Compagnie d'Assurance AIG du Canada
120, boulevard Bremner, bureau 2200
Toronto (Ontario) M5J 0A8
www.aig.com

Contrat d'assurance collective

Police numéro : CMG 9426277

Compagnie d'Assurance AIG du Canada

(ci-après appelé la "**Compagnie**")

DÉCLARATIONS

1. **Nom du Titulaire de police :**

2. **Date d'entrée en vigueur de la police collective :** 00 h 01, heure locale, à l'adresse du Titulaire de police, le 1er jour du mois de septembre 2026.

3. **Date d'expiration de la police collective :** 00 h 01, heure locale, à l'adresse du Titulaire de police, le 1er jour du mois de septembre 2027.

4. **Régime :** **ASSURANCE COLLECTIVE EN CAS D'URGENCE MÉDICALE DURANT UN VOYAGE HORS DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE DE RÉSIDENCE (CDN & NON CDN).**

5. **Durée maximale du voyage :** 180 jours
6. **Prestation viagère maximale :** 5 000 000 $ par personne admissible
7. **Catégories de personnes admissibles :**

La catégorie de personnes admissibles correspond à des personnes qui font partie :

1) d'une catégorie de personnes admissibles, c'est-à-dire des personnes qui :

- sont Canadiens et assurées par un RAMG d'une province ou d'un territoire du Canada ou une personne qui n'est pas résidente du Canada et assurée par un régime de remplacement ou équivalent au RAMG d'une province ou d'un territoire du Canada;
- sont âgées de moins de quatre-vingt-cinq (85) ans;
- figurent sur la liste mensuelle des membres ayant droit à la protection fournie par le titulaire de la police.
- Doit satisfaire aux conditions du régime de santé des étudiants.
- font partie de l'une (1) des catégories suivantes :

Catégorie I : Tous les étudiants actifs ou en séjour d'étude autorisé par l'institution et inscrit à un des établissements du titulaire de la police.

Catégorie II : Tous les étudiants actifs ou en séjour d'étude autorisé par l'institution et inscrit à un des établissements du titulaire de la police, qui ont adhéré à la garantie en cas d'éclosion de maladie infectieuse grave.

8. **Fréquence des primes :** Périodique

9. **Taux de prime et capital assuré :**

Catégories de personnes admissibles	Type de couverture
Catégorie I	Prestations pour soins médicaux d'urgence hors de la province – 5 000 000 $ Transport terrestre – 20 000 $ Transport aérien d'urgence – 500 000 $
Catégorie II	Prestations pour soins médicaux d'urgence hors de la province – 5 000 000 $ Transport terrestre – 20 000 $ Transport aérien d'urgence – 500 000 $ Maladie infectieuse grave

11. **Limite globale par accident :** **5 000 000 $** par accident d'aéronef qui survient pendant qu'une Personne assurée voyage à bord d'un aéronef, qu'elle y monte ou en descend.

MISE EN GARDE : LA PRÉSENTE POLICE COMPORTE DES GARANTIES RESTREINTES

Le présent contrat couvre uniquement les sinistres à caractère urgent survenus dans des circonstances imprévisibles.
Une clause d'exclusion des états préexistants s'applique aux états pathologiques et(ou) aux symptômes qui sont présents avant le voyage. Un état préexistant pourrait entraîner l'inadmissibilité d'une personne aux garanties d'assurance.

Moyennant le paiement des primes par le Titulaire de police, la Compagnie accepte de fournir les prestations indiquées dans le présent contrat aux personnes qui appartiennent à une catégorie admissible de Personnes, sous réserve, en tout temps, des modalités, limitations, exclusions et conditions stipulées dans le présent contrat.

Date d'émission : le 25 août 2026/er

Contresigné par _____
Représentant autorisé

DÉCLARATIONS **1**

SECTION 1 DÉFINITIONS **6**

1.1 DÉFINITIONS *6*

SECTION 2 DURÉE DE LA POLICE GLOBALE COLLECTIVE **10**

2.1 DURÉE DE LA POLICE GLOBALE COLLECTIVE *10*

2.2 FIN DU CONTRAT *10*

2.3 DATE D'EFFET DU CONTRAT DES PERSONNES ADMISSIBLES *10*

2.4 RÉSILIATION DU CONTRAT DES PERSONNES ADMISSIBLES *11*

2.5 PROLONGATION AUTOMATIQUE DE L'ASSURANCE APRÈS LA RÉSILIATION *11*

SECTION 3 PRIME **12**

SECTION 4 OBLIGATIONS DU TITULAIRE DE POLICE **12**

4.1 INFORMATION À FOURNIR AUX PERSONNES ADMISSIBLES *12*

4.2 INFORMATION À FOURNIR AU SUJET DES PERSONNES ADMISSIBLES *12*

4.3 ACCÈS AUX DOSSIERS *13*

4.4 OBLIGATION DU TITULAIRE DE POLICE D'ASSURER L'EXACTITUDE ET LA CONFORMITÉ AVEC LA CONVENTION COLLECTIVE *13*

SECTION 5 GARANTIES PRINCIPALES POUR SOINS MÉDICAUX D'URGENCE HORS PROVINCE **14**

5.1 HOSPITALISATION D'URGENCE *14*

5.2 SERVICES MÉDICAUX ET THÉRAPEUTIQUES D'URGENCE *14*

5.3 FRAIS EXCÉDENTAIRES ET COORDINATION DES PRESTATIONS *15*

SECTION 6 GARANTIES COMPLÉMENTAIRES POUR SOINS MÉDICAUX D'URGENCE HORS PROVINCE **15**

6.1 PRESTATION POUR RAPATRIEMENT *15*

6.2 PRESTATION POUR IDENTIFICATION DU CORPS *16*

6.3 RETOUR DU VÉHICULE AUTOMOBILE *16*

6.4 INDEMNITÉ DES FRAIS DE SUBSISTANCE *16*

6.5 PRESTATION POUR TRANSPORT DE LA FAMILLE *17*

6.6 TRANSPORT DE RETOUR DU COMPAGNON DE VOYAGE *17*

6.7 RETOUR ACCOMPAGNÉ D'ENFANTS À CHARGE MINEURS *17*

6.8 GARANTIE D'ASSISTRANCE MÉDICALE D'URGENCE *18*

6.9 PRESTATION POUR TRANSPORT TERRESTRE *18*

6.10 PRESTATION POUR TRANSPORT AÉRIEN D'URGENCE *18*

6.11 DISPONIBILITÉ ET QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES *19*

6.12 PRESTATION POUR ACCOMPAGNATEUR *19*

6.13 GARANTIE DES PERSONNES ÉTUDIANTS EN SÉJOUR D'ÉTUDE AU CANADA *20*

SECTION 7 CONDITIONS PRINCIPALES ET COMPLÉMENTAIRES RELATIVES AUX SOINS MÉDICAUX d'URGENCE HORS PROVINCE 20

7.1 LIMITE GLOBALE PAR ACCIDENT 21

7.2 DISPARITION 21

SECTION 8 SOINS MÉDICAUX D'URGENCE HORS PROVINCE - EXCLUSIONS ET LIMITATIONS 21

SECTION 9 PAIEMENT DES INDEMNITÉS 23

SECTION 10 DISPOSITIONS GÉNÉRALES 23

10.1 LE CONTRAT 23

10.2 AMENDEMENTS 23

10.3 RENONCIATION 23

10.4 DROIT DE RETOUR DE LA POLICE 23

10.5 AVIS 24

10.6 AVIS ET PREUVE DE SINISTRE 24

10.7 DÉFAUT DE FOURNIR UN AVIS OU UNE PREUVE 24

10.8 DROIT D'EXAMEN ET AUTOPSIE 24

10.9 VERSEMENT DES SOMMES PAYABLES 25

10.10 PRESCRIPTIONS DES ACTIONS 25

10.11 PAIEMENT DES DEMANDES DE RÈGLEMENT 25

SECTION 11 DISPOSITIONS ADDITIONNELLES 26

11.1 MONNAIE 26

11.2 CESSION 26

11.3 SANS PARTICIPATION 26

11.4 LOI APPLICABLE 26

11.5 CONFORMITÉ AUX LOIS APPLICABLES 26

11.6 NON-SUBSTITUTION À L'INDEMNISATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL 26

11.7 RAPPORT ENTRE LES CONVENTIONS COLLECTIVES ET LE PRÉSENT CONTRAT 26

11.8 ERREUR D'ÉCRITURE 26

Section 1
DÉFINITIONS

1.1 DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente police globale collective, les termes suivants sont définis comme suit :

Par **« Blessure »**, on entend une Blessure corporelle subie par une Personne assurée résultant directement d'un accident non intentionnel et imprévu, survenant où que ce soit dans le monde hors de la province ou du territoire de résidence de la Personne assurée, à condition qu'un tel accident soit causé par une source externe externe au corps et qu'il se produise pendant que l'assurance de la Personne assurée en vertu de la présente police globale collective est en vigueur et qu'il entraîne une perte couverte par la présente police globale collective pendant que la personne assurée se trouve à l'extérieur de sa province ou de son territoire de résidence.

