

GUIDE DE DISTRIBUTION

Nom du produit d'assurance : Assurance Maladie en Voyage BMO 31 Jours

Type de produit d'assurance : Assurance voyage collective

Coordonnées de l'assureur :

Nom : Division canadienne de la Compagnie d'assurance Allianz Risques Mondiaux É.-U.

Adresse : a/s Allianz Global Assistance
4273 King Street East
Kitchener, Ontario
N2P 2E9

Téléphone : 1-519-741-0782 ou 1-877-704-0341

Télécopieur : 1-519-742-8553

Coordonnées du distributeur :

Nom : Centre de contact pour les clients BMO

Adresse : C.P. 11064, Station Centre-ville
Montréal, Québec
H3C 5A2

Téléphone : 1 800 263-2263

Télécopieur : 1 866 859-2088

L'Autorité des marchés financiers ne s'est pas prononcée sur la qualité des produits offerts dans le présent guide. L'assureur est seul responsable des divergences entre les libellés du guide et de la Police.

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION	1
2	DESCRIPTION DU PRODUIT OFFERT	1
2.1	NATURE DE LA GARANTIE	1
2.2	SOMMAIRE DES CONDITIONS PARTICULIÈRES	1
2.2.1	Admissibilité	1
	(i) Admissibilité à l'Assurance maladie en voyage BMO 31 jours.....	1
	(ii) Services d'assistance	2
2.2.2	Confirmation de l'assurance	2
2.2.3	Annulation de l'assurance	2
2.2.4	Date de prise d'effet et de fin de l'assurance	2
2.2.4.1	Date de prise d'effet de l'assurance	2
2.2.4.2	Prolongation de l'assurance soins médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays	2
	(i) Prolongation facultative l'assurance	2
	(ii) Prolongation automatique de l'assurance	3
2.2.4.3	Fin de l'assurance et de la couverture	3
2.2.5	Description de la garantie	4
	(i) Soins médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays	4
	(ii) Services d'assistance relatifs à l'assurance soins médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays	7
2.3	LIMITES ET EXCLUSIONS	7
2.4	DISPOSITIONS GÉNÉRALES	10
2.5	CONDITIONS	10
2.6	AVIS DE SINISTRE ET DEMANDE DE RÉGLEMENT	11
2.6.1	Que faire en cas d'Urgence médicale.....	11
2.6.2	Avis et preuve de sinistre	11
2.6.3	Demande de règlement	12
2.6.4	Défaut de présenter un avis ou de fournir une preuve de sinistre	12
2.6.5	Réponse de l'assureur	13
2.6.6	Faire appel de la décision de l'assureur	13
2.7	NOS COORDONNÉES	13
3	PROTECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	13
4	PRODUITS SIMILAIRES	14
5	RÉFÉRENCE À L'AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS	14
6	DÉFINITIONS	15
7	AVIS DE RÉOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE	18

1 INTRODUCTION

Ce guide de distribution décrit les caractéristiques et les garanties de l'Assurance maladie en voyage BMO 31 jours offerte en vertu de la Police d'assurance collective numéro FC310000-A (ci-après 'Police') émise par la division canadienne de la Compagnie d'assurance Allianz Risques Mondiaux É.-U. (ci-après 'Allianz') à Banque de Montréal (ci-après 'titulaires de la Police' 'BMO') aux titulaires admissibles d'une carte MasterCard BMO dont le Compte est En règle et, lorsque prévu, à leur Conjoint, leurs Enfants à charge et/ou certaines autres personnes (ci-après, 'Vous', 'Votre', et 'Vos' correspondent à l'ensemble de ces personnes).

La présente assurance est administrée par Allianz Global Assistance par l'intermédiaire de son Centre des opérations.

Seule BMO est habilitée à déterminer si une personne est Titulaire principal, et si un Compte est En règle et, par conséquent, si l'assurance décrite aux présentes est en vigueur.

Nul ne peut être couvert par plus d'un Certificat d'assurance prévoyant des garanties semblables à celles prévues par les présentes. Toute personne inscrite chez Nous comme 'Personne assurée' en vertu de plusieurs certificats d'assurance offrant la même couverture sera réputée être assurée uniquement par celui comportant le montant d'assurance le plus élevé. Le Certificat d'assurance qui vous sera transmis si Vous êtes admissible remplace tout autre certificat Vous ayant été émis antérieurement. Une corporation, une entreprise en partenariat ou une entreprise de personnes ne sont en aucun cas admissibles à la couverture d'assurance décrite aux présentes.

Ce guide de distribution Vous permettra de déterminer, sans avoir recours à un conseiller en assurance, si les garanties offertes par ce produit conviennent à Vos besoins en matière d'assurance voyage

L'Assurance maladie en voyage BMO 31 jours ne couvre que les Pertes découlant de circonstances soudaines et imprévisibles. Il est important que Vous lisiez attentivement et compreniez les limites et exclusions de l'assurance énoncées dans le présent guide de distribution.

Dans ce guide de distribution, certains termes dont la première lettre est une majuscule ont une signification particulière. Ces termes sont définis à la section « Définitions ».

2 DESCRIPTION DU PRODUIT OFFERT

2.1 NATURE DE LA GARANTIE

L'Assurance maladie en voyage BMO 31 jours vous offre une protection à l'égard de certains frais liés à une Urgence médicale, soit :

- hospitalisation, service ambulancier et soins médicaux;
- des Traitements pour Soins dentaires d'urgence;
- le transport ou l'évacuation par avion ambulance en cas d'urgence.

Cette assurance comprend également des services d'assistance médicale et d'urgence en voyage.

2.2 SOMMAIRE DES CONDITIONS PARTICULIÈRES

2.2.1 Admissibilité

(i) Admissibilité à l'Assurance maladie en voyage BMO 31 jours

Pour être admissible à l'Assurance maladie en voyage BMO 31 jours, Vous devez répondre à toutes les conditions suivantes :

- Être Titulaire principal d'un Compte MasterCard En règle;
- Être âgé de moins de soixante-cinq (65) ans à la date de l'achat ou à la date de Votre renouvellement annuel (en ce qui concerne les Enfants à charge, veuillez consulter la définition de ce terme pour connaître l'âge limite);
- Être résident du Canada; **et**
- Être assuré en vertu du RPAM.

ATTENTION

Si l'une des conditions d'admissibilité n'est pas rencontrée, l'Assurance maladie en voyage BMO 31 jours que Vous avez achetée sera annulée.

Vous **n'avez pas** à imputer le coût de Votre voyage à Votre carte MasterCard pour être admissible à l'Assurance maladie en voyage BMO 31 jours à **condition que Votre Compte MasterCard soit En règle.**

(ii) Services d'assistance

Vous n'avez pas à utiliser Votre carte MasterCard pour être admissible aux services d'assistance voyage et d'assistance juridique.

2.2.2 Confirmation de l'assurance

Si Vous êtes admissible à la garantie que vous avez choisie, Vous recevrez une confirmation de couverture par la poste ainsi qu'un Certificat d'assurance.

