre) émis au *titulaire du contrat* par l'*Assureur*, et conservé dans les dossiers du *titulaire du contrat*, afin d'offrir une couverture d'assurance annulation et interruption de voyage à ses *participants* et leurs *personnes à charge* assurées.

Date de départ désigne la date à laquelle *vous* quittez *votre province* de *votre point de départ*.

Date d'entrée en vigueur désigne la date et l'heure où toute partie des frais d'un *voyage* est déposée par *vous* et avant que toute pénalité d'annulation soit engagée.

Date de retour désigne la date à laquelle *vous* prévoyez revenir à votre *point de départ*.

Employé clé s'entend d'un employé dont la présence est indispensable à la poursuite des activités de l'entreprise durant l'absence de la *personne assurée*.

Frais de changements de réservation désignent les montants additionnels exigés pour changer *votre* billet initial avant *votre date de départ*, sauf tout écart de tarif entre le montant initial et le nouveau montant, ou les frais pour une classe de réservation différente.

Frais médicaux complémentaires ou **FMC** désigne la couverture d'assurance offerte par le *titulaire du contrat* qui vise à compléter *votre régime public d'assurance maladie*.

Global Excel désigne Gestion Global Excel inc., la compagnie qui fournit l'assistance médicale et les services de règlement.

Hébergement désigne un établissement qui œuvre dans le domaine de l'hébergement commercial ou dans le secteur de la location de propriétés de vacances et de services d›accueil pour le grand public.

Hôpital ou **Établissement médical** désigne un établissement autorisé qui fournit aux personnes des soins et des *traitement*s médicaux rendus nécessaires par une *urgence*. L'établissement doit avoir en poste des infirmières et des *médecin*s diplômés, jour et nuit. Les hôpitaux ou les établissements médicaux n'incluent pas les spas ou les maisons de soins infirmiers.

Immobilisation désigne le retrait complet et continu des opérations d'un ou plusieurs aéronefs ou bateaux de croisière à la même période ou presque, par mesure de sécurité, suite à un ordre obligatoire de la part de Transport Canada, ou toute autre autorité de l'aviation civile ou autorité marine, suite à un défaut, une faute ou une condition existante, présumée ou soupçonnée d'avoir compris la sécurité d'exploitation de deux ou plusieurs aéronefs ou bateaux de croisière, peu importe si ces derniers sont détenus ou exploités par la même personne, entreprise ou société.

Médecin désigne un médecin praticien dont le statut juridique et professionnel, à l'intérieur du territoire où il exerce, équivaut à celui d'un docteur en médecine (M.D.) ayant obtenu un permis d'exercice au Canada, qui est dûment autorisé à exercer dans le territoire donné, qui peut prescrire des médicaments ou pratiquer la chirurgie et qui fournit des soins médicaux au titre de son permis d'exercice. Le médecin doit être une personne autre que *vous*-même ou qu'un *membre de votre famille*.

Membre de la famille désigne *votre conjoint* ou *votre compagnon de voyage, votre* mère ou père, *vos* beaux-parents et beaux-parents par alliance, *votre* fille, fils, bel-enfant, sœur, frère, demi-sœur et demi-frère, *vos* grands-parents et petits-enfants, et *votre* tante, oncle, nièce ou neveu; et celui, celle et ceux de *votre compagnon de voyage*.

Navette désigne les déplacements réguliers ou fréquents de la *personne assurée* entre sa résidence et son lieu de travail habituel.

Nous, nos et **notre** désignent l'*Assureur* ou ses représentants autorisés, ou *Global Excel*, selon le cas.

Participant désigne un membre admissible dont le *titulaire du contrat* reconnaît le droit à l'assurance en vertu du *Contrat* et pour lequel ce dernier a acquitté la prime exigible.

Personne à charge désigne :
a) le *conjoint* ; et
b) l'enfant célibataire du *participant* ou du *conjoint* (y compris un enfant naturel ou adopté, un bel-enfant, un enfant en famille d'accueil et un enfant dont le *participant* ou le *conjoint* est un tuteur légal). L'enfant doit dépendre du *participant* ou du *conjoint* pour sa subsistance et ne doit pas occuper un emploi à temps plein. L'enfant à charge doit être âgé de moins de 21 ans ou moins de 30 ans s'il est un étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu, à la *date de départ*. Par contre, est maintenue au-delà de quelconque limite d'âge, la couverture d'un enfant handicapé physiquement ou mentalement, entièrement à la charge du *participant* ou lu *conjoint* pour sa subsistance, qui était couvert par le *Contrat* en tant que personne à charge avant d'atteindre la limite d'âge que l'assurance aurait normalement pris fin.

