Old Republic, Compagnie d'assurance du Canada
ASSURANCE ACCIDENT ÉTUDIANT – VOLONTAIRE
Pour la période qui débute le ou après le 1er août 2019

La **police** est composée de ce document et de la **confirmation de couverture**. Prenez le temps de lire ce document puisqu'il contient des renseignements importants concernant la couverture. Les mots en caractères gras ont un sens spécifique que **nous** définissons dans la section I à la page 7. Si vous avez des questions, veuillez **nous** contacter au 1 800 463-5437. Il **nous** fera plaisir de vous aider.

A. EXAMEN GRATUIT DE 10 JOURS

La **police** peut être annulée et remboursée au complet dans les 10 jours suivant l'achat si aucune réclamation n'est en cours.

B. QUI EST ADMISSIBLE À LA COUVERTURE?

Pour être admissible à cette couverture, l'étudiant doit :

a) avoir plus de 6 mois; et
b) avoir moins de 27 ans; et
c) habitez au Canada, sauf le Québec.

Si l'étudiant a 14 ans ou plus à n'importe quel moment au cours de la Période de couverture, il doit être un étudiant à temps plein dans les 12 mois précédant une réclamation. Étudiant à temps plein signifie inscrit à un minimum de 3 cours simultanés pendant n'importe quelle période de 4 mois.

C. PÉRIODE DE COUVERTURE

La couverture de la **police** débute à la date où **nous** ou **notre** représentant autorisé recevons la demande remplie et la prime.

La couverture se termine au plus tôt de :

a) la date d'expiration indiquée sur la **confirmation de couverture**; ou
b) la date où l'**assuré** n'est plus admissible selon la section B.

La **police** est en vigueur 24 heures par jour, 7 jours par semaine au cours de la Période de couverture.

D. EN QUOI CONSISTE LA PROTECTION?

Nous fournissons les indemnités décrites dans la **police** si l'**assuré** se **blesse** à cause d'un **accident** au cours de la Période de couverture. L'indemnité de Maladie grave (voir l'indemnité G5) s'applique qu'il arrive un **accident** ou non. L'indemnité de Voyage (voir l'indemnité G7) s'applique seulement si l'**assuré** est couvert sous le régime Platine et s'il est âgé de 20 ans ou moins au moment d'une réclamation. Toutes les indemnités sont soumises aux Exclusions de la section E, aux Conditions et limitations de la section F et aux Exclusions applicables à l'indemnité de Voyage de la section H.

E. EXCLUSIONS

La **police** ne couvre pas :

1. Les blessures que l'on s'inflige délibérément;
2. La **maladie**, sauf aux termes de l'indemnité de Services de psychologue (voir l'indemnité G3), l'indemnité de Maladie grave (voir l'indemnité G5) et l'indemnité de Voyage (voir l'indemnité G7);
3. L'achat, réparation ou remplacement de lunettes, lentilles de contact, orthèses, bandages herniaires, appareils orthopédiques ou médicaments sur ordonnance sauf comme nous énonçons dans la section G;
4. Les pertes causées directement ou indirectement, en entier ou en partie, si l'**assuré** :
   a) commet un acte criminel ou malicieux;
   b) utilise la drogue, l'alcool ou les médicaments.

En plus, les exclusions qui s'appliquent à l'indemnité de Voyage (l'indemnité G7) sous le régime Platine sont dans la section H.

F. CONDITIONS ET LIMITATIONS

1. L'**assuré** ne peut être couvert que sous un seul régime avec **nous**. Les indemnités se paient selon une **police** seulement.
2. Les indemnités que **nous** payons selon la **police** sont l'excédent de la couverture de l'**assuré** de toute autre source.
3. Outre l' « Examen gratuit de 10 jours » de la Section A, la prime n'est pas remboursable.
4. La **police** ne couvre l'**assuré** que s'il fréquente une école au Canada.
5. Si l'**assuré nous** réclame des sommes, **nous** avons le droit de le faire examiner par un **médecin** jugé apte à **notre** discrétion exclusive.
6. Si l'**assuré nous** réclame des sommes, **nous** sommes automatiquement subrogé à leur droit de les récupérer des tiers et pouvons agir de leur part afin de faire valoir ce droit.
7. Si l'**assuré** réclame des indemnités similaires de **nous** et d'un autre assureur excédentaire, **nous** coordonnons le paiement des indemnités avec l'autre assureur afin de régler la perte réelle admissible.
8. La **police** est soumise aux dispositions statutaires de la Loi sur les assurances de la province ou territoire où l'**assuré** demeure. En cas de différend entre la **police** et la Loi sur les assurances, la Loi prévaudra.