Par **« Capital assuré »**, on entend le montant indiqué dans les Déclarations comme étant le Capital assuré applicable à la catégorie de Personnes admissibles à laquelle la Personne assurée appartient.

Par **« Compagnon de voyage »**, on entend la personne avec laquelle une Personne assurée partage des arrangements de voyage et l'hébergement prépayé en voyage.

Par **« Conjoint »**, on entend une personne âgée de moins de quatre-vingt-cinq (85) ans et qui est soit :

(a) qui est légalement mariée à la Personne admissible, ou, en l'absence d'une telle personne;

(b) une personne qui n'est pas légalement mariée à la Personne admissible mais qui cohabite avec lui depuis au moins un an (1) et qui est représentée en public comme le partenaire conjugal de la Personne admissible dans la communauté où ils vivent.

Par **« Date de départ »,** on entend la date à laquelle la Personne admissible quitte sa province ou son territoire de résidence au Canada ou autre pays de résidence pour entreprendre un Voyage, cette date devant survenir pendant que la présente police est en vigueur.

Par **« Date d'entrée en vigueur de la police globale collective »**, on entend soit :

(a) la date stipulée dans les Déclarations comme étant la date d'entrée en vigueur de la Police globale collective;

(b) la date d'effet du renouvellement de la Police globale collective stipulée dans tout avenant à la présente Police globale collective émis par la Compagnie; ou

(c) toute modification de la date d'entrée en vigueur de la Police globale collective stipulée dans tout avenant à la présente Police globale collective émis par la Compagnie.

Par **« Date d'expiration de la police globale collective »**, on entend soit :

(a) la date stipulée dans les Déclarations comme étant la date d'expiration de la Police globale collective; ou

(b) toute modification de la date d'expiration de la Police globale collective stipulée dans tout avenant à la présente Police globale collective émis par la Compagnie.

Par **« Déclarations »**, on entend les Déclarations relatives au présent contrat, qui figurent à la page un (1) du présent document.

Par **« Personne admissible »**, on entend une personne appartenant à une catégorie de personnes admissibles indiquées dans les Déclarations à condition que son nom figure dans les dossiers du Titulaire de police en tant que personne admissible à l'assurance au titre du présent contrat.

Par **« Employeur »**, on entend le Titulaire de police, une société affiliée ou une de ses filiales qui emploie les catégories de personnes admissibles indiquées à l'article 8 des Déclarations.

Par **« Enfant à charge »**, on entend un enfant de sang (légitime ou non), un enfant adopté ou un enfant d'un autre lit d'une personne admissible ou tout enfant pour qui une personne admissible tient le rôle de parent, à condition que :

a) l'enfant soit âgé de moins de vingt-trois (23) ans, qu'il soit célibataire et dépende de la personne admissible pour son soutien et sa subsistance et qu'il n'exerce pas d'emploi rémunéré de plus de vingt-cinq (25) heures par semaine au moment de la Perte;

b) l'enfant soit âgé de moins de vingt-six (26) ans, qu'il soit célibataire, qu'il fréquente un Établissement d'enseignement supérieur et qu'il dépende d'une personne admissible pour son maintien et sa subsistance et qu'il n'exerce pas d'emploi rémunéré de plus de vingt-cinq (25) heures par semaine au moment de la Perte; ou

c) l'enfant ne puisse pas, pour des raisons d'infirmité mentale ou physique, exercer un emploi qui lui permet de subvenir à ses besoins et qu'il soit considéré comme un Enfant à charge de la personne admissible au sens de la *Loi de l'impôt sur le revenu* du Canada.

Par **« Établissement d'enseignement supérieur »**, on entend, dans le cadre des présentes, sans s'y limiter, une université, un collège d'enseignement postsecondaire ou une école de métiers et tout collège d'enseignement général et professionnel (CÉGEP).

Par **« État préexistant »,** on entend un problème pathologique ou physique, un symptôme ou une Maladie quelconque ayant fait l'objet d'un Traitement, ou pour lequel une personne ordinairement prudente aurait demandé un Traitement, dans les quatre-vingt-dix (90) jours précédant la Date de départ de la Personne assurée, à moins que cet état n'ait été stable et contrôlé. La définition d'un « État préexistant » exclut :

(a) l'utilisation inchangée d'un médicament sur ordonnance pour un état pathologique, un symptôme ou un problème de santé qui est stable et contrôlé;

(b) un traitement sous forme d'un examen médical ou physique au cours duquel le médecin n'observe aucun changement de l'état pathologique, du symptôme ou du problème de santé identifié antérieurement et pour lequel aucun nouveau traitement n'est prescrit ou recommandé;

(c) une diminution posologique ou la cessation de la prise d'un médicament destiné à réduire le taux de cholestérol prescrite par un médecin;

(d) le remplacement d'un médicament de marque déposée par un médicament de marque générique (à la condition que la posologie reste la même); et

(e) le rajustement de la dose médicamenteuse de Coumadin (warfarine) ou d'insuline dans le seul but d'assurer le maintien de concentrations sanguines appropriées, à la condition qu'il n'y ait aucun changement de l'état pathologique ou physique, du symptôme, de la Maladie ou de l'affection.

Par **« Hôpital »**, on entend un établissement qui :

(a) détient un permis d'exploitation à titre d'Hôpital (si un permis est exigé dans le territoire de compétence);

(b) est en exploitation principalement pour assurer l'accueil, les soins et le traitement des personnes malades ou blessées à titre de patients hospitalisés;

(c) fournit des services de soins infirmiers vingt-quatre (24) heures par jour dispensés par des infirmiers autorisés ou des infirmiers diplômés;

(d) compte parmi son personnel au moins un (1) médecin dûment qualifié disponible en tout temps;

(e) fournit des installations organisées pour le diagnostic et pour les interventions chirurgicales majeures;

(f) n'est pas principalement une clinique, une maison de soins infirmiers, une maison de repos ou de convalescence ou un établissement similaire; et

(g) n'est pas, sauf accessoirement, un lieu de traitement pour les alcooliques ou les toxicomanes.

Par **« Maladie »**, on entend le début d'une Maladie ou d'une affection nécessitant un traitement, une consultation ou des soins médicaux pendant que la Personne assurée est en voyage n'importe où dans le monde hors de sa province, de son territoire ou de son pays de résidence pendant que son assurance en vertu de la présente police globale collective est en vigueur, et qui entraîne une perte couverte par ladite police pendant que la Personne assurée se trouve hors de sa province, de son territoire ou de son pays de résidence.

Par **« Médecin»** on entend un docteur en médecine, autre que la Personne assurée ou qu'un membre de sa Famille immédiate, autorisé à administrer des traitements médicaux et à prescrire des médicaments dans le territoire de compétence où il offre des services médicaux. Ne sont pas considérés comme « médecins » : les naturopathes, les herboristes et les homéopathes.

Par « **Médicalement nécessaire** », on entend les services et les fournitures provenant d'un Hôpital, d'un Médecin ou d'un dentiste détenteur d'un permis d'exercer ou tout autre fournisseur dûment autorisé à exercer, qui sont nécessaires pour identifier ou traiter la Maladie ou la Blessure d'une Personne assurée, et sont définis comme suit :

- compatibles avec les symptômes, le diagnostic et le traitement de la Maladie ou de la Blessure de la Personne assurée;
- appropriés compte tenu des bonnes pratiques médicales reconnues;
- non destinés essentiellement à la commodité de la Personne assurée, d'un Médecin ou de tout autre fournisseur autorisé à exercer; et
- lorsque l'expression s'applique aux soins d'un patient hospitalisé, elle signifie en outre que l'état ou les symptômes médicaux de la Personne assurée sont tels qu'il ne serait pas sécuritaire de lui fournir les services en clinique externe.