2.2.3 Annulation de l'assurance

Si, dans les **dix (10) jours** suivant la date d'achat de l'assurance, Vous Nous avisez que cette assurance ne répond pas à Vos besoins, Nous Vous rembourserons en totalité si Vous n'êtes pas déjà parti en Voyage et si Vous n'avez pas présenté de demande de règlement. Les remboursements ne peuvent être faits que si le Centre des opérations reçoit Votre demande de remboursement avant Votre Date de départ prévue.

2.2.4 Date de prise d'effet et de fin de l'assurance

2.2.4.1 Date de prise d'effet de l'assurance

Votre couverture **prend effet** le jour où BMO reçoit et approuve la demande du Titulaire principal quant à l'ajout à son compte de cette option d'assurance.

Votre couverture de **trente et un (31) jours** pour l'assurance soins médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays entre en vigueur à Votre Date de départ de Votre province ou territoire de résidence, à condition que Votre Compte soit En règle.

2.2.4.2 Prolongation de l'assurance soins médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays

Votre Période de couverture peut être prolongée aux conditions suivantes :

(i) Prolongation facultative l' assurance

Votre Période de couverture peut être prolongée aux conditions suivantes :

- aucun événement donnant lieu à une demande de règlement en vertu de la présente assurance ne soit survenu; **et**
- Vous demandez une prolongation par téléphone avant la date prévue de Votre retour.

Pour demander une prolongation, Vous devez communiquer avec le Centre des opérations au 1 877 704-0341 en Amérique du Nord; ailleurs dans le monde, à frais virés au 1 519 741-0782. **Le paiement de la prime doit être porté à Votre Compte BMO MasterCard.**

ATTENTION

La durée totale de Votre Voyage, prolongations comprises, ne peut dépasser le nombre de jours permis en vertu du RPAM de Votre province (183 jours ou plus selon Votre province ou territoire de résidence).

(ii) Prolongation automatique de l'assurance

Votre période de couverture sera automatiquement prolongée si, à la date prévue de Votre retour, celle-ci doit être retardé en raison d'Urgence médicale.

Votre couverture restera en vigueur pendant toute la durée de Votre séjour à l'Hôpital, plus une période de **trois (3) jours** après que vous ayez reçu Votre congé de l'Hôpital.

Votre Période de couverture est également automatiquement prolongée de trois (3) jours dans les cas suivants :

- Vous ne pouvez revenir à la date de retour prévue à cause du retard de l'avion, de l'autobus, du navire ou du train à bord duquel Vous voyagez;
- Vous ne pouvez revenir à la date de retour prévue parce que le moyen de transport personnel à bord duquel Vous voyagez a été impliqué dans un accident ou a subi une panne mécanique; **ou**
- Vous devez retarder le retour prévu à cause d'une Urgence médicale touchant une autre Personne assurée.

2.2.4.3 Fin de l'assurance et de la couverture

Cette assurance prend fin **dès que l'un des événements suivants survient** :

- la date à laquelle la Personne assurée cesse d'être admissible;
- la date à laquelle BMO ne considère plus le Compte comme étant admissible;
- à 00 : 01h à la date où le Titulaire principal annule cette couverture ou décide de fermer le Compte MasterCard; **ou**
- la date à laquelle la Police arrive à échéance.

Votre Période de couverture pour l'assurance soins médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays peut prendre fin avant les dates précitées, à la première des éventualités suivantes :

- la date à laquelle Vous revenez dans Votre province ou territoire de résidence au Canada;
- la date à laquelle Votre Compte est annulé;
- la date à laquelle Votre Compte cesse d'être En règle;
- Votre prochaine date de renouvellement annuel de l'année dans laquelle Vous atteignez l'âge de soixante-cinq (65) ans en vertu de l'Assurance maladie en voyage BMO 31 jours; **ou**
- à 00 : 01h, le 31e jour suivant Votre Date de départ (incluant le jour de Votre départ) en vertu de l'Assurance maladie en voyage BMO 31 jours.

2.2.5 Description de la garantie

(i) Soins médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays

A. Risques couverts

L'assurance soins médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays couvrent les Frais raisonnables et habituels (**jusqu'à concurrence de 2 000 000 \$ par Personne assurée** ou selon les limites expliquées ci-dessous) pour les Services assurés suivants découlant d'une Urgence médicale qu'aurait subi une Personne assurée pendant la Période de couverture.

ATTENTION

Tout Traitement ou service non mentionné ci-dessous n'est pas couvert.

Ni Nous, ni le Centre des opérations, ni BMO n'assumons quelque responsabilité que ce soit relativement à la disponibilité, la qualité et les résultats d'un Traitement médical, du transport ou du fait, pour une Personne assurée, de ne pas obtenir de Traitement médical.

1. Frais médicaux, d'hospitalisation et d'ambulance

Nous couvrons :

- le coût de la chambre et des repas à l'Hôpital, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre à deux lits ou l'équivalent;
- si cela est Nécessaire du point de vue médical, les dépenses liées aux Traitements reçus à l'unité des soins intensifs ou des soins coronariens;
- les Traitements d'un Médecin;
- les radiographies et autres actes diagnostiques;
- l'utilisation d'une salle d'opération, l'anesthésie et les pansements chirurgicaux;
- le coût du transport par un service d'ambulance autorisé;
- les frais liés aux soins reçus en salle d'urgence;
- les médicaments d'ordonnance, jusqu'à concurrence d'un approvisionnement de trente (30) jours; **et**
- la location ou l'achat de petits appareils médicaux comme :
 - fauteuils roulants; **et**
 - béquilles.

2. Soins infirmiers en service privé

Les services Nécessaires du point de vue médical reçus d'une infirmière ou d'un infirmier autorisé (qui ne Vous est pas apparenté par les liens du sang ou du mariage) pendant Votre hospitalisation et prescrits par le Médecin traitant sont **couverts jusqu'à concurrence de 5 000 \$** par Personne assurée.

3. Évacuation ou transport aérien d'urgence

Les dépenses suivantes sont admissibles, **pourvu qu'elles soient autorisées et coordonnées à l'avance par le Centre des opérations** :

- le transport par ambulance aérienne jusqu'à l'établissement médical compétent le plus proche ou jusqu'à un Hôpital au Canada;
- le transport par une compagnie aérienne autorisée pour ramener d'urgence la Personne assurée dans sa province ou son territoire de résidence pour qu'il y reçoive immédiatement des soins médicaux; **et**
- l'accompagnement par un auxiliaire médical au cours du vol de retour au Canada.

ATTENTION

Le transport aérien d'urgence et les frais afférents doivent être autorisés et coordonnés à l'avance par le Centre des opérations.

4. Autres services professionnels

Lorsque les services suivants Nécessaires du point de vue médical obtenus auprès d'un :

- physiothérapeute;
- chiropraticien;
- ostéopathe;
- podologue; **et**
- podiatre

sont requis, ils sont couverts **jusqu'à concurrence de 150 \$** par Personne assurée, par profession.