Période d'assurance désigne la période de temps entre *votre date d'entrée en vigueur* et *votre date de retour*.

Point de départ désigne le lieu d'où *vous* quittez *votre province* le premier jour de *votre voyage* et que *vous* regagnez le dernier jour de *votre voyage*.

Province désigne la province ou le territoire canadien de *votre* résidence permanente.

Régime d'assurance maladie gouvernemental désigne l'assurance maladie que les gouvernements provinciaux et territoriaux canadiens offrent à leurs résidents.

Réunion d'affaires désigne une réunion, un salon, une conférence, un cours de formation ou un congrès prévu avant *votre date d'entrée en vigueur,* entre des représentants d'entreprises dont les propriétaires ne sont pas associés, qui concerne *votre* métier à temps plein ou *votre* profession et qui est le seul but de *votre voyage*.

Services de covoiturage désigne des sociétés de réseaux de transport qui fournissent des services de transport de covoiturage entre particuliers par l›intermédiaire de réseaux numériques ou d›autres moyens électroniques destinés au grand public.

Soignant désigne la personne permanente à temps plein chargée du bien-être de *vos* enfants à charge, et dont l'absence ne peut raisonnablement être remplacée.

Stable désigne toute *affection médicale* (autre qu'une *affection mineure*) pour lequel les énoncés suivants sont vrais :
a) Aucun nouveau diagnostic n'a été prononcé ni aucun nouveau *traitement* ni médicament d'ordonnance n'a été prescrit ;
b) Il n'y a eu aucun changement de fréquence ou de type de *traitement* reçu ni aucun changement de quantité, de fréquence ou de type de médicament pris. Un changement de médication ne comprend pas les changements tels que : la diminution ou l'arrêt de la posologie d'un médicament en raison de l'amélioration de *votre* affection médicale, les ajustements courants de Coumadin, Warfarine, d'insuline ou de médicament pour contrôler le diabète par voie orale ainsi que le remplacement d'un médicament de marque par un médicament générique pourvu que la posologie n'ait pas été modifiée ;
c) Aucun nouveau symptôme n'est apparu ni aucune hausse dans la fréquence ou la sévérité des symptômes ;
d) Les résultats de tests ne témoignent d'aucune détérioration de l'état de santé ;
e) Il n'y a eu aucune hospitalisation ou renvoi à un spécialiste (effectué ou recommandé) et la *personne assurée* n'attend pas de résultats ni d'examens plus poussés relativement à telle *affection médicale*.

Titres négociables désigne un document qui garantit le paiement d'une somme d'argent particulière, sur demande ou à un moment précis, avec le payeur habituellement désigné sur le document. Les titres négociables sont des promesses ou des engagements inconditionnels de paiement, y compris, mais sans s'y limiter, les chèques, les traites de banques, les obligations au porteur, certains certificats de dépôt, billets à ordre et billets de banque (devise).

Titulaire du contrat désigne Les enseignantes et enseignants retraités de l'Ontario / The Retired Teachers of Ontario (RTOERO) à qui le *Contrat* est émis.

Traitement désigne un acte médical, thérapeutique ou diagnostic prescrit, exécuté ou recommandé par un *médecin,* y compris, sans s'y limiter, une consultation, des médicaments sur ordonnance, des tests, une hospitalisation ou une intervention chirurgicale.

Transporteur public désigne toute entreprise de transport aérien, maritime ou terrestre, exploitée en vertu d'un permis pour le transport de passagers à titre onéreux, et pour lequel un billet a été obtenu. La définition de transporteur public exclut toute entreprise de transport engagée ou utilisée pour une activité sportive ou de jeu, un concours, une croisière et/ou des activités récréatives, que cette entreprise soit titulaire ou non d'un permis. Les véhicules de location ne sont pas considérés comme des transporteurs publics.

Urgence désigne un événement qui survient au cours de la *période d'assurance* et qui entraîne la nécessité d'une hospitalisation ou d'un *traitement* médical immédiat de la part d'un *médecin*.