Par **« Membre de la famille immédiate »**, on entend une personne qui a des liens de parenté avec la Personne assurée de l'une des manières suivantes : elle est son Conjoint ou sa Conjointe, son beau-frère, sa belle-sœur, son gendre, sa belle-fille, sa belle-mère, son beau-père, sa mère ou son père (y

compris le Conjoint de la mère ou du père), son frère ou sa sœur (y compris un frère ou une sœur par alliance) ou son enfant (y compris un enfant légalement adopté ou l'enfant du Conjoint).

Par **« Personne admissible »**, on entend une Personne admissible, son conjoint ou sa conjointe et ses enfants à charge.

Par **« Personne assurée »**,**"** on entend une Personne admissible, pendant la période où le présent contrat est en vigueur à son égard, c'est-à-dire pendant qu'elle est en voyage hors de sa province, de son territoire de résidence au Canada de résidence, comme il est déterminé conformément aux sections 2.3, 2.4 et 2.5 de la présente Police globale collective.

Par **« RAMG (Régime d'assurance-maladie gouvernemental) »**, on entend la garantie d'assurance-maladie que les gouvernements des provinces ou territoires du Canada fournissent à leurs résidents.

Par **« Raisonnables et habituels »**, on entend les frais habituels facturés pour un traitement, des services ou des fournitures nécessaires pour fournir le niveau de soins approprié compte tenu de la gravité de la Maladie ou de la Blessure faisant l'objet du traitement, dans la région géographique où ils sont fournis.

Par **« Stable et contrôlé »**, on entend que dans les quatre-vingt-dix (90) jours précédant immédiatement la date de départ de la Personne admissible *:*

(a) le problème pathologique ou physique, le symptôme, la Maladie ou l'affection ne s'est pas manifesté(e) pour la première fois; et(ou)
(b) le problème pathologique ou physique, le symptôme, la Maladie ou l'affection n'a pas fait l'objet d'examens pour la première fois; et(ou)
(c) le problème pathologique ou physique, le symptôme, la Maladie ou l'affection n'a pas empiré; et(ou)
(d) aucun changement de médicaments, de leur usage ou de leur posologie n'est survenu, n'a été prescrit et(ou) n'a été recommandé par un médecin; et(ou)
(e) aucun Traitement n'a été reçu ni prescrit ni recommandé.

Par **« Totalement invalide »**, on entend l'incapacité totale de la Personne assurée, par suite d'une Blessure ou d'une Maladie, de continuer d'assumer ses fonctions ou activités et de continuer le voyage, preuve médicale à l'appui, attestée par un Médecin.

Par **« Traitement »**, on entend une intervention, un service ou une fourniture d'ordre médical, thérapeutique ou diagnostique quelconque prescrit, effectué ou recommandé par un Médecin, y compris, sans s'y limiter, les médicaments prescrits, un test exploratoire ou une opération chirurgicale.

Par **« Urgence »**, on entend un traitement médical ou une intervention chirurgicale reçu(e) en raison d'une Maladie ou d'une Blessure imprévues de la Personne assurée, entraînant le besoin d'un traitement immédiat prodigué par un médecin pour le prompt soulagement d'un symptôme aigu, ne pouvant, de l'avis d'un médecin, attendre le retour de la Personne assurée dans sa province, son territoire de résidence.

Par **« Véhicule de promenade privé »**, on entend tout moyen de transport non exploité à des fins commerciales, conçu pour le transport de passagers et qui est tiré, propulsé ou alimenté en carburant de quelque manière que soit, y compris les voitures, les camions, les motocyclettes, les mobylettes, les motoneiges ou les bateaux.

Par **«Voyage»**, on entend un déplacement d'une Personne admissible hors de sa province, de son territoire de résidence qui commence à la date de son départ en voyage, laquelle doit se situer après la date d'entrée en vigueur de la présente Police globale collective et avant sa date d'expiration.

Section 2
DURÉE DE LA POLICE GLOBALE COLLECTIVE

2.1 DURÉE DE LA POLICE GLOBALE COLLECTIVE

La présente police globale collective commence à la date d'entrée en vigueur et, à moins qu'elle soit résiliée ou annulée conformément aux modalités du présent contrat et elle est maintenue en vigueur jusqu'à la plus rapprochée des dates suivantes :

(a) le dernier jour de la période pour laquelle la prime a été payée; ou

(b) la date d'expiration de la Police globale collective.

2.2 FIN DU CONTRAT

(a) Le Titulaire de police peut mettre fin au contrat en envoyant à la Compagnie un préavis par écrit à cet effet au moins trente et un (31) jours à l'avance, par courrier recommandé à l'adresse du siège social de la Compagnie, auquel cas, le contrat prend fin à la date indiquée dans le préavis à 00 h 01 à l'adresse du Titulaire de police. Dans le cas où le Titulaire de police demande la résiliation du contrat, la Compagnie doit rembourser, le cas échéant, le montant de la prime qui excède la prime pour la période durant laquelle la police a été en vigueur, conformément au tableau des primes à courte échéance utilisé par la Compagnie au moment de la résiliation.

(b) La Compagnie peut résilier le contrat en tout temps à condition de fournir au Titulaire de police un préavis par écrit à cet effet au moins trente et un (31) jours à l'avance, auquel cas, le contrat prend fin à 00 h 01 à l'adresse du Titulaire de police à la date indiquée sur le préavis. Tout avis de résiliation du contrat fourni au Titulaire de police par la Compagnie lie chaque Personne admissible tout comme s'il avait été envoyé directement à chaque Personne admissible. Le Titulaire de police doit régler une prime au pro rata correspondant à la fraction du mois pendant laquelle le contrat est en vigueur.

2.3 DATE D'EFFET DU CONTRAT DES PERSONNES ADMISSIBLES

Le présent contrat entre en vigueur à l'égard d'une Personne admissible uniquement à l'heure et à la date auxquelles elle quitte sa province, son territoire de résidence pour entreprendre un voyage. Sous réserve des modalités et conditions de la Police globale collective et du paiement de la prime requise, lorsque qu'une Personne admissible quitte sa province, son territoire de résidence pour entreprendre un voyage, cette personne devient est automatiquement une Personne assurée en vertu de la présente Police globale collective.

2.4 RÉSILIATION DU CONTRAT DES PERSONNES ADMISSIBLES

À moins d'une disposition de prolongation automatique de la couverture conformément à la section 2.5, le présent contrat prend fin automatiquement à l'égard d'une Personne assurée à la plus rapprochée des dates suivante :

(a) à minuit le **180eme jour** suivant la Date de départ;

(b) la date de son retour à sa province, son territoire de résidence;

(c) la date à laquelle elle ne répond plus à la définition de Personne admissible;

(d) la date à laquelle elle n'appartient plus à une catégorie de Personnes admissibles indiquée dans les Déclarations;

(e) la date à laquelle la présente Police globale collective prend fin;

(f) la date d'échéance de la prime si le Titulaire de police omet de régler la prime requise à l'égard de la ou des Personnes assurées, sauf s'il s'agit d'une erreur involontaire; et

(g) la date d'expiration de la Police globale collective.

2.5 PROLONGATION AUTOMATIQUE DE L'ASSURANCE APRÈS LA RÉSILIATION

(a) Nonobstant les dispositions de la section 2.4, si une Personne assurée est hospitalisée en raison d'un Blessure ou d'une Maladie au moment où le présent contrat prendrait fin normalement à son égard, comme il est stipulé à la section 2.4, ce qui l'empêche de retourner dans sa province, son territoire de résidence, le présent contrat demeure en vigueur à son égard tant qu'elle est hospitalisée, mais en aucun cas pendant plus de douze (12) mois consécutifs après la Date de départ de ladite Personne assurée.