5. Soins dentaires d'urgence

Le coût de la réparation ou du remplacement de dents naturelles ou de prothèses fixes, devenu nécessaire par suite d'une Blessure à la bouche est couvert **jusqu'à concurrence de 2 000 \$** par Personne assurée.

ATTENTION

Les accidents liés à la mastication ne sont pas couverts.

Les soins d'urgence obtenus pour soulager un mal de dents sont couverts **jusqu'à concurrence de 150 \$** par Personne assurée.

ATTENTION

Pour être admissible à la couverture, le Traitement dentaire doit avoir lieu pendant Votre Voyage.

6. Transport au chevet du malade

Cette assurance couvre le coût d'un Billet d'avion aller-retour en classe économique par l'itinéraire le plus direct depuis le Canada et selon celui le plus économique est couvert, ainsi que les frais d'hébergement et de repas **jusqu'à concurrence de 250 \$**, pour qu'un Membre de la famille immédiate de la Personne assurée :

- puisse se rendre au chevet de la Personne assurée si celui-ci voyage seul et est admis à l'Hôpital en tant que **Patient hospitalisé; l'hospitalisation prévue doit être d'au moins sept (7) jours** à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence de la Personne assurée et l'état de ce dernier doit être jugé suffisamment grave, selon l'attestation écrite du Médecin traitant, pour justifier la présence d'un Membre de la famille immédiate; **ou**
- puisse identifier, s'il y a lieu, la dépouille de la Personne assurée avant que celle-ci ne soit libérée.

7. Retour de la dépouille

Si la Personne assurée décède pendant qu'il est en Voyage, la présente assurance prévoit **jusqu'à 3 000 \$** pour :

- la préparation de la dépouille (y compris la crémation); **et**
- le transport de la dépouille de la Personne assurée jusqu'à sa province ou à son territoire de résidence.

ATTENTION

Le coût du cercueil ou de l'urne funéraire n'est pas couvert.

8. Frais supplémentaires de repas et d'hébergement à l'hôtel

Si Votre retour au Canada est retardé en raison d'une Urgence médicale, la présente assurance couvre :

- les frais de repas; **et**
- d'hébergement à l'hôtel engagés après Votre date de retour prévue.

Ces frais sont couverts **jusqu'à concurrence de 200 \$ par jour** pendant au plus **dix (10) jours par Compte**.

ATTENTION

Pour obtenir un remboursement, Vous devez fournir un original des reçus.

9. Retour du véhicule

Si Vous, ou toute personne voyageant avec Vous, êtes incapable de conduire le véhicule que Vous avez loué ou dont Vous êtes propriétaire en raison :

- d'une Maladie;
- d'une Blessure; **ou**
- d'un décès

pendant un Voyage à l'extérieur de Votre province ou territoire de résidence, les frais liés au retour du véhicule Vous seront remboursés **jusqu'à concurrence de 1 000 \$**.

Les frais liés au retour du véhicule par une agence professionnelle sont couverts, ainsi que les dépenses raisonnables et nécessaires suivantes engagées par la personne qui ramène le véhicule pour la Personne assurée selon l'itinéraire le plus court et dans un délai raisonnable :

- l'essence;
- les repas;
- l'hébergement d'une nuitée; **et**
- un billet aller simple en classe économique.

La garantie n'est payable que :

- si le retour du véhicule a été approuvé; **et/ou**
- coordonné au préalable par le Centre des opérations.

De plus, **dans les trente (30) jours suivant Votre retour au Canada**, le véhicule doit être renvoyé :

- à Votre lieu de résidence habituel; **ou**
- à l'agence de location appropriée la plus proche.

ATTENTION

Pour obtenir un remboursement, Vous devez fournir un original des reçus.

Aucune autre dépense n'est couverte. Les dépenses de toute personne voyageant avec la personne chargée de ramener le véhicule ne sont pas couvertes.

(ii) **Services d'assistance relatifs à l'assurance soins médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays**

Les services d'assistance ci-dessous sont également offerts :

1. Assistance médicale et consultation

Vous serez dirigé vers l'établissement médical compétent le plus proche, si cela est possible.

2. Aide au paiement

Sous réserve des limites mentionnées dans ce guide de distribution, le Centre des opérations offrira à tout Hôpital qui fournit à une Personne assurée des soins Nécessaires du point de vue médical, la garantie de paiement des Dépenses admissibles. Si la garantie n'est pas acceptée, le Centre des opérations Vous aidera, si cela est possible, à prendre les dispositions nécessaires au paiement des frais.

ATTENTION

Pour pouvoir bénéficier des divers services d'assistance qui Vous sont offerts, Vous devez communiquer avec le Centre des opérations dans les vingt-quatre (24) heures qui suivent Votre admission à l'Hôpital ou dès qu'il Vous est raisonnablement possible de le faire, afin d'éviter de recevoir des soins médicaux qui ne sont pas appropriés ni nécessaires et qui ne sont peut-être pas couverts par la présente assurance.

3. Centre de messages d'urgence

En cas d'Urgence médicale, le Centre des opérations peut Vous aider à transmettre d'importants messages à Votre famille, Votre employeur ou Votre Médecin, ainsi qu'à recevoir les leurs.

ATTENTION

Veillez communiquer avec le Centre des opérations au 1-877-704-0341 ou au 1-519-741-0782 si Vous avez des questions au sujet des dépenses non admissibles.

2.3 LIMITES ET EXCLUSIONS

ATTENTION

- 1. Ne sont pas couvertes les situations que Vous connaissiez au moment de payer le coût de Votre Voyage.**
- 2. L'assurance ne couvre pas les frais d'intérêts.**

L'assurance soins médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays ne couvre ni ne prévoit aucun service ni aucune indemnité pour les frais résultant de ce qui suit :

1. Conditions préexistantes

L'assurance ne prévoit pas le remboursement de frais encourus pendant la Période de couverture relativement:

- au Traitement continu, à la Récidive ou à une complication médicalement reconnue liée directement ou indirectement à un État pathologique pour lequel Vous avez consulté un Médecin, subi des examens ou reçu un Traitement ou un diagnostic au cours des six (6) mois précédant immédiatement le début de Votre Période de couverture; **et****
- au Traitement de, ou lié à, un État pathologique pour lequel une personne a présenté des symptômes au cours des six (6) mois précédant immédiatement le début de Votre Période de couverture et pour lesquels une personne raisonnable aurait consulté, que cette consultation ait eu lieu ou non.**

ATTENTION (SUITE)

Remarque : Cette exclusion ne s'applique pas à un État pathologique contrôlé par la prise constante de médicament(s), conformément aux directives d'un Médecin, pourvu que, durant les six (6) mois précédant le début de Votre Période de couverture, Vous n'ayez pas changé de médicament(s) et aucun autre Traitement n'a été reçu ou recommandé. L'utilisation d'un nouveau médicament et la modification de la posologie d'un médicament sont considérées comme des changements de médicaments.