G. INDEMNITÉS

TABLEAU DES INDEMNITÉS MAXIMALES

SECTIONS D'INDEMNITÉ		INDEMNITÉ MAXIMALE DU RÉGIME		
		PLATINE	**OR**	**ARGENT**
1.	**DÉCÈS, INCAPACITÉ, PERTE DE MEMBRES OU PERTE D'USAGE**			
	Incapacité totale et permanente	350 000 $	150 000 $	75 000 $
	Perte de membres ou perte d'usage	150 000 $	150 000 $	75 000 $
	Décès accidentel	30 000 $	20 000 $	15 000 $
	Double indemnité en cas de décès accidentel	60 000 $	40 000 $	30 000 $
2.	**TRAITEMENT DENTAIRE**			
	Traitement dans les 10 ans suivant l'accident	Guide des frais de l'Association dentaire	Guide des frais de l'Association dentaire	Guide des frais de l'Association dentaire
	Traitement après les 10 ans suivant l'accident (par dent)	1 650 $	1 400 $	1 250 $
	Implants (jusqu'à 2 implants par accident)	2 000 $	1 800 $	1 500 $
	Traitement orthodontique	2 500 $	2 500 $	1 500 $
	Dentiers et dents amovibles	500 $	500 $	500 $
3.	**TRAITEMENT ET TRANSPORT MÉDICAL**			
	Frais de chambre d'hôpital	Coût entier	Coût entier	Coût entier
	Ambulance	Coût entier	Coût entier	Coût entier
	Taxi d'urgence à l'établissement médical le plus proche	350 $	350 $	350 $
	Services paramédicaux	800 $	500 $	500 $
	Appareils fonctionnels	1 500 $	1 500 $	1 500 $
	Service de psychologue	1 000 $	750 $	750 $
	Formation spéciale	10 000 $	6 000 $	6 000 $
	Confinement	30 000 $	20 000 $	20 000 $
	Déplacement pour traitement spécialisé	3 000 $	3 000 $	3 000 $
	Déplacement pour un parent/tuteur légal	1 000 $	1 000 $	1 000 $
	Direction d'études	6 000 $	6 000 $	6 000 $
4.	**FRACTURE OU DISLOCATION**			
	Crâne (enfoncé), la colonne vertébrale (3 ou plus de vertèbres)	1 000 $	750 $	750 $
	Crâne (non enfoncé), le bassin, la colonne vertébrale (1 ou 2 vertèbres)	500 $	250 $	250 $
	Hanche, fémur, épaule, humérus, omoplate	300 $	200 $	200 $
	Clavicule, coude, rotule, jambe, avant-bras, main, poignet ou pied	250 $	150 $	150 $
	Maxillaire (sauf le bord alvéolaire), sacrum, coccyx, sternum, Deux ou plus des orteils, doigts ou côtes	200 $	150 $	150 $
	Un orteil, doigt, côte ou un os quelconque non précisé plus haut	150 $	150 $	150 $
5.	**MALADIE GRAVE**			
	Frais d'infirmier	12 500 $	9 000 $	9 000 $
	Hôtel, repas, buanderie, stationnement	3 000 $	3 000 $	3 000 $
6.	**ÉQUIPMENT MÉDICAL**			
	Dommages aux lunettes et lentilles de contact	350 $	300 $	300 $
	Lunettes et lentilles de contact nécessités par une blessure	Coût entier	Coût entier	Coût entier
	Achat des prothèses fonctionnelles ou auditives	5 500 $	5 500 $	5 500 $
	Réparer ou remplacer un prothèse fonctionnelle ou auditive	500 $	300 $	300 $
	Vêtements spéciaux	400 $	400 $	400 $
7.	**VOYAGE**			
	Frais médicaux d'urgence hors province	200 000 $	s.o.	s.o.
	Annulation de voyage	1 000 $	s.o.	s.o.
	Décès accidentel vol aérien	5 000 $	s.o.	s.o.
	Vol de retour d'urgence	1 000 $	s.o.	s.o.
	Rapatriement ou inhumation	5 500 $	s.o.	s.o.