(b) Nonobstant les dispositions de la section 2.4, si le retour de voyage d'une Personne assurée à sa province, son territoire de résidence est retardé en raison du retard d'un transporteur public à bord duquel elle a une place réservée, le présent contrat demeure en vigueur à son égard pendant le délai jusqu'à concurrence de soixante-douze (72) heures.

Section 3
PRIME

(a) Si le Titulaire de police règle la prime sur une base mensuelle, il doit payer toutes les primes requises à terme échu et au plus tard le quinzième (15e) jour de chaque mois, en commençant par le mois qui suit celui durant lequel tombe la Date d'entrée en vigueur de la Police globale collective.

(b) Si le Titulaire de police règle la prime sur une base annuelle, il doit payer toutes les primes requises au plus tard le soixantième (60e) jour qui suit la Date d'entrée en vigueur de la Police globale collective. En cas de changement de la protection, toute prime additionnelle doit être payée au plus tard le soixantième (60e) jour qui suit la date d'effet d'un tel changement.

(c) Si toutes les primes requises ne sont pas réglées durant la période indiquée à la Section 3 (b), le présent contrat et l'assurance qu'il prévoit n'entrent pas en vigueur. Si toutes les primes requises ne sont pas réglées selon les modalités stipulées à la section 3(a) le présent contrat prend fin à l'expiration du délai prévu à cette section pour le paiement de la prime; le Titulaire de police sera redevable du paiement de toutes les primes cumulées jusqu'à la date de résilisation du présent contrat et devra les payer à la Compagnie.

(d) La Compagnie peut, par l'envoi d'un avis au Titulaire de police, modifier le taux de calcul de la prime indiqué dans les Déclarations. La Compagnie doit fournir au Titulaire de police un avis écrit l'informant du changement au moins soixante (60) jours à l'avance.

Section 4
OBLIGATIONS DU TITULAIRE DE POLICE

4.1 INFORMATION À FOURNIR AUX PERSONNES ADMISSIBLES

Le Titulaire de police doit informer les Personnes assurés de la protection fournie aux termes du présent contrat ainsi que des limitations et exclusions qui sont prévues. Il doit s'acquitter de cette obligation dans un document, imprimé ou électronique, qu'il doit fournir à chaque Personne assuré. En cas de modification des modalités du présent contrat, le Titulaire de police doit également fournir aux Personnes assurés un document additionnel ou modifié faisant état de la modification. La Personne assurée et tout demandeur peut demander une copie de la Police collective (exception faite des renseignements commerciaux confidentiels ou d'autres renseignements exempts de l'obligation de divulguer par la loi applicable).

4.2 INFORMATION À FOURNIR AU SUJET DES PERSONNES ADMISSIBLES

Le Titulaire de police doit fournir à la Compagnie, à sa demande, tous les renseignements dont la Compagnie a besoin pour la bonne administration de l'assurance prévue aux termes du présent contrat, y compris mais sans s'y limiter, ce qui suit :

(a) la liste exacte des noms et des adresses de domicile des Personnes admissibles et l'information nécessaire pour déterminer le Capital assuré d'une Personne admissible, le montant de prestations payables, le cas échéant, en vertu de la présente et la prime correspondant à chaque Personne admissible; et

(b) le nom de chaque Personne admissible qui a cessé d'être membre du Titulaire de police ainsi que la date de son départ.

4.3 ACCÈS AUX DOSSIERS

Sur réception d'un préavis écrit raisonnable fourni par la Compagnie au Titulaire de police, celui-ci doit donner à la Compagnie accès à ses registres dossiers sur les Personnes admissibles afin que la Compagnie puisse en vérifier le nombre et leur l'admissibilité, le capital assuré d'une Personne assurée ainsi que toute prestation à verser et la prime à exiger aux termes des présentes.

4.4 OBLIGATION DU TITULAIRE DE POLICE D'ASSURER L'EXACTITUDE ET LA CONFORMITÉ AVEC LA CONVENTION COLLECTIVE

Le Titulaire de police est tenu d'établir avec exactitude si une personne est admissible à l'assurance en vertu de la présente police globale collective et de verser la prime applicable. Le versement d'une prime incorrecte ou erronée par le Titulaire de police n'a pas pour effet de modifier l'assurance autrement prévue pour toute personne en vertu de la présente police globale collective ni de fournir une assurance à toute personne qui n'y est pas admissible, en vertu de la présente police globale collective. Par ailleurs, le Titulaire de police doit s'assurer que si les garanties prévues aux présentes relèvent d'une convention collective ou pourraient relever d'une telle convention, que celle-ci est conforme aux garanties et aux droits dont bénéficie toute personne en vertu des présentes et qu'elle ne les réduit d'aucune façon.

Section 5
GARANTIES PRINCIPALES POUR SOINS MÉDICAUX D'URGENCE HORS PROVINCE

La Compagnie indemnisera les frais médicaux raisonnables et habituels effectivement engagés par une Personne assurée à l'égard de services indiqués ci-après aux sections 5.1 et 5.2, et dont elle a besoin hors de sa province, de son territoire ou de son pays de résidence par suite d'une Blessure ou d'un Maladie survenue au cours d'un Voyage, à la condition que la Personne assurée soit atteinte de la Blessure ou de la Maladie pendant que le présent contrat est en vigueur à son égard.

La Compagnie indemnisera uniquement les dépenses en excédant de tout montant qui serait payable par un le régime d'assurance-maladie gouvernemental (RAMG) de la Personne assurée ou par tout autre régime d'assurance ou de garantie qui prévoit une couverture du genre.

La Compagnie versera des indemnités en vertu de la présente Police globale collective, lesquelles n'excéderont pas un maximum viager de cinq millions de dollars (5 000 000 $) par Personne admissible.

5.1 HOSPITALISATION D'URGENCE

Sous réserve des restrictions et des conditions de la présente Police globale collective, la Compagnie paiera les indemnités prévues aux présentes dans le cas où une Blessure ou une Maladie dont est atteinte la Personne assurée entraîne son hospitalisation d'urgence à un hôpital hors de sa province, de son territoire de résidence. La Compagnie indemnisera uniquement les frais raisonnables et habituels qu'exige l'Hôpital pour les services et les fournitures fournies à la Personne assurée, y compris en chambre à deux lits, pour, dans la mesure où ils sont médicalement nécessaires et uniquement si les frais sont engagés pendant que l'assurance de ladite personne est en vigueur en vertu de la présente police globale collective.

5.2 SERVICES MÉDICAUX ET THÉRAPEUTIQUES D'URGENCE

Sous réserve de toutes les restrictions et conditions de la présente police globale collective, la Compagnie paiera les indemnités prévues par la présente police dans le cas où une Personne assurée nécessite des services médicaux ou thérapeutiques d'urgence hors de sa province, de son territoire de résidence pour traiter une Blessure ou une Maladie dans la mesure où ils sont médicalement nécessaires et uniquement lorsque ces dépenses sont engagées pendant que l'assurance de ladite personne est en vigueur en vertu de la présente police globale collective. Les indemnités sont versées pour rembourser les frais raisonnables et habituels engagés pour :

(a) les services d'un Médecin ou d'un chirurgien dûment qualifié (autre qu'un Membre de la famille immédiate de la Personne assurée);

(b) les analyses de laboratoire et les examens radiographiques (mais non les IRM) prescrits aux fins de diagnostic par un Médecin ou chirurgien dûment qualifié;

(c) les MRI, pour fins de diagnostic, lorsque qu'elles sont médicalement nécessaires, jusqu'à concurrence de sept mille cinq cent dollars (7 500 $) par Personne assurée, par voyage;

(d) les services d'un infirmier ou d'une infirmière diplômé(e) et autorisé(e) (autre qu'un Membre de la famille immédiate de la Personne assurée), jusqu'à un maximum de cinquante (50) quarts de travail selon les frais exigés, sous réserve d'un maximum de cent dollars (100 $) par quart;

(e) la location de béquilles, ou d'un lit d'hôpital, ou le coût d'attelles, de canes, d'écharpes, de bandages, d'appareils orthopédiques et d'autres prothèses approuvées par la Compagnie;

(f) les services d'un Médecin anesthésiste dûment qualifié comme tel;

(g) les drogues et médicaments qui sont uniquement délivrés sur ordonnance d'un Médecin ou d'un chirurgien dûment qualifié;

(h) les services d'un chiropodiste, d'un chiropraticien, d'un ostéopathe, d'un physiothérapeute ou d'un podiatre (autre qu'un Membre de la famille immédiate de la Personne assurée) jusqu'à concurrence de trois cent dollars (300 $) par catégorie de praticien;

(i) les dépenses liées aux Blessures accidentelles aux dents saines et naturelles (les dents dotées d'une couronne ou d'une coiffe sont considérées comme des dents naturelles et saines ou complètes) requérant un traitement dispensé par un dentiste ou un chirurgien-dentiste dûment qualifié dans les trente (30) jours de la date de l'accident, sous réserve d'une somme globale maximale de cinq mille dollars (5 000 $) par accident; et

(j) les services en clinique externe fournis par un Hôpital.