2. La Récidive d'un État pathologique et les complications ou Traitements y étant liés ne sont pas couverts s'ils sont consécutifs à un Traitement d'urgence reçu pendant Votre Voyage relativement à cet État pathologique et si les conseillers médicaux du Centre des opérations ont établi que la Personne assurée était capable de revenir au Canada et que celui-ci a décidé de ne pas le faire.
3. Un État pathologique pour lequel Vous avez reporté ou refusé un Traitement ou des examens qui avaient été recommandés par Votre Médecin avant Votre Date de départ.
4. Une chirurgie, y compris les angioplasties et les chirurgies cardiaques, ainsi que tous les frais d'examens diagnostiques qui ne sont pas préalablement approuvés par le Centre des opérations, sauf dans des cas exceptionnels où la chirurgie est effectuée d'urgence, immédiatement après l'admission de la Personne assurée à l'Hôpital.
5. Tous les frais liés à ces actes, s'ils ne sont pas approuvés préalablement par le Centre des opérations :
 - Un acte de résonance magnétique nucléaire,
 - une tomodensitométrie;
 - une échographie;
 - une ultrasonographie;
 - une biopsie.
6. Un transport aérien d'urgence qui n'a pas été approuvé au préalable par le Centre des opérations.
7. Un Traitement qui n'est pas donné par un Médecin ou un dentiste ou conduit sous sa surveillance.
8. Une grossesse, les soins prénataux routiniers, une fausse couche, un accouchement ou toute complication en découlant, dans les neuf (9) semaines qui précèdent la date prévue de l'accouchement.
9. Une émeute ou des troubles civils; le fait de commettre ou de tenter de commettre une infraction criminelle.
10. Une blessure intentionnelle auto-infligée, un suicide ou une tentative de suicide, étant sain d'esprit ou non.
11. L'usage abusif de tout médicament et le refus de suivre une thérapie ou un Traitement médical prescrit.
12. Les troubles mentaux, nerveux ou émotifs qui ne requièrent pas une hospitalisation immédiate.
13. Toute Blessure ou tout accident qui se produit alors que la Personne assurée est :
 - sous l'influence de drogues illicites; **ou**
 - de l'alcool (où il présente un taux d'alcoolémie supérieur à 80 mg d'alcool par 100 ml de sang) ou lorsque ses facultés sont visiblement affaiblies à cause de l'alcool ou de drogues illicites; **ou**
 - toute maladie chronique ou hospitalisation liée à, ou aggravée par la consommation habituelle d'alcool ou de drogues illicites.
14. L'exposition volontaire et délibérée de la Personne assurée à un risque associé à :

ATTENTION (SUITE)

- un acte de guerre, que celle-ci ait été déclarée ou non;
 - une rébellion, une révolution;
 - un détournement, un acte de terrorisme;
 - tout service dans les forces armées.
15. Les remèdes et les médicaments qui peuvent généralement être obtenus sans ordonnance ou qui ne sont pas légalement enregistrés et approuvés au Canada.
16. Le renouvellement d'ordonnances.
17. Le remplacement de lunettes, de verres correcteurs, de lentilles cornéennes ou de prothèses auditives perdus ou abimés.
18. La participation à :
- un sport professionnel ou à une épreuve de vitesse;
 - la pratique d'un sport de contact;
 - deltaplane;
 - parachutisme;
 - saut à l'élastique;
 - parachutisme ascensionnel;
 - spéléologie;
 - alpinisme;
 - escalade;
 - du ski hélicoptéré ou du ski à l'extérieur de pistes balisées;
 - un transport aérien autrement qu'en tant que passager payant.
- plongée sous-marine :
- à moins que la Personne assurée ne détienne une accréditation de plongeur de base d'une école ou un autre organisme reconnu;
19. Une chirurgie ou un Traitement qui aurait pu être effectué après le retour de la Personne assurée dans sa province ou territoire de résidence au Canada, selon le dossier médical, sans affecter son État pathologique.
20. Une chirurgie ou un Traitement reçu pendant le Voyage, lorsque le Voyage est entrepris en vue de recevoir des services médicaux ou hospitaliers, que ce Voyage ait ou non été recommandé par un Médecin.
21. Tout Voyage entrepris ou poursuivi malgré les recommandations du Médecin de la Personne assurée.
22. Les soins habituels nécessaires dans les cas d'un État pathologique; les Traitements facultatifs, les Traitements esthétiques et tout Traitement ou toute chirurgie qui n'est pas nécessaire pour le soulagement de la douleur ou de la souffrance aiguë.
23. Vous voyagez dans un pays pour lequel le gouvernement canadien a émis par écrit un Avis aux voyageurs avant Votre Date de départ.

Coordination des prestations

L'assurance soins médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays est une assurance complémentaire, car elle prévoit le remboursement de l'excédent des dépenses admissibles sur les maximums prévus en vertu du RPAM de Votre province ou de toute autre police d'assurance. Les prestations payables dans le cadre de toute autre police d'assurance en vertu de laquelle Vous êtes assuré seront coordonnées selon les directives actuelles de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. Le remboursement effectué aux termes de la présente assurance et de toute autre police ne peut dépasser 100 % des dépenses engagées admissibles. En vertu de la présente assurance, Nous ou le Centre opérations pouvons, en Votre nom, recevoir, endosser et négocier le remboursement de ces dépenses admissibles. Lorsque les prestations payables en vertu du RPAM de

ATTENTION (SUITE)

Votre province ou d'autres assurances ont été versées, ces régimes n'ont plus aucune responsabilité à l'égard de la demande de règlement admissible.

2.4 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ATTENTION

1. **Devise :** Sauf indications contraires, tous les montants indiqués aux présentes sont en devise canadienne (\$CA). Si Vous avez engagé des dépenses admissibles, Vous serez remboursé en devise canadienne (\$CA), au taux de change en vigueur le jour où les dépenses ont été engagées.
2. **Versement des indemnités :** Les indemnités offertes en vertu Certificat d'assurance seront versées dans les soixante (60) jours suivant la réception d'une preuve de sinistre acceptable. Les règlements effectués de bonne foi Nous libéreront jusqu'à concurrence de la demande de règlement.
3. **Action en justice :** Vous ne pouvez intenter d'action en justice ou exercer un recours à l'arbitrage pour obtenir un règlement en vertu de la Police avant l'expiration d'un délai de soixante (60) jours suivant la date à laquelle Vous Nous avez fourni une preuve de sinistre acceptable et conforme aux exigences décrites aux présentes. Toute action ou procédure intentée contre un assureur pour recouvrer des montants d'assurance payables en vertu du contrat est absolument interdite sauf si elle est entamée dans les délais indiqués dans la Loi sur les assurances ou toute autre loi en vigueur. En outre, Vous, Vos héritiers et Vos ayants droit consentez à ce que les actions en justice ou recours à l'arbitrage soient intentés uniquement devant les tribunaux de la province ou du territoire où le Certificat d'assurance a été émis et devant un tribunal choisi par Nous et/ou Allianz Global Assistance.
4. **Renonciation :** Malgré toute disposition contraire, aucune disposition du Certificat d'assurance n'est réputée avoir fait l'objet d'une renonciation, ni en tout ni en partie, à moins qu'un avis écrit signé par Nous n'énonce clairement cette renonciation.
5. **Lois gouvernementales :** Les garanties, les conditions et modalités du Certificat sont assujetties aux lois sur les assurances de la province ou du territoire du Canada où réside normalement la Personne assurée.
6. **Conflit avec la législation :** Toute disposition du Certificat d'assurance qui irait à l'encontre des lois fédérales, provinciales ou territoriales du lieu de résidence de la Personne assurée, a été modifiée de façon à la rendre conforme aux exigences minimales de la loi en question.

