

Carte Mastercard BMO Ascend World Elite Assurance-maladie en voyage 31 jours

Vous trouverez à l'intérieur tout ce que
Vous devez savoir au sujet des modalités
et garanties de l'Assurance-maladie en
voyage 31 jours offerte aux titulaires d'une
carte **Mastercard BMO Ascend World Elite**.

BMO



AVIS IMPORTANT – À LIRE ATTENTIVEMENT

La couverture d'assurance décrite aux présentes est conçue pour vous protéger contre les pertes découlant de circonstances soudaines et imprévisibles seulement. Il est important de lire et de comprendre le présent Certificat d'assurance puisque Votre couverture est assujettie à des limites et exclusions.

La présente couverture d'assurance n'est offerte que si Vous, le Titulaire principal d'une carte Mastercard BMO Ascend World Elite, êtes âgé de moins de soixante-quinze (75) ans, ainsi que votre Conjoint/Conjointe et vos Enfants à charge. Cette protection est également offerte aux Titulaires principaux de cartes Mastercard BMO Ascend World Elite optant d'augmenter leur assurance soins médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays de vingt et un (21) jours déjà incluse.

L'assurance soins médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays ne couvre que les trente et un (31) premiers jours de Votre Voyage. Pour les Voyages plus longs, Vous pourriez Vous procurer une couverture supplémentaire en téléphonant au 1 877 704-0341 ou au 1 519 741-0782.

Droit d'examen 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.

Avertissement : Ce Certificat d'assurance contient une clause d'exclusion relative aux conditions préexistantes applicables à un État pathologique et/ou à des symptômes qui étaient présents à la date de prise d'effet de la Période de couverture d'assurance ou antérieurement. **Aucune couverture n'est offerte en vertu des présentes relativement à des conditions préexistantes, comme mentionné à la section « Limites et exclusions » du présent Certificat.**

Vous devez aviser Allianz Global Assistance par l'intermédiaire du Centre des opérations quand vous nécessitez des Traitements médicaux, et ce, dans les vingt-quatre (24) heures suivant Votre admission à l'Hôpital, ou dès qu'il Vous est raisonnablement possible de le faire. Si Votre état ne Vous permet pas de téléphoner, une tierce personne peut le faire à Votre place. Si Vous ne communiquez pas avec le Centre des opérations dès que possible, Vous pourriez recevoir des Traitements médicaux qui ne sont ni appropriés ni nécessaires et qui pourraient ne pas être couverts par la présente assurance.

Veillez noter que si Vous présentez une demande de règlement en vertu de la présente assurance, il se peut que Nous devions examiner Vos antécédents médicaux.

Vous pouvez joindre Allianz aux coordonnées suivantes : Allianz Global Assistance, 700 Jamieson Parkway, Cambridge (ON) N3C 4N6, 1-877-704-0341.

Le présent certificat contient une clause qui retire ou restreint le droit de l'assuré à désigner les personnes auxquelles ou au bénéfice desquelles les sommes assurées doivent être versées.

Veillez lire attentivement votre certificat d'assurance avant de voyager.

L'assurance Soins médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays décrite aux présentes, est souscrite par la Compagnie d'Assurance Générale CUMIS, l'une des sociétés du Groupe Co-operators (ci-après « CUMIS ») en vertu de la police d'assurance collective no FC310000-A (ci-après « Police ») émise à Banque de Montréal (ci-après « Titulaire de la Police BMO »). La Personne assurée et tout demandeur couvert par la présente Police peuvent demander un exemplaire de la Police collective, sous certaines réserves d'accès.

La couverture d'assurance décrite aux présentes est offerte au Titulaire principal admissible d'une carte Mastercard BMO Ascend World Elite dont le Compte est En règle et, lorsque prévu, à son Conjoint, ses Enfants à charge et/ou certaines autres personnes (ci-après, « Vous », « Votre », et « Vos » correspondant à l'ensemble de ces personnes). La présente assurance est administrée par Allianz Global Assistance par l'intermédiaire du Centre des opérations. BMO reçoit une rémunération de la vente de cette assurance.

Cette Police d'assurance prend effet le jour où BMO reçoit et approuve la demande du Titulaire principal quant à l'ajout à son Compte Mastercard de l'option d'assurance à laquelle cette Police se rapporte.

Toutes les garanties sont à tout égard assujetties aux dispositions de la Police, qui constitue l'unique contrat régissant le versement des indemnités. Seule BMO est habilitée à déterminer si une personne est Titulaire principal, et si un Compte est En règle et, par conséquent, si la couverture 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. 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. Le présent certificat d'assurance remplace toute autre certificat d'assurance ayant été émis antérieurement à Votre attention.