5.3 FRAIS EXCÉDENTAIRES ET COORDINATION DES PRESTATIONS

Les garanties au titre de la présente Police globale collective feront l'objet d'une coordination avec celles de toute autre police conformément aux lignes directrices publiées par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. (ACCAP). Le remboursement est versé uniquement pour les frais en excédent de tous les montants payables par un RAMG ou par tout régime collectif d'assurance-maladie ou tout régime individuel privé ou perçus de tels régimes.

Section 6
GARANTIES COMPLÉMENTAIRES POUR SOINS MÉDICAUX D'URGENCE HORS PROVINCE

6.1 PRESTATION POUR RAPATRIEMENT

Si pendant qu'une Personne assurée est en voyage et que son assurance en vertu de la Police globale collective est en vigueur, elle subit une Blessure ou est atteinte d'une Maladie qui entraîne la son décès, et que :

(a) la perte de la vie survient hors de sa province, de son territoire de résidence permanente; et

(b) la perte de la vie survient dans les trois cent soixante-cinq (365) jours à compter de la date de l'accident à l'origine des Blessures ou du début de la Maladie entraînant ce décès,

La Compagnie paiera les frais réels engagés pour la préparation de la dépouille aux fins d'enterrement ou de crémation et pour le retour de la dépouille mortelle à la ville de résidence de la Personne assurée décédée.

Le montant maximal payable en vertu de cette garantie pour toutes les Blessures résultant d'un seul accident ou d'une Maladie est de quinze mille dollars (15 000 $) par Personne assurée.

6.2 PRESTATION POUR IDENTIFICATION DU CORPS

Si une Personne assurée subit une Blessure ou est atteinte d'une Maladie qui cause son décès et si son corps doit être identifié, la Compagnie paiera les frais raisonnables et nécessaires engagés réellement par un membre de la Famille immédiate de la Personne assurée aux fins suivantes :

(a) logement commercial et pension pendant le voyage et(ou) durant le séjour dans la ville ou le village où se trouve le corps (jusqu'à un maximum de trois (3) nuits consécutives); et

(b) transport par la route la plus directe pour se rendre à l'endroit où se trouve le corps.

Ces prestations sont payables par la Compagnie uniquement si le corps de la Personne assurée se trouve à l'extérieur de la province, du territoire ou du pays de la résidence normale du membre de la Famille immédiate et si l'identification du corps est demandée par la police ou par toute autre autorité de la force publique habilitée à prendre une décision en la matière.

Aucun paiement ne sera versé pour les frais de subsistance ordinaires, de voyage ou d'habillement, autrement que ce qui est prévu spécifiquement ci-dessus. Si le transport doit être effectué dans un véhicule ou un appareil autre qu'un véhicule ou appareil autorisé à transporter des passagers moyennant paiement, le remboursement des frais de transport sera limité à un montant maximum de quarante cents (0,40 $) par kilomètre parcouru.

Ces prestations sont payables une seule fois pour toutes les Blessures, Maladies et Pertes subies par une Personne assurée, quel que soit le nombre de polices d'assurance fournissant ce type de prestation à la personne en question, émis par la Compagnie.

Le montant maximal payable en vertu de cette garantie est de cinq mille dollars (5 000 $) par Personne assurée.

6.3 RETOUR DU VÉHICULE AUTOMOBILE

Sous réserve de toutes les restrictions et conditions de la présente Police globale collective, lorsqu'une Blessure ou une Maladie entraîne l'invalidité totale d'une Personne assurée de sorte qu'elle ne peut poursuivre son voyage, la Compagnie paiera les frais effectivement engagés envers un organisme commercial pour le retour du véhicule particulier ou de location de la Personne assurée, utilisé pour le voyage, jusqu'au lieu de résidence de la Personne assurée ou à l'établissement de location le plus proche, jusqu'à concurrence de cinq mille dollars (5 000 $) par Voyage.

6.4 INDEMNITÉ DES FRAIS DE SUBSISTANCE

Sous réserve de toutes les restrictions et conditions de la présente Police globale collective, la Compagnie remboursera, jusqu'à cent cinquante dollars (150 $) par jour, les frais de subsistance raisonnables et nécessaires, de nature commerciale, engagés par une Personne assurée ou par son compagnon de voyage, si la Personne assure devient totalement invalide et ne peut poursuivre son Voyage, jusqu'à concurrence de trois mille dollars (3,000 $) par Personne assurée.

6.5 PRESTATION POUR TRANSPORT DE LA FAMILLE

Si une Personne assurée subit une Blessure ou est atteinte d'une Maladie qui entraîne son hospitalisation à un hôpital situé hors de sa province, de son territoire ou de son pays de résidence, la Compagnie paiera les frais raisonnables et nécessaires réellement engagés pour le transport d'un Membre de la famille immédiate qui se rend à l'hôpital en question. Une telle indemnité est payée uniquement si :

(a) l'hospitalisation se produit dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date du début de la Maladie ou de l'accident à l'origine de la Blessure; et

(b) le remboursement des frais est limité au coût d'un billet d'avion aller-retour en classe économique par l'itinéraire le plus direct ou un montant équivalent si le Membre de la famille immédiate utilise un autre moyen de transport public.

Le montant maximal payable en vertu de cette garantie est de quinze mille dollars (15 000 $) par Maladie ou pour toutes les Blessures résultant d'un seul accident et les frais divers de déplacement sont remboursables jusqu'à concurrence de deux cent cinquante dollars (250 $), par Personne assurée.

6.6 TRANSPORT DE RETOUR DU COMPAGNON DE VOYAGE

En cas du rapatriement de la Personne assurée à sa province, son territoire de résidence conformément à la prestation pour rapatriement stipulée à la section 6.1, ou de son retour à sa province, son territoire de résidence conformément aux dispositions relatives aux prestations pour transport terrestre ou aérien stipulées aux sections 6.9 ou 6.10, la Compagnie versera une prestation à cette Personne assurée (ou à sa succession) à l'égard des frais supplémentaires engagés pour un billet d'avion aller simple en classe économique sur un vol commercial ou un vol nolisé selon l'itinéraire le plus économique pour le transport de retour du compagnon de Voyage de la Personne assurée au Canada ou à son pays de résidence.

Le montant maximal payable en vertu de cette garantie pour un Voyage est de dix mille dollars (10 000 $) par Personne assurée pour le transport d'un Compagnon de voyage.

6.7 RETOUR ACCOMPAGNÉ D'ENFANTS À CHARGE MINEURS

En cas du rapatriement de la Personne assurée à sa province, son territoire de résidence, conformément à la prestation pour rapatriement stipulée à la section 6.1, ou de son retour à sa province, son territoire de résidence conformément aux dispositions relatives aux prestations pour transport terrestre ou aérien stipulées aux sections 6.9 ou 6.10, la Compagnie versera une prestation à cette Personne assurée (ou à sa succession) à l'égard des frais engagés pour un billet d'avion aller simple en classe économique sur un vol commercial ou un vol nolisé selon l'itinéraire le plus économique pour le transport à leur lieu de domicile des enfants à charge de la Personne assurée voyageant avec elle, ainsi que pour les frais raisonnables d'hébergement pour une nuitée et de repas et les services d'un accompagnateur pour les enfants à charge âgés de moins de seize (16) ans, au besoin.

Le montant maximal payable en vertu de cette garantie pour un Voyage est de cinq mille dollars (5 000 $) par Personne assurée faisant l'objet d'un rapatriement ou d'un retour.