2.5 CONDITIONS

ATTENTION

1. **Transfert :** Nous Nous réservons le droit, après consultation auprès du Médecin traitant de la Personne assurée, de transférer celui-ci à un autre Hôpital ou de le ramener dans sa province ou son territoire de résidence. Le refus de la Personne assurée de se conformer à cette décision Nous dégagera de toute responsabilité en ce qui concerne les dépenses engagées après la date de transfert proposée.
2. **Fausse déclaration :** Si le Titulaire principal ou une Personne assurée présente une demande de règlement tout en la sachant fausse ou frauduleuse à quelque égard que ce soit, la couverture offerte en vertu du Certificat d'assurance prendra fin et aucune indemnité ne sera versée relativement à toute demande de règlement présentée au titre du Certificat d'assurance ou de la Police.
3. **Subrogation :** Lorsqu'une demande de règlement est réglée en vertu du Certificat d'assurance, Nous Nous réservons le droit d'entreprendre des démarches au nom de toute Personne assurée et à l'endroit de quiconque pouvant être responsable de la perte ou du dommage

ATTENTION (SUITE)

faisant l'objet d'une demande de règlement en vertu des présentes. Nous avons tous les droits de subrogation. La Personne assurée est tenu de Nous fournir l'aide que Nous sommes fondés à demander pour faire valoir Nos droits, y compris la signature des documents nécessaires. La Personne assurée ne prendra aucune mesure pour compromettre de tels droits.

4. **Remboursement :** Vous devez Nous rembourser les montants versés ou autorisés à être versés en Votre nom, si nous déterminons par la suite que ce montant n'est pas payable en vertu de la présente assurance.
5. **Collaboration :** Vous convenez de Nous donner Votre entière collaboration. Le Centre des opérations se réserve le droit, comme condition préalable au versement des prestations, d'obtenir d'un Médecin, d'un dentiste, d'un praticien paramédical ou d'un particulier, ainsi que d'un Hôpital, d'une clinique, d'un assureur ou d'un autre établissement tous les renseignements pouvant Nous aider à établir le bien-fondé d'une demande de règlement soumise par la Personne assurée ou en son nom. Le fait de ne pas fournir les pièces justificatives requises à l'appui de Votre demande de règlement en vertu des présentes a pour effet d'invalider Votre demande.
6. **Examen médical :** Le Centre des opérations se réserve le droit de vérifier les circonstances entourant le sinistre et d'exiger un examen médical. En cas de décès, il se réserve le droit d'exiger qu'une autopsie soit pratiquée si la loi le permet, aux frais de l'assureur.

2.6 AVIS DE SINISTRE ET DEMANDE DE RÈGLEMENT

2.6.1 Que faire en cas d'Urgence médicale

En cas d'Urgence médicale, Vous devez communiquer avec le Centre des opérations.

Pour obtenir un formulaire de demande de règlement :

Au Canada et aux États-Unis : 1-877-704-0341

Ailleurs à frais virés : 1-519-741-0782

Télécopieur : 1-519-742-8553

Site : www.allianzassistanceclaims.ca

Les coordonnateurs du Centre des opérations sont en poste jour et nuit, tous les jours de l'année. Ils pourront Vous aider à obtenir les soins médicaux nécessaires, s'occuper du traitement des demandes de règlement et du versement des prestations prévues dans le cadre de la présente assurance et, si possible, payer directement les Hôpitaux et les autres fournisseurs de soins de santé, et coordonner les demandes de règlement auprès du RPAM de Votre province.

Si les frais médicaux couverts sont relativement peu élevés, l'Hôpital ou le Médecin pourrait Vous demander de les payer Vous-même. Vous serez remboursé pour les frais couverts sur présentation d'une demande de règlement.

ATTENTION

Si Vous ne communiquez pas avec le Centre des opérations, Vos frais pourraient ne pas être remboursés, ou le règlement de Votre demande pourrait être refusé ou retardé.

2.6.2 Avis et preuve de sinistre

Le Centre des opérations doit recevoir de Votre part, ou de la part d'une personne agissant en Votre nom, un **avis écrit de sinistre** dans les **trente (30) jours** suivant la date du sinistre faisant l'objet de la demande. Vous, ou une personne agissant en Votre nom, devez faire parvenir une **preuve de sinistre écrite acceptable** au Centre des opérations dans les **quatre-vingt-dix (90) jours** suivant la date du sinistre.

Une preuve de sinistre acceptable est une preuve de ce qui suit :

- la Date de départ;
- les circonstances de la Blessure ou du début de la Maladie;
- la cause ou la nature de la Blessure ou de la Maladie;
- la perte, les dépenses et les services pour lesquels une demande de règlement est produite (originaux des reçus détaillés);
- l'âge du Titulaire principal;
- l'âge du demandeur; **et**
- le droit du demandeur de recevoir une indemnité.

ATTENTION

Si Vous ne communiquez pas avec le Centre des opérations, Vos frais pourraient ne pas être remboursés, ou le règlement de Votre demande pourrait être refusé ou retardé.

2.6.3 Demande de règlement

Veillez communiquer avec Nous au 1-877-704-0341 ou au 1-519-741-0782 ou rendez-vous sur le site www.allianzassistanceclaims.ca pour obtenir un formulaire de demande de règlement.

Le versement d'une indemnité en vertu de la présente assurance est conditionnel à l'obtention de certains renseignements de Votre part. Plus particulièrement, Vous devrez Nous fournir des preuves suffisantes du sinistre, notamment :

1. Documentation générale
 - Les factures et reçus détaillés de toutes les dépenses.
2. Soins médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays
 - Toute explication du diagnostic(s), de même que les originaux des factures détaillées et reçus.
 - Une preuve de Votre participation au RPAM de Votre province ou territoire de résidence et Votre numéro de carte d'assurance maladie valide.
 - Un document Nous autorisant à obtenir les dossiers médicaux pertinents.
 - Les formulaires et autorisations nécessaires pour l'obtention d'un remboursement de la part du RPAM de Votre province et des autres polices d'assurance en vertu desquels Vous êtes protégé.
 - Une preuve de Votre Date de départ de Votre province ou territoire de résidence, de Votre itinéraire ainsi que de Votre date de retour à Votre province ou territoire de résidence seront requis.