1. DÉCÈS, INCAPACITÉ, PERTE DE MEMBRES OU PERTE D'USAGE

a) Incapacité totale et permanente

Si l'**assuré** se **blesse** à cause d'un **accident** et on le juge **incapacité** de façon **totale et permanente** dû à cet **accident**, **nous** payerons l'indemnité qui correspond au régime choisi un an après la date de l'**accident** et après qu'un **médecin** jugé apte à la discrétion exclusive de la **compagnie** atteste que **l'incapacité totale et permanente** de l'**assuré** est due à l'**accident**. Si d'autres indemnités ont été payées selon la **police**, **nous** les soustrairons de l'indemnité d'Incapacité totale et permanente. Si **nous** payons l'indemnité d'Incapacité totale et permanente, aucunes autres indemnités ne sont payables selon la **police**. Si l'**assuré** décède dans l'année suivant l'**accident**, l'indemnité d'Incapacité totale et permanente n'est pas payable. Si l'**assuré** a 21 ans ou plus au moment de l'**accident**, l'indemnité d'Incapacité totale et permanente est le moindre de 100 000 $ ou l'indemnité maximale du régime choisi.

b) Perte des membres ou perte d'usage

Si l'**assuré** se **blesse** à cause d'un **accident** et perd en conséquence un membre, l'usage d'un membre ou la vue, l'ouïe ou la parole dans l'année qui suit, **nous** payons l'indemnité énoncée dans le **TABELAU DES BLESSURES**, sous réserve des conditions i) à v) plus bas.

Conditions:

i) Si l'**assuré** subit plusieurs **blessures** à cause du même **accident**, **nous** couvrons celle qui paie le plus d'indemnité seulement.

ii) Si l'**assuré** décède dans les 90 jours de l'**accident**, il n'y a pas de couverture selon cette indemnité.

iii) Si **nous** payons d'autres indemnités selon la **police**, **nous** les soustrayons du montant payable ici, sauf dans le cas de prothèses.

iv) Un **médecin** jugé apte à la discrétion exclusive de la **compagnie** doit confirmer que la perte d'usage d'un membre ou la perte de vue, de l'ouïe ou de la parole est permanente et qu'elle existait sans interruption pour au moins un an depuis l'**accident**.

v) Si l'**assuré** a 21 ans ou plus au moment de l'**accident**, **nous** payons le moindre de l'indemnité maximale selon le régime choisi ou 100 000 $.

TABLEAU DES BLESSURES

PERTE	PLATINE	OR	ARGENT
Les deux mains ou les deux pieds à ou au-dessus du poignet ou de la cheville	150 000 $	150 000 $	75 000 $
Une main et un pied à ou au-dessus du poignet ou de la cheville	150 000 $	150 000 $	75 000 $
Une main ou un pied à ou au-dessus du poignet ou de la cheville et la vue d'un œil	150 000 $	150 000 $	75 000 $
La vue des deux yeux	150 000 $	150 000 $	75 000 $
Un bras ou une jambe à ou au-dessus du coude ou du genou ou l'ouïe des deux oreilles ou la parole	45 000 $	45 000 $	22 500 $
Une main ou un pied à ou au-dessus du poignet ou de la cheville, ou la vue d'un œil	30 000 $	30 000 $	15 000 $
La pouce et l'index à ou au-dessus de l'articulation métacarpienne-phalangienne	15 000 $	15 000 $	7 500 $
Un ou plusieurs doigts ou orteils en partie ou en entier	1 500 $	1 500 $	750 $

c) Décès accidentel

Si l'**assuré** subit une **blessure** mortelle à cause d'un **accident**, **nous** payons l'indemnité de décès qui correspond au régime choisi. L'indemnité est payable si le décès a lieu dans l'année qui suit l'**accident**. Si l'**assuré** a 21 ans ou plus au moment de l'**accident**, l'indemnité maximale est de 10 000 $.

d) Double indemnité en cas de décès accidentel

Si l'**assuré** subit une **blessure** mortelle à cause d'un **accident** qui a lieu pendant qu'il monte dans, débarque de ou voyage à bord d'un autobus, tramway, train de métro ou véhicule qui appartient ou qui est loué par une école, **nous** payons le double de l'indemnité de Décès accidentel énoncée plus haut. L'indemnité est payable si le décès a lieu pendant l'année qui suit l'**accident**. Si l'**assuré** a 21 ans ou plus au moment de l'**accident**, l'indemnité maximale est de 20 000 $.

2. TRAITEMENT DENTAIRE

Si l'**assuré blesse** ses dents saines et entières à cause d'un **accident** et nécessite le traitement dentaire dans les 60 jours qui suivent l'**accident**, **nous** le couvrons. De plus, si lesdites dents saines et entières nécessitent un suivi de traitement, **nous** en couvrons le coût pendant les 10 ans qui suivent l'**accident**.