Table des Matières

1. Définitions.....	4
2. Date de Prise D'effet et de Fin de L'assurance	7
3. Admissibilité à L'assurance.....	7
4. Période de Couverture et Description de la Garantie	8
4.1 Assurance Soins Médicaux D'urgence à L'extérieur de la Province ou du Pays	8
4.1.1. Période de Couverture et Description de la Garantie	8
4.1.2. Limites et Exclusions	12
4.1.3. Que Faire en Cas D'urgence Médicale ?	15
4.2 Services D'assistance.....	15
5. Conditions	16
6. Dispositions Générales	17
7. Avis de Sinistre et Demande de Règlement	18
7.1 Avis de Sinistre.....	18
7.2 Demande de Règlement	19
8. La Protection de Vos Renseignements Personnels.....	19

Dans le présent Certificat d'assurance, certains termes dont la première lettre est une majuscule ont une signification particulière. Ces termes sont définis ci-après.

1. Définitions

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 toutes les autres garanties.

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 présent Certificat d'assurance.

En règle : Compte respectant à tous égards 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 de la carte qui dépend principalement de cette dernière pour sa subsistance et :

- qui est âgé de vingt (20) ans ou moins; ou
- qui est âgé de vingt-cinq (25) ans ou moins, si la personne est un étudiant à temps plein dans un collège ou une université reconnue; ou
- qui est âgé de vingt-et-un (21) ans ou plus, et atteint d'une déficience mentale ou physique permanente, incapable de subvenir à ses besoins et qui 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. Cependant, 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, ou les foyers pour les personnes âgées, ou 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 d'un Médecin.

Mastercard : Carte Mastercard BMO Ascend World Elite 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 présent 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 bellesœur 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 :

- 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 Compagnie d'Assurance Générale CUMIS, l'une des sociétés du Groupe Co-operators.

Patient ambulatoire : Personne qui reçoit un Service admissible 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 présent Certificat comme définie à chacune des sections.

Récidive : L'apparence de symptômes causés par ou relatifs à une Condition médicale 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 précisés aux présentes, pour lesquels 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.

Terrorisme : L'utilisation non sanctionnée de la force par un individu ou un groupe causant la destruction de biens, des Blessures, ou la mort, pour satisfaire des objectifs ou des résultats purement politiques, ethniques, ou religieux.

Titulaire principal : Personne ayant signé une demande de carte Mastercard BMO Ascend World Elite 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 ou 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.

2. Date de Prise D'effet et de Fin de L'assurance

À moins d'indications contraires aux présentes, cette assurance prend effet le jour où BMO reçoit et approuve la demande du Titulaire principal quant à l'ajout à son Compte de l'option **d'Assurance-maladie en voyage 31 jours**.

À moins d'indications contraires aux présentes, cette assurance prend fin pour toutes les Personnes assurées par la présente assurance dès que l'un des événements suivants survient :

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

3. Admissibilité à L'assurance

Pour être admissible à la présente assurance, Vous devez répondre à toutes les conditions suivantes :

1. Être Titulaire principal d'un Compte Mastercard BMO Ascend World Elite En règle;
2. Être âgé de moins de soixante-quinze (75) ans (en ce qui concerne les Enfants à charge, veuillez consulter la définition de ce terme pour connaître l'âge limite);
3. Être résident du Canada;
4. Être assuré en vertu du RPAM.

Si vous êtes âgé de 75 ans ou plus et désirez obtenir une couverture alternative en option, veuillez communiquer avec le Centre des opérations au 1 877 704-0341 au Canada et aux États-Unis; ailleurs dans le monde, composez à frais virés le 1 519 741-0782.

4. Période de Couverture et Description de la Garantie

4.1 ASSURANCE SOINS MÉDICAUX D'URGENCE À L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE OU DU PAYS

4.1.1. PÉRIODE DE COUVERTURE ET DESCRIPTION DE LA GARANTIE

Admissibilité

Vous n'avez pas à utiliser Votre carte Mastercard pour être admissible à cette couverture d'assurance, à condition que Votre Compte Mastercard soit En règle.

Personne assurée

Titulaire principal, son Conjoint et son ou ses Enfants à charge.

Période de couverture

La Période de couverture de trente et un (31) jours entre en vigueur à Votre Date de départ de Votre province ou territoire de résidence, à condition que Votre Compte Mastercard soit En règle.