6.8 GARANTIE D'ASSISTRANCE MÉDICALE D'URGENCE

La Compagnie offre un service d'assistance d'urgence partout au monde aux Personnes assurées qui se trouvent en voyage, sauf là où en raison des conditions locales, il est impossible de le faire. Dans le cas où une Blessure ou une Maladie couverte par la présente Police globale collective nécessite une hospitalisation, il faut en aviser la Compagnie dans les quarante-huit (48) heures suivant l'incident. Le défaut d'aviser la Compagnie pourrait entraîner le rejet de demandes d'indemnités pour certaines dépenses ou le remboursement partiel seulement de certains frais. En cas d'urgence médicale, une Personne assurée ou quelqu'un agissant en son nom doit composer un des numéros de téléphone internationaux indiqués ci-après :

Global Excel Management
États-Unis et Canada - 1-877-207-5018
Partout ailleurs - 1-819-566-3940
Email : assistance@globalexcel.com

Consulter les services d'Assistance de Global Excel Management pour de plus amples renseignements sur les services d'aide en cas d'urgence dont les Personnes assurées en voyage peuvent se prévaloir.

6.9 PRESTATION POUR TRANSPORT TERRESTRE

Si en raison d'une Blessure ou d'une Maladie survenue au cours d'un voyage, le transport par ambulance terrestre d'une Personne assurée est médicalement nécessaire, la Compagnie indemnisera les frais réellement engagés à cet égard.

Le montant maximal payable au titre de cette garantie pour un accident qui entraîne une Blessure ou une Maladie est de vingt mille dollars (20 000 $) par Personne assurée.

6.10 PRESTATION POUR TRANSPORT AÉRIEN D'URGENCE

(a) Si en raison d'une Blessure ou d'une Maladie survenue au cours d'un voyage, le transport aérien d'une Personne assurée est médicalement nécessaire, la Compagnie versera des indemnités pour les dépenses couvertes à cet égard, jusqu'à concurrence de cinq cent mille dollars (500 000 $) par Personne assurée. Le transport aérien doit être approuvé par la Compagnie au préalable et être prescrit par un Médecin ou un chirurgien dûment qualifié certifiant que la gravité de la Blessure ou de la Maladie de la Personne assurée justifie son transport aérien, lequel est médicalement nécessaire.

(b) Si en raison de la région géographique où survient le cas d'urgence médical, le transport par ambulance aérienne est jugé nécessaire, la Compagnie paiera le coût d'une ambulance aérienne pour transporter la Personne assurée jusqu'à l'Hôpital ou jusqu'à l'établissement médical le plus proche où il est sera possible d'obtenir un traitement médical approprié.

Le transport aérien d'urgence est médicalement nécessaire si :

(c) l'état pathologique de la Personne assurée justifie son transport immédiat de l'endroit où elle est blessée ou est tombée malade jusqu'à l'Hôpital le plus proche où elle peut obtenir des soins médicaux appropriés; ou

(d) après son traitement à un Hôpital local, l'état pathologique de la Personne assurée nécessite son transport à son lieu de résidence pour obtenir un traitement médical supplémentaire ou poursuivre sa convalescence; ou

(e) l'un et l'autre des scénarios décrits en a) et b) ci-dessus.

Les « dépenses couvertes » correspondent uniquement aux frais raisonnables et habituels, jusqu'au maximum prévu, pour le transport, les services médicaux et les fournitures médicales qui sont médicalement nécessaires et qui sont engagés en rapport avec le transport aérien de la Personne assurée. Toutes les dispositions prises pour le transport de la Personne assurée doivent prévoir le trajet le plus direct et le plus économique. Les dépenses relatives aux moyens de transport spéciaux doivent être recommandées par le Médecin traitant ou le chirurgien ou exigées par la réglementation standard du moyen de transport utilisé par la Personne assurée. Les dépenses associées aux fournitures et aux services médicaux doivent être recommandées par le Médecin traitant.

"Par « transport aérien », on entend tout moyen de déplacement terrestre, maritime ou aérien nécessaire au transport de la Personne assurée dans le cadre d'un transport aérien.

Par « moyens de transport spéciaux », on entend, entre autres, les ambulances aériennes, les ambulances terrestres, les compagnies aériennes commerciales et les véhicules automobiles privés.

6.11 DISPONIBILITÉ ET QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

La Compagnie n'assume aucune responsabilité et n'encourt aucune obligation à l'égard de ce qui suit :

(a) la qualité d'un traitement ou de services d'ordre médical ou de tout établissement qui fournit un traitement ou des services de cette nature;

(b) la disponibilité d'un traitement médical ou de services médicaux ou de tout établissement qui fournit un traitement ou des services de cette nature; et

(c) le défaut ou l'incapacité d'une Personne assurée d'obtenir ou de solliciter un traitement.

6.12 PRESTATION POUR ACCOMPAGNATEUR

Si une Personne assurée subit une blessure, une infection ou est atteinte d'une maladie qui entraîne son hospitalisation à un hôpital ou sa quarantaine situé hors de sa province ou, de son territoire ou de son pays de résidence, la Compagnie paiera les frais raisonnables et nécessaires réellement engagés pour qu'un compagnon de voyage puisse accompagner ladite Personne assurée pendant son hospitalisation ou sa quarantaine. Une telle indemnité est payée uniquement si :

(a) l'hospitalisation ou la quarantaine se produit dans les quinze (15) jours suivant la date du début de l'infection, de la maladie ou de l'accident à l'origine de la blessure; et

(b) Le remboursement des frais est limité aux frais engagés pour se loger, se nourrir ou se déplacer.

Le montant maximal payable en vertu de cette garantie est de cinq mille dollars (5 000 $) par infection, maladie ou pour toutes les blessures résultant d'un seul accident.

6.13 GARANTIE DES PERSONNES ÉTUDIANTS EN SÉJOUR D'ÉTUDE AU CANADA

Aux fins de la garantie des personnes étudiantes en séjour d'étude au Canada, toute référence à une Personne assurée est réputée être une référence aux personnes étudiantes en séjour d'étude au Canada autorisé qui appartiennent à une Catégorie de personnes admissibles, tel que précisé aux Déclarations. La garantie des personnes étudiantes en séjour d'étude au Canada s'applique dans le cas où la personne assurée par un régime de remplacement ou équivalent au RAMG d'une province ou d'un territoire du Canada ne serait plus admissible à ce régime lors d'un Voyage hors province.

Si une Personne assurée est victime d'une Blessure ou d'une Maladie au cours d'un Voyage à l'extérieur de sa province ou de son territoire de résidence au Canada, la Compagnie paiera les frais compris dans les prestations énumérées à la section 5 pour un Voyage d'une durée maximale de 30 jours ou moins. Ces prestations ne sont payables que si :

(a) les frais sont liés à un traitement d'Urgence; et
(b) le Voyage commence et se termine dans la province ou le territoire de résidence au Canada de la Personne assurée.

La présente section 6.13 ne couvre pas les frais engagés dans le Pays d'origine de la Personne assurée.

« Pays d'origine » désigne le pays dans lequel la Personne assurée a sa résidence permanente avant d'entrer au Canada.

Le montant maximal payable en vertu de cette garantie est inclus dans la Prestation viagère maximale indiquée aux Déclarations.

Section 7
CONDITIONS PRINCIPALES ET COMPLÉMENTAIRES RELATIVES AUX SOINS MÉDICAUX D'URGENCE HORS PROVINCE

Dans le cas où une Maladie ou une Blessure dont une Personne assurée est atteinte entraîne son besoin d'un traitement médical, la Compagnie se réserve le droit :

(a) de transférer la Personne assurée à l'un des fournisseurs de soins de santé que privilégie la Compagnie en vue du traitement médical de la Maladie et(ou) de la Blessure, et(ou)

(b) de retourner la Personne assurée à sa province, à son territoire de résidence

lorsque ceci ne pose aucun risque pour la vie ou la santé de la Personne assurée. Si la Personne assurée refuse le transfert ou le retour après que le directeur médical de la Compagnie ait déclaré son état stable d'un point de vue médical, la Compagnie ne versera pas de prestations et ne pourra pas être tenue responsable à l'égard des dépenses engagées relativement à cette Maladie et(ou) à cette Blessure après la date proposée du transfert ou du retour.