Si cela ne suffit pas parce que les dents de l'**assuré** sont encore en développement, alors le **dentiste** traitant doit **nous** contacter dans les 90 jours après l'**accident** et expliquer pourquoi l'achèvement du traitement prendra plus de temps. Après 10 ans, **nous** couvrons les frais jusqu'au montant énoncé dans le Tableau des indemnités maximales.

Si l'**assuré** nécessite le traitement orthodontique à cause de la **blessure** dentaire, **nous** le couvrons jusqu'au montant énoncé dans le Tableau des indemnités maximales. Les délais énoncés plus haut s'appliquent.

Si l'**assuré** se casse le dentier ou les dents amovibles à cause d'un **accident** et nécessite le traitement d'un **médecin** ou d'un **dentiste** dans les 30 jours qui suivent l'**accident**, **nous** couvrons le coût de les réparer ou remplacer jusqu'au montant énoncé dans le Tableau des indemnités maximales.

Conditions:

i) L'évaluation d'une réclamation tient compte du guide de tarification des praticiens généraux de l'Association dentaire en vigueur au moment et au lieu où le **dentiste** de l'**assuré** fournit le traitement;
ii) Si les dents de l'**assuré** ont des couronnes dentaires, **nous** les considérons comme saines et entières;
iii) Si plusieurs méthodes de traitement sont acceptables du point de vue professionnel, **nous** couvrons la méthode la moins chère seulement;
iv) Si l'**assuré** a besoin d'implants dentaires à cause d'un **accident**, **nous** couvrons jusqu'à 2 implants par **accident** et payons jusqu'à l'indemnité maximale énoncée dans le Tableau des indemnités maximales par implant;
v) Si l'**assuré** a 21 ans ou plus au moment de l'**accident**, **nous** couvrons jusqu'à 1 an de soins dentaires;
vi) Il n'y a pas de couverture pour les visites dentaires de routine ou de maintenance, y compris mais non limité aux nettoyages et obturations;
vii) Il n'y a pas de couverture pour les dents artificielles ou pour les dentiers, sauf comme spécifiquement énoncée;
viii) Il n'y a pas de couverture pour le traitement cosmétique ou esthétique.

3. TRAITEMENT ET TRANSPORT MÉDICAL

a) Frais de chambre d'hôpital

Si l'**assuré** se **blesse** à cause d'un **accident** et est **hospitalisé** au Canada pendant plus de 24 heures sans interruption dans les 30 jours qui suivent l'**accident**, **nous** couvrons les frais d'une chambre privée ou semi-privée pendant jusqu'à 1 an. De plus, **nous** couvrons jusqu'à 25 $ par jour les frais des services téléphonique et WiFi. L'**assuré** doit être adhérent à un régime d'assurance maladie gouvernemental au Canada pour toucher cette indemnité.

b) Transport d'urgence

Si l'**assuré** se **blesse** à cause d'un **accident** et voyage par ambulance à l'établissement médical le plus près pour de l'aide, **nous** en couvrons les frais. S'il y va en taxi ou par un autre moyen de transport, **nous** payons jusqu'au montant énoncé dans le Tableau des indemnités maximales.

c) Services paramédicaux

Si l'**assuré** se **blesse** à cause d'un **accident** et un chiropraticien, ostéopathe, physiothérapeute, thérapeute en sport ou infirmier autorisé légalement accrédité commence à traiter la **blessure** de l'**assuré** dans les 30 jours, **nous** payons jusqu'à un maximum de 100 $ par visite jusqu'au montant énoncé dans le Tableau des indemnités maximales pour tous les fournisseurs. **Nous** ne couvrons pas la massothérapie.

d) Appareils fonctionnels

Si l'**assuré** se **blesse** à cause d'un **accident** et a besoin de béquilles, d'attelles, d'un bandage herniaire, appareil orthopédique, médicaments sur ordonnance, tout type de plâtre ou la location d'un fauteuil roulant ou d'un lit de type hôpital dû à l'**accident**, **nous** le couvrons jusqu'au montant énoncé dans le Tableau des indemnités maximales. Une attelle, appareil orthopédique ou orthèse porté pour faire du sport ou aux fins non thérapeutiques n'est pas couvert.

e) Services de psychologue

Si l'**assuré** décède, perd un membre ou l'usage d'un membre, perd la vue, l'ouïe ou la parole ou s'il est diagnostiqué avec une Maladie grave et le **médecin** de l'**assuré** recommande les services d'un psychologue autorisé pour l'**assuré**, ses parents, son tuteur légal et/ou ses frères et sœurs, **nous** en couvrons les frais jusqu'au montant énoncé dans le Tableau des indemnités maximales.