La Période de couverture prend fin à la première des éventualités suivantes :

1. Vous revenez dans Votre province ou territoire de résidence au Canada;
2. Votre Compte Mastercard est annulé;
3. Votre Compte Mastercard cesse d'être En règle;
4. Votre prochaine date de renouvellement annuel de l'année dans laquelle Vous atteignez l'âge de soixante-quinze (75) ans (en ce qui concerne les Enfants à charge, consultez la définition de ce terme pour connaître l'âge limite); ou
5. à 00 : 01h, le 32e jour suivant Votre Date de départ (y compris le jour de Votre départ).

Prolongation facultative de l'assurance

Votre Période de couverture peut être prolongée pourvu qu'aucun événement donnant lieu à une demande de règlement en vertu de la présente assurance ne soit survenu, et que Vous demandiez une prolongation par téléphone avant la date prévue de Votre retour. La durée totale de Voyage, prolongations comprises, ne peut dépasser le nombre de jours permis en vertu du RPAM (183 jours ou plus selon Votre province ou territoire de résidence).

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.

Si Vous présentez une demande de règlement en vertu de la présente, Vous devez soumettre une preuve de Votre Date de départ de Votre province ou territoire de résidence, ainsi que la date prévue et la date réelle de Votre retour.

Prolongation automatique

Si, à la date prévue de Votre retour, Vous êtes à l'Hôpital en raison d'une 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.

La 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.

Cette assurance couvre les Frais raisonnables et habituels, jusqu'à concurrence de 2 000 000 \$ (**sauf indications contraires dans les clauses particulières à une garantie donnée**), qui sont engagés par une Personne assurée par suite d'une Urgence médicale survenue pendant la Période de couverture et en contrepartie d'un des Traitements médicaux ou des Dépenses admissibles énumérées ci-dessous.

Vous trouverez ci-dessous la liste des Dépenses admissibles en vertu des présentes, sous réserve des limites et exclusions décrites dans le présent Certificat d'assurance. **Les Traitements et services qui ne sont pas notés dans cette liste ne sont pas couverts.**

Ni le Centre des opérations, ni BMO, ni Nous-mêmes 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.

Risques couverts

La présente assurance pour soins médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays vise les Frais raisonnables et habituels liés aux Dépenses admissibles énumérées ci-après, lorsque ceux-ci ont été engagés par la Personne assurée ou pour celui-ci par suite d'une Urgence médicale pendant la Période de couverture.

Frais médicaux, d'hospitalisation et d'ambulance

1. La chambre et les repas à l'Hôpital, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre à deux lits ou l'équivalent et, 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;
2. les Traitements d'un Médecin;
3. les radiographies et autres actes diagnostiques;
4. l'utilisation d'une salle d'opération, l'anesthésie et les pansements chirurgicaux;

5. le coût du transport par un service d'ambulance autorisé;
6. les frais liés aux soins reçus en salle d'urgence;
7. les médicaments d'ordonnance, jusqu'à concurrence d'un approvisionnement de trente (30) jours;
8. la location ou l'achat de petits appareils médicaux comme les fauteuils roulants et les béquilles.

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.

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 :

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

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

Autres services professionnels

Lorsque les services Nécessaires du point de vue médical obtenus auprès d'un physiothérapeute, d'un chiropraticien, d'un ostéopathe, d'un podologue ou d'un podiatre sont requis, ils sont couverts jusqu'à concurrence de 150 \$ par Personne assurée, par profession.

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. Les accidents liés à la mastication ne sont pas couverts. Pour être admissible, le Traitement dentaire doit avoir lieu pendant Votre Voyage.

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

Transport au chevet du malade

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 :

- a) 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
- b) puisse identifier, s'il y a lieu, la dépouille de la Personne assurée avant que celle-ci ne soit libérée.

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 (y compris la crémation) et le transport de la dépouille de la Personne assurée jusqu'à sa province ou à son territoire de résidence. Le coût du cercueil ou de l'urne n'est pas couvert.

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 la date de retour prévue, jusqu'à concurrence de 200 \$ par jour pendant un maximum de dix (10) jours par Compte.

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

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 \$. Sont couverts les frais liés au retour du véhicule par une agence professionnelle, 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 et un billet aller simple en classe économique. La garantie n'est payable que si le retour du véhicule a été approuvé ou coordonné au préalable par le Centre des opérations et que le véhicule est renvoyé à Votre lieu de résidence habituel ou à l'agence de location appropriée la plus proche, et ce, dans les trente (30) jours suivant Votre retour au Canada.

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.