En cas d'Urgence, lorsque de l'avis du directeur médical de la Compagnie, une Personne assurée est stable du point de vue médical et peut être rapatriée au Canada ou à son pays de résidence (avec ou sans accompagnateur médical) ou lorsque qu'elle a reçu son congé de l'établissement médical, l'Urgence est réputée dès lors avoir pris fin. Ainsi, les frais subséquents engagés pour toute consultation, tout traitement, toute rechute ou toute complication liés à cette Urgence ne seront plus couverts par la présente Police globale collective.

L'assurance décrite dans la présente Police globale collective est dite « second payeur ». Si la Personne assurée bénéficie d'autres régimes similaires, de polices ou de contrats d'assurance, d'une assurance automobile privée ou publique (d'une province, d'un territoire), offrant une couverture ou des prestations pour soins hospitaliers, médicaux ou thérapeutiques, ou encore toute assurance de responsabilité civile, concurremment en vigueur avec les présentes, les sommes payables au titre des présentes se limitent aux frais engagés excédant les montants d'assurance de la Personne assurée ou les montants de remboursement auxquels elle est admissibles au titre de cette autre assurance.

7.1 LIMITE GLOBALE PAR ACCIDENT

Le montant maximal payable par la Compagnie en vertu du présent contrat à l'égard de deux (2) Personnes assurées ou plus qui subissent une Blessure par suite d'un (1) même accident est le montant équivalant à la limite globale par accident stipulée dans les Déclarations.

Si les prestations totales que la Compagnie doit payer dépassent la limite globale par accident, la Compagnie n'est pas tenue de payer à une (1) Personne assurée en particulier tout montant dépassant cette limite globale par accident. Les prestations de chaque Personne assurée ayant subi une Blessure correspondront à la partie des prestations à laquelle elle aurait normalement eu droit en vertu de la présente. Cette partie équivaut au montant que la Compagnie aurait payé à la Personne assurée en vertu de la présente par rapport à ce qu'elle aurait payé, en vertu de la présente, à toutes les Personnes assurées ayant subi une Blessure dans un tel accident s'il n'y avait pas de limite globale par accident..

7.2 DISPARITION

Si le corps d'une Personne assurée n'a pas été retrouvé dans la période d'une (1) année suivant l'atterrissage forcé, l'échouement, le naufrage ou la destruction d'un moyen de transport à bord duquel elle se trouvait, il sera présumé aux fins du présent contrat, et en l'absence d'une preuve contraire, que la Personne assurée a perdu la vie.

Section 8
SOINS MÉDICAUX D'URGENCE HORS PROVINCE - EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

Aucune assurance n'est prévue en vertu de la Section 5 ou de la Section 6 du présent contrat à l'égard de toute perte découlant totalement ou partiellement d'un des risques exclus ci-dessus, ou occasionnée par l'un d'eux ou qui en est une conséquence naturelle et probable, ni ne prévoit aucun paiement en cas de perte de cette nature :

(a) Blessure subies ou Maladie contractée alors que la Personne assurée est en service actif, à plein temps dans les forces armées ou le corps de réserve organisé d'un pays ou d'une autorité internationale;

(b) Blessure ou subies par la Personne assurée pendant qu'elle est sous l'effet de l'alcool et qu'elle conduit un véhicule ou tout autre moyen de transport ou de déplacement et que son taux d'alcoolémie est supérieur à quatre-vingt (80) milligrammes par cent (100) millilitres de sang;

(c) Blessure subies par la Personne assurée pendant qu'elle est sous l'effet de drogues ou de substances désignées, selon la définition figurant dans la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (Canada) (même lorsque ces drogues ou substances sont prises hors du Canada), à moins que leur prise soit strictement conforme aux conseils et à l'ordonnance d'un Médecin;

(d) usage abusif de médicaments ou de drogues et non-conformité à une thérapie médicale ou à un traitement médical prescrits que ce soit avant ou pendant le voyage de la Personne assurée;

(e) la perpétration ou toute tentative de perpétration d'un acte par la Personne assurée ou une Blessure subie par la Personne assurée durant la perpétration ou toute tentative de perpétration d'un tel acte qui, s'il faisait l'objet d'un jugement du tribunal, serait un acte criminel aux termes des lois du territoire de compétence où l'acte a été commis;

(f) Maladie ou Blessure dans le cas où le voyage est entrepris dans le but d'obtenir un traitement médical ou une consultation médicale se rapportant à une telle Maladie ou une telle Blessure;

(g) Maladie ou Blessure résultant d'une participation à des sports professionnels;

(h) suicide ou tentative de suicide, que la personne soit ou non saine d'esprit;

(i) automutilation volontaire ou tentative d'automutilation volontaire, que la personne soit ou non saine d'esprit;

(j) acte de guerre, que la guerre soit déclarée ou non, guerre civile, rébellion, révolution, insurrection;

(k) traitement ou services dont le remboursement ou l'assurance serait en contravention des dispositions de tout RAMG en vigueur au Canada;

(l) dépenses engagées par choix (sans qu'il y ait d'urgence);

(m) tout traitement, tout examen ou toute intervention chirurgicale pour un état pathologique particulier ou un état associé qui a incité le médecin traitant de la Personne assurée à lui déconseiller de voyager;

(n) services ou fournitures provenant d'une Personne assurée ou d'un Membre de la famille immédiate de la Personne assurée;

(o) Maladie ou Blessure à l'égard de laquelle, lors de son départ, une Personne assurée pouvait raisonnablement s'attendre à devoir subir des traitements, un examen, une intervention chirurgicale ou une hospitalisation;

(p) tout service, tout traitement, toute intervention chirurgicale ou toute hospitalisation non requise pour soulager immédiatement une douleur ou souffrance aiguës ou non médicalement nécessaire;

(q) tout traitement ou toute intervention chirurgicale pouvant raisonnablement être retardé(e) jusqu'au retour de la Personne assurée dans sa province, son territoire de résidence;

(r) traitements médicaux prévisibles, requis de façon continue ou pour la stabilisation continue d'un état pathologique connu de la Personne assurée avant son départ de sa province, de son territoire de résidence;

(s) un état pathologique qui s'est détérioré, a dû être traité ou a fait l'objet d'un examen dans les trois (3) mois précédant immédiatement le départ de la Personne assurée sa province, de son territoire de résidence; et

(t) la partie, s'il en est une, des frais engagés à des fins de traitement, de consultation ou d'hospitalisation lesquels frais ne sont pas raisonnables et habituels.

(u) Pour les résidents non-Canadiens qui reçoivent un traitement ou services dans le pays de résidence de l'assuré après que la personne soit revenue ou évacuée dans son pays de résidence;

(v) la compagnie d'assurance AIG du Canada, en consultation avec le médecin traitant, se réserve le droit de retourner le patient dans sa province ou territoire de résidence. Si une personne

assurée est (sur preuve médicale) en mesure de retourner dans sa province ou son territoire de résidence à la suite du diagnostic, ou du traitement d'urgence, d'un état pathologique nécessitant des services médicaux continus, un traitement ou une intervention chirurgicale, et que si l'assuré choisit d'avoir un tel traitement ou services rendus ou une intervention chirurgicale effectuée en dehors de sa province ou territoire de résidence, ainsi les frais et dépenses de ces services médicaux continus, traitement ou chirurgie ne seront pas couverts par le régime;

(w) si l'assuré refuse d'être transféré, ou de retourner dans son pays province ou territoire de résidence lorsqu'il est déclaré apte à voyager médicalement par le directeur médical, toute dépense continue pour cette maladie ou cette blessure ne sera pas couverte;

Section 9
PAIEMENT DES INDEMNITÉS

Toutes les sommes payables en vertu de la présente Police globale collective à l'égard d'une Personne assurée seront versées soit à la personne qui a payé les frais, soit directement au fournisseur.

Section 10
DISPOSITIONS GÉNÉRALES

10.1 LE CONTRAT

Le contrat entre le Titulaire de police et la Compagnie comprend ce qui suit :

(a) le présent document, y compris les Déclarations; et

(b) tout amendement fait par écrit au présent document et émis par la Compagnie.

Le contrat peut être révisé ou modifié sans le consentement des Personnes admissibles.