f) Formation spéciale

Si l'**assuré** se **blesse** à cause d'un **accident** et nécessite une formation spéciale afin d'occuper un poste rémunéré, **nous** la couvrons pendant jusqu'à 3 ans suivant l'**accident**. **Nous** la couvrons jusqu'au montant énoncé dans le Tableau des indemnités maximales, incluant 150 $ par jour pour hôtel et repas si la formation se situe à plus de 160 km d'où l'**assuré** demeure.

g) Confinement

Si l'**assuré** se **blesse** à cause d'un **accident** et demeure confiné dans un **hôpital** ou chez lui, sans interruption sauf pour les déplacements aux rendez-vous médicaux, **nous** payons jusqu'à 750 $ par mois sous le régime Platine et jusqu'à 500 $ sous les régimes Or ou Argent. Cette indemnité débute au 31^{e} jour de confinement continu sous le soin d'un **médecin** et se termine soit à la fin du confinement continu ou après 40 mois, selon ce qui arrive en premier. **Nous** couvrons seulement une période de confinement continu par **accident**.

h) Frais de déplacement pour traitement spécialisé

Si l'**assuré** se **blesse** à cause d'un **accident** et dans l'année qui suit il nécessite un traitement spécialisé qui se situe à plus de 160 km d'où il demeure, **nous** couvrons ses frais de déplacement jusqu'au montant énoncé dans le Tableau des indemnités maximales. Cette indemnité est limitée à 60 $ par jour.

i) Frais de déplacement pour un parent/tuteur légal

Si l'**assuré** est un patient **hospitalisé** à cause d'un **accident** et le **médecin** traitant recommande que sa mère, son père ou son tuteur légal soit à ses côtés, **nous** couvrons les frais de déplacement par l'entremise d'un transporteur public jusqu'au montant énoncé dans le Tableau des indemnités maximales.

j) Direction d'études

Si l'**assuré** se **blesse** à cause d'un **accident** et demeure confiné dans un **hôpital** ou chez lui sous le soin d'un **médecin** pendant plus de 30 jours sans interruption, **nous** couvrons les frais d'enseignement et les équipements dont il a besoin jusqu'au montant énoncé dans le Tableau des indemnités maximales. **Nous** payons jusqu'à 30 $ l'heure pour qu'un enseignant dirige les études de l'**assuré** pendant jusqu'à 6 mois et le coût de louer les équipements et logiciels recommandés par le conseil scolaire.

4. FRACTURE OU DISLOCATION

Si l'**assuré** se **blesse** à cause d'un **accident** et se fracture or disloque une partie de son corps, **nous** payons l'indemnité qui correspond à la **blessure** telle qu'indiqué dans le Tableau des indemnités maximales. S'il subit plusieurs **blessures** à cause du même **accident**, **nous** couvrons celle qui paie le plus d'indemnité seulement.

5. MALADIE GRAVE

Si l'**assuré** est diagnostiqué pour la première fois avec l'une des Maladies graves suivantes au cours de la Période de couverture, **nous** couvrons les frais des traitements et services énumérés ci-dessous pendant jusqu'à 3 ans depuis le premier diagnostic du **médecin**.

Maladies graves :

SIDA (Syndrome d'immunodéficience acquise)	Leucémie	Poliomyélite
Cancer	Méningite	Rage
Cardiomyopathie	Sclérose en plaques	Fièvre scarlatine
Diphtérie	Dystrophie musculaire	Tétanos
Encéphalite	Myocardite	Tularémie
Syndrome hémolytique urémique (Insuffisance rénale due à une infection bactérienne E-coli)	Fasciite nécrosante	Typhoïde

Les traitements et services suivants sont fournis jusqu'au montant énoncé dans le Tableau des indemnités maximales :

- un infirmier autorisé;
- 125 $ par jour pour les frais d'hôtel, repas, buanderie et stationnement associés à la Maladie grave si le **médecin** recommande que la mère, le père ou le tuteur légal de l'**assuré** soit à ses côtés pendant son hospitalisation.