Véhicule désigne tout type d'automobile, de familiale, de mini-fourgonnette, d'utilitaire sport (destiné à circuler sur la voie publique), de motocyclette, de camionnette, de maison mobile, de camionnette de camping ou de maison-remorque de moins de 11 mètres (36 pieds) de long, utilisés exclusivement pour le transport de passagers non payants, et dans lesquels la *personne assurée* prend place durant le *voyage* à titre de passager ou de conducteur.

Vous, votre, **vos** et **personne(s) assurée(s)** désignent le *participant* ou ses *personnes à charge* assurées qui sont couverts par le *Contrat*, qu'ils voyagent ensemble ou non.

Voyage désigne toute période de voyage à l'extérieur de votre *province* où il y a :
a) Un *point de départ* et une destination; et
b) Des dates prédéterminées et enregistrées marquant la *date de départ* et *date de retour* de *votre voyage* sur la confirmation de vos dispositions de *voyage*.

Régime protection supplémentaire d'assurance voyage

Le Régime protection supplémentaire d'assurance voyage de RTOERO offre une couverture pour les *voyages* de plus de 93 jours par *voyage* (*période de couverture* de base). Les garanties de *votre* Régime protection supplémentaire d'assurance voyage entrent en vigueur le 94e jour de tout *voyage* déclaré à votre *Administrateur* (Johnson Inc.). Les 93 premiers jours de *votre voyage* sont couverts avec le Régime d'assurance voyage de RTOERO, incluse avec *votre* régime *Frais médicaux complémentaires* (*FMC*).

PROTECTION

Au titre du Régime protection supplémentaire d'assurance voyage, *vous* pouvez ajouter 5 jours d'assurance voyage aux 93 premiers jours d'assurance prévus au titre de ce Régime d'assurance voyage de RTOERO de base inclus dans *votre* régime *FMC*, pour un *voyage* d'une durée totale de 98 jours. Cette option de cinq jours supplémentaires ne peut être ajoutée à aucune autre option de *voyage*.

Pour les *voyages* plus longs, *vous* pouvez souscrire une unité de 14 jours pour un *voyage* d'une durée totale de 107 jours. Des unités supplémentaires de 15 jours chacune sont également offertes pour un *voyage* d'une durée maximale de 212 jours pour les résidents de l'Ontario, de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse et de Terre-Neuve-et-Labrador, et d'une durée maximale de 182 jours pour les résidents des autres provinces. Il vous incombe de vous familiariser avec les exigences relatives à la résidence imposées par *votre régime d'assurance maladie gouvernemental* (RAMG) et de maintenir ce dernier en vigueur.

Les primes d'assurance applicables sont déterminées selon l'âge et la durée du *voyage*.

COMMENT SOUSCRIRE AU RÉGIME PROTECTION SUPPLÉMENTAIRE D'ASSURANCE VOYAGE

Si *vous* avez besoin d'assurer un *voyage* de plus de 93 jours, communiquez avec (l'*Administrateur* pour obtenir la Proposition d'assurance, le tableau des primes et les options de *voyage* offertes, ou téléchargez-les depuis le site Web de RTOERO. L'*Administrateur* doit recevoir *votre* Proposition d'assurance pour le Régime protection supplémentaire d'assurance voyage ou *vous* devez communiquez avec lui au 1-877-406-9007 pour souscrire à l'assurance, avant le 94e jour de *votre voyage*.

RENOUVELLEMENT ANNUEL

Afin de garantir une protection continue, chaque année au 1er septembre, l'*Administrateur vous* fera automatiquement parvenir un nouveau contrat de *votre* Régime protection supplémentaire d'assurance voyage sélectionné. *Vous* recevrez un avis du nouveau contrat au préalable. À moins que *vous* avisiez *votre Administrateur* que *vous* ne désirez pas recevoir un nouveau contrat, ce dernier avec la couverture sélectionnée au préalable du Régime protection supplémentaire d'assurance voyage, *vous* sera émis chaque année pour la période du 1er septembre au 31 août.

PRIMES

Les primes seront acquittées par prélèvements mensuels égaux sur *votre* rente ou *votre* compte bancaire, jusqu'à la date du dernier prélèvement de l'année d'assurance en cours, soit en juillet.