10.2 AMENDEMENTS

Seul l'agent principal de la Compagnie ou un représentant autorisé de celle-ci a le droit de renoncer à une partie du contrat ou d'en accepter une modification au nom de la Compagnie.

10.3 RENONCIATION

La Compagnie est réputée n'avoir renoncé à aucune condition du présent contrat, en tout ou en partie, à moins que la renonciation ne soit faite expressément par écrit et qu'elle soit signée par la Compagnie.

10.4 DROIT DE RETOUR DE LA POLICE

Le Titulaire de police a le droit de retourner la présente police pour quelque raison au plus tard :1) dans les quinze (15) jours suivant la date de sa réception; ou 2) dans les quinze (15) jours suivant la date d'entrée en vigueur de la couverture, selon ce qui survient en dernier. La police peut être retournée à la Compagnie par courrier électronique ou en personne. Toute prime payée sera remboursée et la police sera traitée comme si elle n'avait jamais été émise.

10.5 AVIS

Tout avis requis ou autorisé qui est destiné au Titulaire de police ou à la Compagnie ou qui est donné par l'une de ces parties aux termes du présent contrat doit être fourni par écrit et doit être considéré comme ayant été convenablement donné s'il est envoyé par courrier recommandé prépayé à la partie pertinente dont l'adresse est indiquée ci-dessous ou s'il est transmis par télécopieur au numéro indiqué ci-dessous :

Coordonnées du Titulaire de police : **PLAN MAJOR**

Coordonnées de la Compagnie : ***COMPAGNIE D'ASSURANCE AIG DU CANADA***

2 000, avenue McGill College, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 3H3

10.6 AVIS ET PREUVE DE SINISTRE

Le Titulaire de police ou son mandataire, ou un bénéficiaire ayant le droit de présenter une demande de règlement, ou son mandataire, doit donner un avis écrit de sinistre à la Compagnie soit en livrant un tel avis, soit en l'envoyant pas courrier recommandé au siège social de la Compagnie ou à l'adresse indiquée dans la Section 14.5;

(a) au plus tard trente (30) jours à partir de la date de l'accident ou de la Blessure ou du début de la Maladie couverts par la présente Police globale collective;

(b) dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours à partir de la date de l'accident ou de la Blessure ou du début de la Maladie, il doit fournir à la Compagnie une preuve de sinistre tel qu'il est raisonnablement possible de le faire dans les circonstances entourant l'accident, la Blessure ou la Maladie qui en a découlé; et

(c) à la demande de la Compagnie, il doit fournir une attestation provenant d'un Médecin concernant la cause et la nature de l'accident, de la Blessure ou de la Maladie qui en a découlé et est à l'origine de la demande de règlement, et précisant la durée de la Blessure, de la Perte ou de la Maladie.

10.7 DÉFAUT DE FOURNIR UN AVIS OU UNE PREUVE

Le défaut de fournir un avis ou une preuve de sinistre dans les délais prescrits à la Section 14.6 n'annulera pas la validité de la demande de règlement si l'avis est donné ou la preuve est fournie dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, mais en aucun cas après une période d'une (1) année à partir de la date de l'accident ou de la Blessure, s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner l'avis ou de fournir la preuve dans les délais prescrits.

10.8 DROIT D'EXAMEN ET AUTOPSIE

La Compagnie a le droit, et toute Personne assurée présentant une demande de règlement doit lui en accorder la possibilité, de faire subir à la Personne assurée un examen aussi souvent qu'elle juge raisonnable de le faire durant l'étude d'une demande de règlement faite aux termes de la présente et, en cas de décès d'une Personne assurée, de demander une autopsie, sous réserve des lois sur les autopsies dans la province, le territoire ou le pays de résidence de la Personne assurée.

10.9 VERSEMENT DES SOMMES PAYABLES

La Compagnie versera toutes les sommes payables en vertu du présent contrat, dans un délai de soixante (60) jours à compter de la réception d'une preuve de sinistre, suffisante ainsi que d'une preuve établissant la personne ayant droit aux prestationss'y rapportant.

10.10 PRESCRIPTIONS DES ACTIONS

Toute action ou toute poursuite en justice intentée contre la Compagnie pour recouvrer des sommes payables en vertu du contrat est totalement irrecevable à moins d'être engagée dans le délai fixé par la Loi sur les assurances/Insurance Act (Colombie-Britannique, Alberta et Manitoba). Toute action ou toute poursuite en justice intentée contre la Compagnie pour recouvrer des sommes payables en vertu du contrat est totalement irrecevable à moins d'être engagée dans le délai fixé par la Loi sur la prescription des actions (Ontario), sinon dans un délai de un (1) an à compter de la date de l'événement qui survient en dernier parmi les suivants :

(a) la date à laquelle l'accident à l'origine de la Blessure s'est produit;

(b) la date à laquelle la Blessure s'est produite;

(c) la date à laquelle la Perte s'est produite; et

(d) la date à laquelle les frais pour services médicaux sont engagés,

ou toute autre période plus longue prescrite par la loi applicable dans la province ou territoire de résidence de la Personne assurée au Canada.

10.11 PAIEMENT DES DEMANDES DE RÈGLEMENT

La prestation en cas de décès est payable conformément aux dispositions de la Section 10 à moins d'indication contraire dans les présentes :

(a) tout autre cumul des prestations payables mais non encore versées à la date du décès de la personne assuré sont payables à la succession de ce dernier; et

(b) toutes les autres prestations sont payables à la personne assuré, que la personne assuré ou une autre Personne assurée ait subi une perte ou une Blessure ou ait été atteint d'une Maladie.

Section 11
DISPOSITIONS ADDITIONNELLES

11.1 MONNAIE

Toutes les sommes payables en vertu du présent contrat doivent l'être dans la monnaie ayant cours légal au Canada, à moins d'indication contraire.

11.2 CESSION

Le Titulaire de police ne peut pas céder le présent contrat sans le consentement de la Compagnie. Ni l'assurance prévue aux présentes ni les prestations payables ne peuvent être cédées.

11.3 SANS PARTICIPATION

Ni le Titulaire de police ni la Personne admissible ne peuvent participer au profit ou à l'excédent réalisés par la Compagnie.

11.4 LOI APPLICABLE

La relation entre la Compagnie et le Titulaire de police doit être régie et interprétée selon les lois de la province de l'Ontario.

La relation entre la Compagnie et tout Personne admissible doit être assujettie aux lois de la province ou du territoire de résidence de la personne admissible au Canada (ou tout autre territoire dont la personne assuré est résident) à la date à laquelle il devient une Personne admissible.

11.5 CONFORMITÉ AUX LOIS APPLICABLES

Toute disposition de la présente Police globale collective qui entre en conflit avec toute loi fédérale, provinciale ou territoriale ou toute autre loi applicable du lieu de résidence d'une Personne admissible est modifiée par les présentes afin de se conformer aux exigences minimales de la loi en question.

11.6 NON-SUBSTITUTION À L'INDEMNISATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Le présent contrat ne remplace pas les exigences de protection aux termes d'une loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi similaire et n'a aucune incidence sur elles.

11.7 RAPPORT ENTRE LES CONVENTIONS COLLECTIVES ET LE PRÉSENT CONTRAT

Le présent contrat prévaut en cas d'incompatibilité entre ses dispositions et toute convention collective qui s'applique à la personne admissible et à laquelle le Titulaire de police ou l'Employeur est partie.

11.8 ERREUR D'ÉCRITURE

Une erreur d'écriture de la part de la Compagnie ou du Titulaire de police dans la tenue des registres utilisés pour fournir des renseignements n'annulera aucune assurance autrement validement en vigueur d'une Personne assurée, à la condition que la prime appropriée soit versée, pas plus qu'elle ne prolongera l'assurance d'une Personne assurée, autrement validement résiliée, conformément aux dispositions de la présente Police globale collective.

En apposant leur signature ci-dessous, le chef de la direction et le secrétaire de l'assureur acceptent, au nom de l'assureur, toutes les modalités de la présente police.

Président et Chef de la direction
Compagnie d'Assurance AIG du Canada

La présente police n'est pas valide à moins d'avoir été contresignée ci-dessous ou au bas de la page des Déclarations, par l'un des représentants dûment autorisés de la Compagnie, au moment de l'émission.