6. ÉQUIPEMENT MÉDICAL

a) Lunettes et lentilles de contact

Si l'**assuré** se **blesse** à cause d'un **accident** et nécessite le traitement d'un **médecin** dans les 30 jours qui suivent parce qu'il :

a) endommage ou brise ses lunettes ou lentilles de contact; ou

b) nécessite des lunettes ou lentilles de contact pour la première fois,

nous payons jusqu'au montant énoncé dans le Tableau des indemnités maximales pour les réparer ou remplacer ou pour en acheter des neuves. **Nous** ne couvrons pas le remplacement normal de lunettes ou lentilles de contact si la prescription change ou si elles sont perdues.

b) Prothèses fonctionnelles

Si l'**assuré** se **blesse** à cause d'un **accident** et un **médecin** prescrit un membre articifiel, un œil artificiel et/ou un appareil auditif, **nous** en couvrons l'achat dans les 3 ans qui suivent l'**accident**, jusqu'au montant énoncé dans le Tableau des indemnités maximales. Si l'**assuré** endommage ou brise son membre artificiel, œil artificiel et/ou appareil auditif dû à un **accident**, **nous** en couvrons la réparation ou remplacement jusqu'au montant énoncé dans le Tableau des indemnités maximales.

c) Vêtements spéciaux

Si l'**assuré** se **blesse** à cause d'un **accident** et un **médecin** recommande des vêtements spéciaux de protection, **nous** en couvrons le coût jusqu'au montant énoncé dans le Tableau des indemnités maximales.

7. VOYAGE (RÉGIME PLATINE SEULEMENT SI L'ASSURÉ A 20 ANS OU MOINS AU MOMENT DE LA RÉCLAMATION)

a) Frais médicaux d'urgence hors province

Si l'**assuré** voyage au cours de la Période de couverture et tombe **malade** ou subit une **blessure** à l'extérieur de la province ou territoire où il demeure et nécessite un **traitement d'urgence**, **nous** le couvrons. S'il est **malade**, ça ne doit pas être à cause d'une **condition médicale préexistante**. **Nous** couvrons le **traitement d'urgence** d'un **médecin**, infirmier autorisé, **hôpital**, clinique de radiologie, service d'ambulance terrestre ou jusqu'à 1 000 $ pour le transport ambulancier alternatif raisonnable au besoin. **Nous** couvrons le coût de béquilles, appareils orthopédiques, attelles, bandages herniaires ou autres prothèses, médicaments d'urgence, sang et/ou plasma, et la

location d'un fauteuil roulant et/ou d'un lit de type hôpital. **Nous** ne couvrons pas les services d'un membre de la famille.

Par rapport au traitement d'urgence, l'assuré ou quelqu'un qui l'accompagne doit notifier le service d'assistance d'urgence tout de suite. Notre service d'assistance d'urgence doit autoriser tout traitement d'urgence.

ASSISTANCE D'URGENCE 24 HEURES
1 800 334-7787 (Canada/États-Unis)
ou d'ailleurs à frais virés 1 905 667-0587

Une fois le **traitement d'urgence** est terminé, **nous** avons le droit de retourner l'**assuré** au lieu de départ du voyage. Si le **médecin** traitant, se basant sur les preuves médicales, dit que l'**assuré** est assez en santé pour voyager sans danger à sa vie ou à sa santé, **nous** procéderons à organiser le voyage. Si l'**assuré** refuse de se laisser retourner au lieu de départ du voyage, toutes les indemnités cessent immédiatement.

Si **nous** retournons l'**assuré** au lieu de départ du voyage et il décide de retourner à la destination du voyage ou de rejoindre l'itinéraire du voyage ou circuit, la **police** ne couvrira pas l'**assuré**.

Le maximum global possible sous cette indemnité est de 200 000 $ si l'**assuré** est adhérent à un régime d'assurance maladie gouvernemental, et 5 000 $ s'il ne l'est pas.

La **compagnie** et le service d'assistance d'urgence que **nous** désignons sont à votre service selon les conditions, limitations et exclusions de la **police**. Les fournisseurs médicaux que **nous** suggérons lorsqu'on nous demande de l'aide ne sont pas **nos** employés. Ni **nous** ni le service d'assistance d'urgence ne sont responsables de leur négligence ou autres actes ou omissions. Ni **nous** ni le service d'assistance d'urgence ne sont responsables du **traitement d'urgence** ou des services que vous recevez ou non, ni de la disponibilité, qualité, quantité ou résultats de ceux-ci.

b) Annulation de voyage

Si l'**assuré** annule son voyage avant qu'il ne débute à cause de sa **maladie**, **blessure** ou décès, **nous** payons le moindre de 1 000 $ ou les frais d'annulation en vigueur dans les 72 heures de l'ordre du **médecin**. **Nous** ne couvrons aucun autre motif d'annulation. Un **médecin** doit attester par écrit sur la **maladie** ou **blessure** et sur la nécessité d'annuler le voyage en conséquence. **Nous** ne couvrons pas l'annulation due aux troubles émotifs ou mentaux, à moins d'être **hospitalisé**.