ATTENTION

Veillez noter que si Vous présentez une demande de règlement en vertu de la présente Police d'assurance, il se peut que Nous devions examiner Vos antécédents médicaux. De plus, le Centre des opérations se réserve le droit de vérifier les circonstances entourant le sinistre et d'exiger un examen médical. En cas de décès, il se réserve le droit d'exiger qu'une autopsie soit pratiquée si la loi le permet, aux frais de l'assureur.

2.6.4 Défaut de présenter un avis ou de fournir une preuve de sinistre

Le fait de ne pas fournir d'avis de sinistre ou de preuve de sinistre dans les délais prescrits **n'invalidé pas** la demande de règlement, dans la mesure où Vous démontrez qu'il Vous était impossible de fournir l'avis de sinistre ou la preuve de sinistre dans les délais prescrits et où Vous Nous fournissez ces derniers dans les meilleurs délais raisonnables, **mais dans tous les cas au plus tard un (1) an après la date du sinistre**. Le fait de ne pas fournir les pièces justificatives requises à l'appui de Votre demande de règlement en vertu des présentes a pour effet **d'invalider** Votre demande.

2.6.5 Réponse de l'assureur

Dans les **dix (10) jours** suivant la réception d'une demande d'indemnisation, Nous Vous informerons par écrit de Notre décision d'approuver ou de refuser votre demande, ou si Nous avons besoin de preuves supplémentaires du sinistre et de documents et matériel s'y rapportant, s'il y a lieu. Le paiement des indemnités admissibles en vertu de cette assurance sera effectué dans **les soixante (60) jours après réception de preuves satisfaisantes du sinistre** (à moins qu'une période plus courte soit exigée par les lois en vigueur). Les règlements effectués de bonne foi Nous libéreront jusqu'à concurrence de la demande de règlement. Si Vous avez engagé des dépenses admissibles, Vous serez remboursé en devise canadienne (\$CA), au taux de change en vigueur le jour où les dépenses ont été engagées.

2.6.6 Faire appel de la décision de l'assureur

Dans l'éventualité où vous ne seriez pas satisfait de l'une ou l'autre de nos décisions, Vous pouvez vous adresser à l'Autorité des marchés financiers à l'adresse fournie à la Section 4.4, ou à un conseiller juridique qui vous aideront à mieux comprendre vos droits ainsi que les ressources mises à votre disposition par rapport à cette assurance.

2.7 NOS COORDONNÉES

Si vous avez des questions à propos de cette assurance, veuillez communiquer avec le Centre des opérations de Allianz Global Assistance au 1-877-704-0341.

3 PROTECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

La Division canadienne la Compagnie d'assurance Allianz Risques Mondiaux É.-U. (ci-après 'l'assureur') et Allianz Global Assistance, l'administrateur de l'assurance voyage de l'assureur, ainsi que les agents, les représentants et les réassureurs de l'assureur (aux fins du présent Avis concernant les renseignements personnels et collectivement 'nous', 'notre' et 'nos') ont besoin d'obtenir les renseignements personnels suivants :

- les détails à Votre sujet, notamment Votre nom, Votre date de naissance, adresse, numéros de téléphone, adresse de courriel, employeur, et autres renseignements
- les dossiers médicaux et renseignements Vous concernant
- les dossiers qui reflètent Vos relations d'affaires avec Nous et par Notre entremise

Ces renseignements personnels sont recueillis aux fins suivantes d'assurance lors de l'offre d'assurance et la prestation de services relatifs :

- pour Vous identifier et communiquer avec Vous
- pour analyser toute proposition d'assurance
- lorsqu'approuvée, pour émettre une Police ou un Certificat d'assurance
- pour administrer l'assurance et les prestations connexes
- pour évaluer le risque d'assurance, gérer et coordonner les demandes de règlement, réévaluer les dépenses médicales et négocier le paiement des dépenses d'indemnisation
- pour évaluer les demandes de règlement et déterminer l'admissibilité aux prestations d'assurance
- pour fournir des services d'assistance
- pour prévenir la fraude et à des fins de recouvrement de créance
- tel que requis ou permis par la loi.

Nous recueillons seulement les renseignements personnels nécessaires aux fins d'assurance auprès des proposant d'assurance, des titulaires de certificat ou de police, des assurés et des prestataires. Dans certains cas, nous recueillons également des renseignements personnels auprès de membres de la famille ou d'amis des titulaires, pour des raisons médicales ou autres, lorsque les titulaires ne peuvent communiquer directement avec nous. Nous recueillons également des renseignements à des fins d'assurance auprès de tierces parties et leur en communiquons en retour. Il peut s'agir notamment de prestataires de soins de santé,

d'établissements de santé au Canada et à l'étranger, de régimes d'assurance gouvernementale et privée, ainsi que d'amis et de membres de la famille de l'assuré, des titulaires de certificat ou des prestataires. Nous pouvons également utiliser ou communiquer des renseignements qui se trouvent dans nos dossiers aux fins d'assurance. Nos employés qui requièrent ces renseignements dans le cadre de leur travail auront accès à ce dossier.

À votre demande, et avec votre autorisation, nous divulguerons ces renseignements à d'autres.

À l'occasion, et lorsque la loi en vigueur le permet, nous pourrions saisir, utiliser et divulguer des renseignements personnels dans le but d'offrir des produits d'autres produits ou des produits et services mieux adaptés (ci-après 'fins facultatives').

Lorsqu'un individu fait une demande d'assurance, en souscrit ou s'il est couvert par un de nos contrats d'assurance ou qu'il présente une demande de règlement, il est présumé avoir consentie aux procédures d'obtention de renseignements personnels décrites dans le présent avis. Si un individu ne désire pas qu'on se serve de ses renseignements personnels à des fins facultatives, il n'a qu'à en aviser Allianz Global Assistance. Un individu peut refuser de communiquer ses renseignements personnels, qu'on les utilise ou qu'on les communique à autrui à des fins d'assurance; dans un tel cas cependant, il est peu probable que nous puissions lui offrir de l'assurance et des services connexes.

Nous conservons les renseignements personnels concernant le titulaire de certificat ou de police, les assurés et les prestataires dans les dossiers respectifs que nous leur attribuons et que nous conservons dans les bureaux d'Allianz Global Assistance. Dans certains cas, nous pouvons également communiquer ou transmettre des renseignements à des fournisseurs de soins de santé ou d'autres fournisseurs de services situés en dehors du Canada. Par conséquent, les renseignements personnels peuvent être accessibles aux instances réglementaires, conformément à la législation de ces autres juridictions. Pour plus de détails et pour consulter par écrit nos politiques et procédures en ce qui concerne les fournisseurs de services situés en dehors du Canada, veuillez communiquer avec le Responsable de la confidentialité à privacy@allianz-assistance.ca.

Nous conserverons les renseignements personnels que nous recueillons pour une période de temps déterminée et selon un mode d'entreposage conforme aux exigences légales ainsi que les besoins internes de notre entreprise. Les renseignements personnels seront détruits de façon sécuritaire après l'expiration de la période de conservation appropriée.