4.1.2. LIMITES ET EXCLUSIONS

L'assurance ne couvre ni ne prévoit aucun service ni aucune prestation pour les frais résultant de ce qui suit :

1. Conditions préexistantes s'appliquant aux Personnes assurées âgés de 64 ans ou moins. 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;
- 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.

Remarque : Cette exclusion ne s'applique pas à un État pathologique contrôlé par la prise constante de médicaments, 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 médicaments 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.

Conditions préexistantes s'appliquant aux Personnes assurées âgés de 65 à 74 ans inclusivement. 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 douze (12) 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 douze (12) 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.

Remarque : Cette exclusion ne s'applique pas à un État pathologique contrôlé par la prise constante de médicaments, conformément aux directives d'un Médecin, pourvu que, durant

les douze (12) mois précédant le début de Votre Période de couverture, Vous n'avez pas changé de médicaments 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 l'Assuré 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. Un acte de résonance magnétique nucléaire, une tomodensitométrie, une échographie, une ultrasonographie, une biopsie et tous les frais liés à ces actes, s'ils ne sont pas approuvés préalablement par le Centre des opérations.
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, ainsi que 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 un acte de guerre, que celle-ci ait été déclarée ou non, une rébellion, une révolution, un détournement, un acte de Terrorisme, ou 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 abîmés.
 18. La participation à un sport professionnel ou à une épreuve de vitesse; la pratique d'un sport de contact, de la plongée sous-marine (à moins que la Personne assurée ne détienne une accréditation de compétence de base d'une école ou d'un autre organisme reconnu), du deltaplane, du parachutisme, du saut à l'élastique, du parachutisme ascensionnel, de la spéléologie, de l'alpinisme, de l'escalade, du ski hélicoptéré ou du ski à l'extérieur de pistes balisées; ou un transport aérien autrement qu'en tant que passager payant.
 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 le cas d'un État pathologique chronique; 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.

4.1.3. QUE FAIRE EN CAS D'URGENCE MÉDICALE ?

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

Au Canada et aux États-Unis :

1-877-704-0341

Ailleurs à frais virés :

1-519-741-0782

Télécopieur : 1-519-742-8553

Où rendez-vous sur le site

www.allianzassistanceclaims.ca

pour obtenir un formulaire de demande de règlement.

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.

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.

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 Traitements médicaux qui ne sont pas appropriés ni nécessaires et qui ne sont peut-être pas couverts par la présente assurance.

Remarque : 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.

4.2 SERVICES D'ASSISTANCE

Outre les garanties prévues en vertu de l'assurance de soins médicaux, les services d'assistance ci-dessous sont également offerts :

Assistance médicale et consultation

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

Aide au paiement

Sous réserve des limites mentionnées aux présentes, 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.

Remarque

Si Vous ne communiquez pas avec le Centre des opérations dès que possible et avez reçu des soins médicaux, Vous devrez peut-être régler Vous-même les factures, puis présenter une demande de règlement à Votre retour dans Votre province ou territoire de résidence.

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.

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.

5. Conditions

1. Nous Nous réservons le droit, après consultation auprès du Médecin traitant de la Personne assurée, de transférer celle-ci à un autre Hôpital ou de la 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. Demande de règlement non fondée : Si le Titulaire principal ou une Personne assurée présente une demande de règlement tout en la sachant fautive ou frauduleuse à quelque égard que ce soit, la couverture offerte en vertu de ce Certificat d'assurance prendra fin et aucune indemnité ne sera versée relativement à toute demande de règlement présentée au titre de ce Certificat d'assurance ou de la Police.
3. **Subrogation** : Lorsqu'une demande de règlement est réglée en vertu de ce 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 faisant l'objet d'une demande de règlement en vertu des présentes. Nous avons tous les droits de subrogation. La Personne assurée est tenue 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. 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.

6. Dispositions Générales

1. 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 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 ou d'autres assurances ont été versées, ces régimes n'ont plus aucune responsabilité à l'égard de la demande de règlement admissible.
2. **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.
3. **Versement des indemnités** : Les indemnités offertes en vertu de ce 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.
4. **Prescription** : Toute action en justice ou procédure judiciaire intentée contre un assureur pour percevoir des sommes dues en vertu du contrat est strictement interdite, à moins qu'elle ne soit intentée à l'intérieur du délai prescrit dans l'Insurance Act (pour une action en justice ou une procédure judiciaire régie par les lois de l'Alberta et de la Colombie-Britannique), la Loi sur les assurances (pour une action en justice ou une

procédure judiciaire régie par les lois du Manitoba), la Loi de 2002 sur la prescription des actions (pour une action en justice ou une procédure judiciaire régie par les lois de l'Ontario), Le Limitations Act (pour une action en justice ou une procédure judiciaire régie par les lois de la Saskatchewan) ou dans toute autre loi applicable. Pour ces actions en justice ou procédures judiciaires régies par les lois du Québec, le délai de prescription est prévu dans le Code Civil du Québec.