c) Décès accidentel vol aérien

Si l'**assuré** décède à cause d'un **accident** de vol aérien dans les 90 jours qui le suivent, **nous** payons l'indemnité de Décès accidentel plus 5 000 $. L'**assuré** doit être un passager payant à bord du vol d'une **ligne aérienne de service régulier**. **Nous** ne couvrons pas les pilotes, les opérateurs ou les membres d'équipage.

d) Vol de retour d'urgence

Si l'**assuré** doit retourner chez lui pendant son voyage à cause de sa **maladie** ou **blessure**, **nous** payons les frais du vol imprévu vers le lieu de départ du voyage. **Nous** ne couvrons aucun autre motif d'interruption de voyage. Le **médecin** traitant doit attester par écrit sur la **maladie** ou **blessure** de l'**assuré**. **Nous** payons le moindre de : i) un tarif aérien aller seulement en classe économique; ii) les frais de changer le billet existant; ou iii) 1 000 $. Si l'**assuré** se fait rembourser son billet existant, **nous** soustrayons ce montant de l'indemnité que **nous** payons.

e) Rapatriement ou inhumation

Si l'**assuré** décède à l'extérieur de la province ou territoire où il demeure à cause d'un évènement couvert par la **police**, **nous** payons les frais de rapatrier sa dépouille au lieu de départ du voyage ou d'inhumer ou incinérer sa dépouille au lieu du décès. **Nous** ne couvrons pas le coût d'une pierre tombale, d'un cercueil et/ou d'un service funéraire.

H. EXCLUSIONS APPLICABLES À L'INDEMNITÉ DE VOYAGE (G7)

L'indemnité de Voyage ne couvre pas :

1. Les **conditions médicales préexistantes** (voir la définition dans la section I);
2. Les conditions médicales qui renverseraient la décision de voyager d'une personne normalement prudente;
3. La guerre déclarée ou non, les hostilités, la guerre civile, une émeute, insurrection, invasion ou le terrorisme;
4. La participation à l'entraînement des forces militaires, à des exercices ou manœuvres reliés, aux évènements sportifs professionnels ou à des courses à moteur;
5. La participation à l'alpinisme, parachutisme, au saut en chute libre, au parachutisme ascensionnel, au saut en bungee, au vol à voile, au pilotage d'un aéronef ou aux activités professionnelles sous l'eau;
6. Une réclamation qui va contre la loi d'un régime gouvernemental ou subdivision politique du Canada;
7. La grossesse, la fausse couche, l'accouchement ou les complications dans les 2 mois de la date prévue de l'accouchement;
8. Les voyages entrepris afin d'organiser ou bénéficier des services médicaux, **hospitaliers** ou dentaires;
9. Les dépenses engagés à l'intérieur de la province ou territoire où l'**assuré** demeure;
10. Une perte qui survient plus de 30 jours après que l'**assuré** quitte la province ou territoire où il demeure;
11. La thérapie associée à la condition médicale de l'**assuré**; ou

12. Les services **hospitaliers** ou médicaux lorsqu'il n'y a pas d'urgence; ou
13. Les frais si l'**assuré** est âgé de 21 ans ou plus au moment d'une réclamation.

I. DÉFINITIONS

Accident : un évènement imprévu qui est au-delà du contrôle de l'**assuré.**

Assuré: la personne qui est nommée sur la **confirmation de couverture**, qui est admissible à la couverture et pour qui la prime requise a été payée.

Blessure, **blessé** : un préjudice corporel soudain qui est causé par un **accident** et qui incite l'**assuré** à chercher un **traitement d'urgence**.

Compagnie, **nous**, **nos**, **notre** : Old Republic, Compagnie d'assurance du Canada, Hamilton, Ontario.

Condition médicale préexistante : une condition médicale ou condition y associée qui nécessitait un traitement ou des médicaments prescrits n'importe quand dans la période de 90 jours avant le début du voyage de l'**assuré**.

Confirmation de couverture : le document qui identifie l'**assuré** nommé.

Dentiste : une personne, autre qu'un membre de la famille, qualifiée selon la loi à pratiquer la médecine dentaire au lieu où les services sont fournis.