Les individus ont le droit de demander, de consulter ou de corriger les renseignements que nous possédons sur eux dans nos dossiers; pour ce faire, il leur suffit de communiquer avec le Responsable de la confidentialité par courriel à privacy@allianz-assistance.ca ou par écrit à l'adresse suivante :

Responsable de la confidentialité
Allianz Global Assistance
4273 King Street East
Kitchener, Ontario N2P 2E9

Pour obtenir un exemplaire complet de notre politique sur la confidentialité, rendez-vous à www.allianz-assistance.ca.

4 PRODUITS SIMILAIRES

Il existe d'autres types de produits sur le marché qui offrent une couverture similaire. Veuillez vous assurer de ne pas être couvert par une autre assurance qui propose la même couverture que celle décrite dans le présent guide de distribution.

5 RÉFÉRENCE À L'AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS

Pour plus de renseignements au sujet des obligations de l'assureur et du distributeur à votre égard, veuillez vous adresser à :

Autorité des marchés financiers
Place de la Cité, Tour Cominar
2640, boulevard Laurier
4^e étage
Sainte-Foy, Québec G1V 5C1

Numéros de téléphone :

1 877 525-0337 – sans frais
418 525-0337 – à Québec
514 395-0337 – à Montréal

6 DÉFINITIONS

Dans le présent guide de distribution, certains termes dont la première lettre est une majuscule ont une signification particulière.

Avis aux voyageurs – Avis formel émis par le gouvernement canadien, déconseillant aux voyageurs de se rendre dans un pays étranger ou une région de ce pays en particulier pendant la durée de Votre couverture, si ce Voyage n'est pas essentiel.

Blessure – Lésion corporelle subie par suite d'un accident qui donne lieu à une perte couverte par l'assurance et qui exige les soins médicaux ou les Traitements immédiats d'un Médecin.

Centre des opérations – Le Centre des opérations exploité par Allianz Global Assistance. Au Canada et aux États-Unis, composez sans frais le 1 877 704-0341. Ailleurs dans le monde, composez à frais virés le 1-519 741-0782.

Certificat d'assurance – Un résumé des garanties offertes en vertu de la Police d'assurance émise à BMO qui couvre les accidents et la maladie, ainsi que la Police individuelle couvrant toute autre garantie.

Compte – Compte MasterCard En règle que détient le Titulaire principal.

Conjoint – Personne mariée légalement au Titulaire principal ou, si personne ne correspond à cette description, la personne vivant avec le Titulaire principal dans une relation conjugale, qui partage le foyer du Titulaire principal et qui est publiquement reconnue comme étant le conjoint du Titulaire principal. Un (1) seul conjoint peut être couvert par la présente assurance.

Date de départ – Date de Votre départ en Voyage.

Dépense admissible : Service ou bien décrit aux présentes pour lequel une indemnité est prévue dans le cadre du Certificat d'assurance.

En règle – Compte respectant à tout égard les dispositions du contrat ou du contrat modifié en vigueur conclu entre le Titulaire principal et BMO.

Enfant(s) à charge – Enfant célibataire naturel, adopté ou enfant du conjoint du Titulaire principal qui dépend principalement de ce dernier pour sa subsistance et :

- qui est âgé de vingt (20) ans et moins;
- qui est âgé de vingt-cinq (25) ans et moins, si la personne est un étudiant à temps plein; ou
- qui est âgé de vingt-et-un (21) ans et plus, et atteint d'une déficience mentale ou physique permanente, incapable de subvenir à ses besoins et qu'il l'est devenu alors qu'il était admissible comme enfant à charge.

État pathologique : Toute Maladie, toute Blessure ou tout symptôme.

Frais raisonnables et habituels : Frais demandés qui ne dépassent pas les frais habituellement exigibles pour un Traitement, des services ou des fournitures comparables pour une Urgence médicale semblable effectuée par d'autres fournisseurs occupant une position similaire dans le même secteur géographique où les frais sont engagés.

Hôpital – Établissement dûment autorisé qui se consacre principalement à la prestation de services médicaux et de Traitements aux Patients hospitalisés via des installations de diagnostics médicaux et qui possède un bloc opératoire sur les lieux, supervisé par des Médecins et offrant un service 24/24. Le terme 'hôpital' ne désigne pas les établissements ou sections d'établissements autorisés et utilisés principalement comme clinique, les établissements de soins prolongés ou de soins palliatifs, les maisons de convalescence, de repos, de soins infirmiers, les foyers pour personnes âgées, les centres de santé ou les centres de Traitement de la toxicomanie ou de l'alcoolisme.

Maladie – Toute maladie soudaine qui nécessite des soins médicaux immédiats ou les Traitements immédiats d'un Médecin.

MasterCard – Carte MasterCard émise par BMO au Titulaire principal et pour laquelle ce dernier a demandé et obtenu de BMO qu'elle soit assortie de l'option d'assurance à laquelle le Certificat se rapporte.

Médecin – Personne autre que la Personne assurée ou un membre de la famille de la Personne assurée (lié par le sang ou par le mariage), qui est autorisée à la pratique médicale et dont le statut légal et professionnel dans sa juridiction est équivalent à celui d'un docteur en médecine (M.D.) licencié au Canada.

Membre de la famille immédiate – Inclut le Conjoint, les enfants (y compris les enfants adoptés et les enfants du Conjoint), les parents, les frères et sœurs, le tuteur légal, les beaux-parents, les grands-parents, les petits-enfants, la belle-fille, le beau-fils, le beau-frère et la belle-soeur de la Personne assurée.

Nécessaire ou Nécessité sur le plan médical – Services ou fournitures dispensés par un Hôpital, un Médecin, un dentiste ou un autre fournisseur autorisé, qui sont requis pour déterminer ou traiter Votre Maladie ou Blessure et qui, selon Nous :

- sont compatibles avec les symptômes ou le diagnostic et le Traitement de Votre condition, Maladie, malaise ou Blessure;
- sont appropriés en ce qui concerne les normes d'une bonne pratique de la médecine;
- ne sont pas uniquement pour Votre commodité, celle d'un Médecin ou d'un autre fournisseur; **et**
- représentent la fourniture ou le niveau de service le plus approprié qui peut Vous être dispensé en toute sécurité.

Lorsque ce terme s'applique aux soins d'un Patient hospitalisé, cela signifie également que, compte tenu de Votre condition ou de Vos symptômes médicaux, les services ne peuvent Vous être fournis en toute sécurité à titre de Patient ambulatoire.

Nous, notre et nos – La division canadienne de la Compagnie d'assurance Allianz Risques Mondiaux É.-U.

Patient ambulatoire – Personne qui reçoit un Service assuré alors qu'elle n'est pas hospitalisée.

Patient hospitalisé – Personne traitée dans un Hôpital et inscrite comme patient hospitalisé occupant un lit ou admis dans un autre établissement et pour qui des frais de logement et de repas sont facturés.

Période de couverture : Période pendant laquelle l'assurance est en vigueur, tel qu'il est précisé dans les différentes sections des présentes.