PROLONGATION DE LA PROTECTION

Si *vous* décidez de voyager pour une période plus longue que celle initialement prévue, *vous* pouvez ajouter des unités additionnelles au titre de *votre* Régime protection supplémentaire d'assurance voyage. Toutefois, *vous* devez le faire avant la fin de la protection souscrite initialement. Il suffit de communiquer avec l'*Administrateur* et leur faire part de *votre* nouvelle date de retour. Le montant de *votre* prélèvement de prime mensuel sera modifié en conséquence.

DIMINUTION DE LA PROTECTION

Si *vous* décidez de retourner dans *votre province* plus tôt que prévu, *vous* pouvez demander une diminution de *votre* protection. Un remboursement sera émis, ou une modification sera apportée au montant de *votre* prélèvement de prime mensuel, pour chaque unité entière inutilisée, pourvu qu'aucune demande de règlement n'ait été présentée ou payée. Aucune portion d'une unité partiellement utilisée ne peut être remboursée. *Vous* aurez à fournir une preuve de *votre* date de départ et de *votre* date de retour précipité dans *votre province* à l'*Administrateur*.

ANNULATION DE LA PROTECTION

Toute demande de remboursement pour les primes jusqu'à date acquittées au titre de *votre* Régime protection supplémentaire d'assurance voyage doit être faite auprès de l'*Administrateur*, avant la date de départ prévue, si *vous* souhaitez de ne plus voyager, ou de ne pas voyager au-delà des 93 jours fournis auprès du Régime d'assurance voyage de RTOERO incluse avec *votre* régime *FMC*.

Régime supplémentaire d'annulation et d'interruption de voyage

Le Régime supplémentaire d'annulation et d'interruption de voyage offre une couverture jusqu'à concurrence de 12 000 $ par *personne assurée* pour un *voyage* distinctif. Ce régime est assujetti aux modalités du Certificat d'assurance du Régime d'assurance annulation et interruption de voyage en vertu du présent Régime d'assurance voyage de RTOERO fourni avec *votre* régime de *frais médicaux complémentaires*. Lorsque vous achetez ce régime pour un *voyage* particulier, toute mention de « 6 000 $ par *personne assurée*, par *voyage* » dans le Certificat d'assurance du Régime d'assurance annulation et interruption de voyage du Régime d'assurance voyage de RTOERO, doit être remplacée par « 12 000 $ par personne assurée, pour ce voyage particulier ».

COUVERTURE

Vous pouvez souscrire cette couverture du Régime supplémentaire d'annulation et d'interruption de voyage pour un *voyage* distinct qui nécessite une couverture pour les frais de *voyage* prépayés dépassant le montant maximal de 6 000 $ par *personne assurée* offert sous le Certificat d'assurance du Régime d'assurance annulation et interruption de voyage du Régime d'assurance voyage de RTOERO fourni avec votre régime de *frais médicaux complémentaires*.

Lorsque *vous* souscrivez ce régime, *votre* couverture en vertu du Certificat d'assurance du Régime d'assurance annulation et interruption de voyage en vertu du présent Régime d'assurance voyage de RTOERO fourni avec votre régime de frais *médicaux complémentaires*, sera modifiée avec une prestation maximale jusqu'à concurrence de 12 000 $ par *personne assurée* et pour ce *voyage* distinct. La couverture d'annulation de voyage en vertu du Régime supplémentaire d'annulation et d'interruption de voyage commence à la date à laquelle *vous* souscrivez cette assurance, indiquée comme la Date d'entrée en vigueur dans *votre* lettre de confirmation d'assurance.

Tout autre *voyage* sera assujetti à la prestation maximale de 6 000 $ par *personne assurée*, par *voyage*, conformément au Certificat d'assurance du Régime d'assurance annulation et interruption de voyage sauf si *vous* avez acheté ce Régime supplémentaire d'annulation et d'interruption de voyage pour ce *voyage*.

PRIMES

Les taux de prime dépendent de la couverture que *vous* avez choisie pour compléter la couverture actuelle à un maximum de prestations plus élevé pour un *voyage* en particulier (couverture individuelle, couple ou famille).

Les primes sont déduites de *votre* compte de pension ou de *votre* compte bancaire sous forme de paiement forfaitaire unique ou de versements mensuels égaux jusqu'à la dernière date de retenue de l'année d'assurance en cours, soit en juillet.