Hôpital, **hospitalier**, **hospitalisé** : un établissement autorisé dont le personnel et les installations servent aux soins et traitement des patients alités. Le traitement doit être supervisé par un **médecin** et des infirmiers autorisés doivent être en poste 24 heures par jour. Il doit y avoir un laboratoire et une salle d'opération sur les lieux ou ailleurs sous le contrôle de l'établissement. Un hôpital n'est pas un établissement utilisé principalement comme un clinique, centre de soins à long terme ou de soins palliatifs, centre de réadaptation ou de traitement des toxicomanes, maison de convalescence, de repos ou de soins infirmiers, foyer pour personnes âgées ou station de cure.

Incapacité totale et permanente : l'**assuré** ne peut jamais occuper un poste.

Ligne aérienne de service régulier : une ligne aérienne autorisée au transport de passagers payants. Elle publie un horaire régulier et inclut les vols nolisés ou les voyagistes autorisés.

Malade, maladie : un trouble ou problème de santé qui nécessite un **traitement d'urgence** ou des soins **hospitaliers**. Maladie n'inclut pas les troubles émotifs ou mentaux à moins d'être **hospitalisé**.

Médecin : une personne, autre qu'un membre de la famille, qualifiée selon la loi à pratiquer la médecine au lieu où les services médicaux sont fournis.

Police : ce document et la **confirmation de couverture** que **nous** émettons lorsque la prime requise est payée.

Traitement d'urgence : tous soins médicaux immédiats et nécessaires qu'un **médecin** fournit pour prévenir ou réduire le danger existant à la vie ou à la santé.

J. PROCÉDURE DES RÉCLAMATIONS

1. Votre numéro de **police** se trouve sur la **confirmation de couverture.** S.V.P. l'inscrire sur toute correspondance avec **nous**.
2. Pour obtenir un formulaire de réclamation, téléchargez-le directement de **notre** site Web www.manitobastudentinsurance.ca ou contactez-**nous** sans frais au 1 800 463-5437.
3. Pour entamer une réclamation selon la **police** qui **nous** lie :
   a) Il faut **nous** notifier concernant l'évènement qui l'a causée dans les 60 jours.
   b) Vous devez remplir un formulaire de réclamation, y annexer un rapport médical ou dentaire et **nous** soumettre le tout dans les 90 jours de l'évènement qui l'a causée.
4. Soumettez le formulaire de réclamation et les rapports par la poste à :
   Old Republic, Compagnie d'assurance du Canada
   Service de réclamations Accident étudiant
   C. P. 557
   Hamilton, Ontario L8N 3K9

   ou par courriel à admin@manitobastudentinsurance.ca
5. **Nous** payons les indemnités :
   a) à l'**assuré**; ou
   b) à la succession de l'**assuré**; ou
   c) à la mère, au père ou au tuteur légal de l'**assuré** s'il a moins de 18 ans.
6. **Nous** évaluons les réclamations selon les modalités de la **police**. Si vous êtes en désaccord avec la façon dont **nous** avons évalué la réclamation, vous avez 2 ans de la date où la réclamation est payable ou aurait été payable afin d'entamer une action en justice.

K. POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ

La **compagnie** s'engage à protéger votre droit à la vie privée. La collecte de renseignements personnels à propos de vous est essentiel afin de pouvoir vous offrir des produits et services d'assurance de haute qualité. Les renseignements que vous fournissez serviront seulement à déterminer votre admissibilité à la couverture de la **police**, à évaluer les risques d'assurance, à gérer et évaluer les réclamations et à négocier ou régler des paiements aux tiers. Il se peut que ces renseignements soient divulgués aux tiers tels les autres

compagnies d'assurance, organismes de santé et régimes d'assurance maladie gouvernementaux afin d'évaluer et traiter une réclamation. Dans les cas où il faut divulguer vos renseignements à un tiers qui mènent ses affaires à l'extérieur du Canada, il est possible que ces renseignements viennent sous le regard du gouvernement du pays où le tiers mène ses affaires. **Nous** prenons grand soin afin de maintenir la précision, confidentialité et sécurité de vos renseignements personnels.

Notre politique de confidentialité établit une norme élevée quant à la collecte, utilisation, divulgation et stockage de renseignements personnels. Si vous avez des questions concernant la politique de confidentialité de la **compagnie**, veuillez contacter **notre** Officier de la protection de la vie privée par téléphone au 905 523-5587 ou par courriel à : privacy@oldrepublicgroup.com.

Assureur :
Old Republic, Compagnie d'assurance du Canada

Paul M. Field, CPA, CA
Président et Chef de la direction

MANFSA1920