Personne assurée – La ou les personnes couvertes pour les garanties décrites au Certificat comme définie à chacune des sections.

Récidive – L'apparence de symptômes causés par ou relatifs à un État pathologique qui avait été préalablement diagnostiquée par un Médecin ou pour lequel un Traitement a été préalablement reçu.

Régime public d'assurance maladie (RPAM) – Régime d'assurance maladie offert par le gouvernement de Votre province ou territoire de résidence.

Service assuré – Service ou fourniture, précisé dans les présentes, pour lequel Nous offrons des indemnités en vertu de la présente assurance.

Soins dentaires d'urgence – Services ou fournitures autorisés, fournis par un dentiste autorisé, un Hôpital ou un autre fournisseur autorisé, et qui sont immédiatement Nécessaires sur le plan médical.

Titulaire principal – Personne ayant signé une demande de carte MasterCard en qualité de titulaire principal pour laquelle le Compte MasterCard a été établi et pour laquelle BMO a reçu et autorisé une demande visant l'ajout de l'assurance décrite aux présentes au Compte MasterCard.

Traitement – Consultations médicales, soins et/ou services offerts par un Médecin. Cela comprend, sans toutefois s'y limiter les mesures diagnostiques et les médicaments sur ordonnance (y compris les comprimés et les médicaments d'inhalation ou par injection). Cela ne comprend pas les examens médicaux de routine, lorsque Vous n'avez pas de symptômes particuliers.

Urgence médicale – Toute Maladie ou Blessure imprévue, qui survient pendant un Voyage. Une urgence médicale prend fin lorsque la Maladie ou la Blessure a été traitée de manière à ce que Votre condition soit stabilisée. Les Traitements dispensés lorsqu'il est médicalement évident que Vous auriez pu les retarder, ou que Vous pourriez revenir au Canada pour recevoir ledit Traitement ne sont pas considérés comme étant des urgences médicales assurées.

Vous, votre, et vos – La Personne assurée.

Voyage – Période de temps déterminée que la Personne assurée passe hors de sa province ou de son territoire de résidence.

7 AVIS DE RÉOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE

AVIS DONNÉ PAR la Banque de Montréal

Article 440 de la *Loi concernant la distribution de produits et services financiers*

LA LOI CONCERNANT LA DISTRIBUTION DE PRODUITS ET DE SERVICES FINANCIERS VOUS CONFÈRE DES DROITS IMPORTANTS.

- La Loi Vous permet d'annuler un contrat d'assurance que Vous venez de signer, à l'occasion d'un autre contrat, **sans pénalité, dans les dix (10) jours de sa signature**. Pour cela, Vous devez donner à l'assureur un avis par courrier recommandé dans ce délai. Vous pouvez utiliser l'exemple ci-joint à cet effet.
- Malgré l'annulation du contrat d'assurance, le premier contrat conclu demeurera en vigueur. ATTENTION, il est possible que Vous perdiez des conditions avantageuses qui Vous ont été consenties en raison de cette assurance; informez-Vous auprès de la Banque de Montréal ou consultez Votre contrat.
- Après l'expiration du délai de dix (10) jours, Vous pouvez annuler l'assurance en tout temps; cependant, des pénalités s'appliquent.
- L'Article 441 ne s'applique pas lorsque le contrat principal est d'une durée de dix (10) jours ou moins et lorsqu'il a pris effet au moment de la demande d'annulation de l'assurance annulation de voyage.
- L'Article 441 ne s'applique pas lorsque l'assurance annulation de voyage a été souscrite dans les onze (11) jours précédant le Voyage.

Pour plus de détails à ce sujet, Vous devez communiquer avec l'Autorité des marchés financiers au 1 877 525-0337.

AVIS D'ANNULATION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE

À : La Division canadienne la Compagnie d'assurance Allianz Risques Mondiaux É.-U.
a/s Allianz Global Assistance
4273 King Street East
Kitchener, ON
N2P 2E9

Télec. : 1 519 742-8553

DATE : _____
(Date d'envoi de l'avis)

En vertu de l'Article 441 de la *Loi concernant la distribution de produits et services financiers*, par la présente, j'annule le contrat d'assurance numéro :

(Numéro du contrat, si indiqué)

Souscrit le : _____
(Date de la conclusion du contrat)

À : _____
(Lieu de la conclusion du contrat)

(Nom du client)

(Signature du client)

Ce document doit être adressé par lettre recommandée.

(VERSO)

Articles de la Loi concernant la distribution de produits et de services financiers

439. Un distributeur ne peut assujettir la conclusion d'un contrat à l'obligation pour le client de conclure un contrat d'assurance auprès d'un assureur qu'il indique.

Il ne peut exercer de pressions indues sur le client ou employer des manoeuvres dolosives pour l'inciter à se procurer un produit ou un service financier

440. Un distributeur qui, à l'occasion de la conclusion d'un contrat, amène un client à conclure un contrat d'assurance doit lui remettre un avis, rédigé de la façon prévue par règlement de l'Autorité, lui indiquant qu'il peut, dans les dix (10) jours de la signature de ce contrat d'assurance, le résoudre.

441. Un client peut, par avis transmis par courrier recommandé ou certifié, résoudre, dans les dix (10) jours de sa signature, un contrat d'assurance signé à l'occasion de la conclusion d'un autre contrat.

En cas de résolution de ce contrat, le premier contrat conserve tous ses effets.

442. Un contrat ne peut contenir de dispositions en permettant la modification dans l'éventualité où un client résoudrait ou résilierait un contrat d'assurance conclu à la même occasion.

Toutefois, un tel contrat peut prévoir que le client perd pour le reste du terme les conditions plus favorables qui lui sont consenties du fait de la conclusion de plus d'un contrat si le client résout ou résilie avant terme le contrat d'assurance.

443. Un distributeur offrant un financement pour l'achat d'un bien ou d'un service et qui exige que le débiteur souscrive une assurance pour garantir le remboursement du prêt doit lui remettre un avis, rédigé de la façon prévue par règlement de l'Autorité, l'informant qu'il a la faculté de prendre l'assurance auprès de l'assureur et du représentant de son choix pourvu que l'assurance souscrite soit à la satisfaction du créancier qui ne peut la refuser sans motifs raisonnables. Il ne peut assujettir la conclusion d'un contrat de crédit à un contrat d'assurance avec un assureur qu'il indique.

Un contrat de crédit ne peut stipuler qu'il est conclu sous la condition que le contrat d'assurance pris auprès d'un tel assureur demeure en vigueur jusqu'à l'échéance du terme ni que la fin d'une telle assurance fait encourir au débiteur la déchéance du terme ou la réduction des droits.

Un débiteur n'encourt pas la déchéance de ses droits en vertu du contrat de crédit lorsqu'il résout ou résilie ce contrat d'assurance ou met fin à son adhésion pourvu qu'il ait alors souscrit une assurance auprès d'un autre assureur qui soit à la satisfaction du créancier qui ne peut la refuser sans motifs raisonnables.

Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