COMMENT S'INSCRIRE AU RÉGIME SUPPLÉMENTAIRE D'ANNULATION ET D'INTERRUPTION DE VOYAGE

Si *vous* avez besoin d'une couverture d'assurance annulation et interruption de *voyage* pouvant atteindre 12 000 $ par *personne assurée* pour un *voyage* en particulier, veuillez communiquer avec *l'Administrateur* pour obtenir un Formulaire de demande ou le télécharger à partir du site Web de RTOERO. Pour que *votre* Régime supplémentaire d'annulation et d'interruption de voyage soit en vigueur, *l'Administrateur* doit recevoir *votre* Formulaire de demande au Régime supplémentaire d'annulation et d'interruption de voyage ou *vous* devez l'appeler pour souscrire par téléphone au 1-877-406-9007.

PAS DE RÉÉMISSION ANNUELLE

Ce régime n'est pas automatiquement réémis. *Vous* pouvez souscrire à cette protection lorsque *vous* avez besoin d'assurer un montant d'annulation de voyage et d'interruption de voyage supérieur à 6 000 $ par *personne assurée* pour un *voyage* particulier.

ANNULATION DE LA COUVERTURE

Un remboursement de la prime reçue à ce jour, pour le Régime supplémentaire d'annulation et d'interruption de voyage, doit être demandé à *l'Administrateur* avant *votre* date de départ prévue lorsque *vous* décidez de ne pas voyager du tout.

La prime que *vous* avez payée ne peut être remboursée que si *votre voyage* est annulé avant *votre* départ et :

- le *fournisseur de services de voyage* annule v*otre voyage* et toutes les pénalités sont annulées ; ou
- le *fournisseur de services de voyage* change les dates de *voyage* et *vous* ne pouvez pas voyager à ces dates et toutes les pénalités sont annulées ; ou
- *vous* annulez *votre voyage* avant que des pénalités d'annulation soient en vigueur.

Avis important à propos des renseignements personnels de la personne assurée

La Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances (« nous ») recueille, utilise et divulgue vos renseignements personnels (y compris les échanges de ces informations avec votre courtier ou représentant en assurance, nos affiliés et filiales, les organisations qui peuvent *vous* référer à *nous* et *nos* fournisseurs de services) aux fins d'assurance comme l'administration, l'évaluation et le traitement des demandes de règlements ; *vos* renseignements personnels sont aussi requis pour *vous* offrir les services d'assistance. Normalement, *nous* recueillons les renseignements personnels des individus qui font une demande d'assurance, des *titulaires du contrat*, des *personnes assurées* et des réclamants. Dans certains cas, nous recueillons ces renseignements personnels auprès de la famille, d'amis ou de *compagnons de voyage* lorsqu'un *titulaire du contrat*, une *personne assurée* ou un réclamant est incapable de communiquer directement avec *nous* pour des raisons médicales ou autres. Aux fins d'assurance, nous recueillons aussi ces renseignements auprès de tierces parties comme, mais sans nécessairement s'y limiter, les praticiens de la santé, les établissements hospitaliers au Canada et à l'étranger, les Assureurs en soins de santé privés et gouvernementaux, les membres de la famille de la *personne assurée*, les amis du *titulaire du contrat*, la *personne assurée* ou le réclamant ; l'information peut également être échangée entre ces diverses parties. En certaines circonstances, *nous* pouvons aussi conserver, communiquer ou transmettre l'information à des fournisseurs de services de soins de santé (ou autres) situés à l'extérieur du Canada, particulièrement dans les pays de juridiction différente où peut voyager une *personne assurée* ; les renseignements personnels peuvent donc être accessibles aux autorités conformément aux lois qui régissent ces autres juridictions. Pour de plus amples informations sur *nos* pratiques en matière de protections de la vie privée ou pour obtenir une copie de notre politique de confidentialité, visitez le site www.rsatravelinsurance.com.

Identification de l’assureur

Ces produits d’assurance sont souscrits auprès de la Royal & Sun Alliance du Canada, société d’assurances et sont administrés par Johnson Inc. Johnson Inc. et la Royal & Sun Alliance du Canada, société d’assurances sont des sociétés de propriété commune.

©2023 Royal & Sun Alliance du Canada, société d’assurances. Tous droits réservés. ®RSA, RSA & Design ainsi que les mots et logos s’y rattachant sont des marques de commerce appartenant au RSA Insurance Group Limitée et utilisées sous licence par la Royal & Sun Alliance du Canada, société d’assurances.

Johnson Assurance est un nom commercial de Johnson Inc. (« Johnson »), un intermédiaire d’assurance agréé.

® « Global Excel » et le logo de Global Excel sont des marques de commerce de Gestion Global Excel inc.

MCMédecin-Sur-Appel est une marque de commerce de Gestion Global Excel inc.

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Numéros identifiants :

Mon numéro de certificat (ID#)_____

Mon numéro de RGAM_____

Le numéro de RGAM de ma conjointe/mon conjoint_____

En cas d'urgence, contactez :

Nom_____

Numéro de téléphone_____

Ayez toujours votre Carte des avantages sur vous.

La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada, une compagnie de Securian Financial, est l'assureur des régimes Frais hospitaliers et soins de convalescence, Frais médicaux complémentaires et Soins dentaires, dans le cadre d'un contrat d'assurance collective portant les numéros 141000, 141001 et 141002. Le coût de l'assurance est basé sur les tarifs convenus entre La Première du Canada et RTOERO. On vous informera de ce coût par le biais d'un relevé ou d'un avis écrit. Les primes sont révisées tous les ans. Elles sont susceptibles de changer. On vous fera parvenir des avis de renouvellement pour vous aviser de toute modification apportée. Les taxes applicables seront ajoutées au paiement de votre prime.

La portion portant sur le Régime d'assurance voyage de RTOERO de votre régime Frais médicaux complémentaires est souscrite par la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances, et elle est administrée par Johnson Inc. Johnson Inc. et la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances, sont de propriété commune.

©2023 Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances. Tous droits réservés. ®RSA, RSA & Design ainsi que les mots et logos s'y rapportant sont des marques déposées et la propriété de la RSA Insurance Group Limitée, concédée sous licence pour utilisation par la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances. Johnson Insurance est un nom de commerce de Johnson Inc. (« Johnson ») Johnson Inc. est un intermédiaire autorisé en matière d'assurance. ® « Global Excel' » et le logo Global Excel sont des marques déposées de Gestion Global Excel inc.

Ce livret décrit les régimes d'assurance individuelle souscrits par la Financière Manuvie. Ce livret décrit également les services d'orientation offerts par Experts médicaux Teladoc et Venngo, qui ne sont pas assurés ou administrés par La Première du Canada.

Toute action ou poursuite juridique intentée contre un assureur pour le recouvrement de prestations d'assurance payables en vertu du contrat est absolument interdite, à moins qu'elle ne soit introduite dans les délais prescrits par la Loi sur les assurances (pour les actions ou les poursuites intentées en Alberta, en Colombie-Britannique et au Manitoba), par la Loi de 2002 sur la prescription des actions (pour les actions ou poursuites intentées en Ontario), par l'article 2925 du Code civil du Québec (pour les actions ou poursuites intentées au Québec), ou par toute autre loi applicable.

Coordonnées

RTOERO
18, chemin Spadina, bureau 300
Toronto (Ontario) M5R 2S7

Région de Toronto 416-962-9463

Numéro sans frais en Amérique du Nord 1-800-361-9888

Télécopieur 416-962-1061
rtoero.ca/fr
insurance@rtoero.ca

Comité des assurances
healthcommittee@rtoero.ca

Gestion Global Excel inc.
Numéro sans frais au Canada/É.-U.
1-877-346-1467

Numéro sans frais au Mexique
800-062-4728

Numéro sans frais à travers le monde
+ 819-780-0647

Kii by CloudMD
Numéro sans frais 1-866-814-0018
mso.kiihealth.ca/rtoero
rtoero.ca/fr/cloudmd

Johnson Inc.
Région de Toronto 416-920-7248

Numéro sans frais en Amérique du Nord 1-877-406-9007

Adresse de dépôt en personne :
18, chemin Spadina, Bureau 100
Toronto (Ontario) M5R 2S7

Régime d'assurance collective
Courriel :
healthbenefits@johnson.ca

Adresse :
CP 4408 STN A
Toronto (Ontario) M5W 3V7

Équipe des demandes de règlements
Courriel :
pbclaimsontario@johnson.ca

Adresse :
CP 4287 STN A
Toronto (Ontario) M5W 5X1

RTO ERO