5. 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.
6. **Renonciation** : Malgré toute disposition contraire, aucune disposition du présent 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.
7. **Lois gouvernementales** : Les garanties, les conditions et modalités du présent Certificat sont assujetties aux lois sur les assurances de la province ou du territoire du Canada où réside normalement la Personne assurée.
8. **Conflit avec la législation** : Toute disposition du présent 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.

7. Avis de Sinistre et Demande de Règlement

7.1 AVIS 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;
- 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.

Le fait de ne pas fournir d'avis de sinistre ou de preuve de sinistre dans les délais prescrits n'invalide 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.

7.2 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.

L'assurance ne couvre pas les frais d'intérêts.

Le versement d'une indemnité en vertu de la présente assurance est conditionnel à l'obtention de certains renseignements de Votre part, et notamment des suivants :

1. Documentation générale

- Les factures et reçus détaillés de toutes les dépenses.

2. Assurance soins médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays

- Une explication des diagnostics posés ainsi que l'original des factures et des reçus détaillés.
- Une preuve de Votre participation au RPAM 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 et des autres polices d'assurance en vertu desquels Vous êtes protégé.
- Votre Date de départ ainsi que les dates prévues et réelles de Votre retour.

8. La Protection de Vos Renseignements Personnels

La protection de Vos renseignements personnels est Notre priorité. Le présent avis sur la protection des renseignements personnels explique le type de données recueillies, la manière dont elles sont recueillies, la raison pour laquelle elles sont recueillies et les entités avec lesquelles elles sont partagées ou divulguées.

VEUILLEZ LIRE CET AVIS ATTENTIVEMENT.

La Compagnie d'Assurance Générale CUMIS, l'une des sociétés du Groupe Co-operators (ci-après « l'Assureur ») et le gestionnaire de l'assurance de l'Assureur, Allianz Global Assistance, et le Titulaire de la police d'assurance collective, ainsi que les agents, les représentants et les réassureurs de l'Assureur (aux fins du présent avis sur la protection des renseignements personnels et collectivement « Nous », « Notre » et « Nos ») ont besoin de vos renseignements personnels.

Renseignements personnels que Nous recueillons

Nous recueillerons Vos renseignements personnels suivants, y compris, mais sans s'y limiter :

- Prénom et nom de famille
- Adresse
- Date de naissance
- Numéros de téléphone
- Adresses de courriel
- Renseignements au sujet de Vos comptes bancaires et de Vos cartes de crédit
- Renseignements potentiellement confidentiels, notamment des renseignements médicaux au sujet de Votre état de santé, à l'exception de résultats de tests génétiques

Comment recueillerons-Nous Vos renseignements personnels et quel usage en ferons-Nous?

Ces renseignements personnels sont recueillis aux fins d'assurance suivantes, dans le but d'offrir et de fournir de l'assurance et des services connexes :

- Pour Vous identifier et communiquer avec Vous
- Pour analyser toute proposition d'assurance
- Lorsqu'une proposition est 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 aux fins de recouvrement de créance

Tel que requis ou permis par la loi Nous nous réservons le droit de recueillir les renseignements personnels nécessaires à des fins d'assurance auprès des personnes suivantes :

- Personnes soumettant une proposition pour des produits d'assurance
- Titulaires d'un certificat ou d'une police d'assurance
- Assurés ou prestataires
- Membres de la famille, conjoints, ou en dernier recours, lorsque la personne visée ne peut communiquer directement avec Nous pour des raisons médicales, amis ou compagnons de voyage d'un titulaire d'un certificat ou d'une police d'assurance, d'un assuré ou d'un prestataire.

Qui aura accès à Vos renseignements personnels?

Nous divulguons des renseignements à des fins d'assurance à des tiers, y compris, mais sans s'y limiter, à des prestataires de soins de santé, à des établissements de santé au Canada et à l'étranger, à des régimes d'assurance gouvernementale et privée, et ainsi qu'à des amis ou des compagnons de voyage et des membres de la famille du titulaire d'un certificat ou d'une police d'assurance, à un assuré ou un prestataire et à d'autres organismes. Nous pouvons également utiliser ou communiquer des renseignements contenus dans Nos dossiers à des fins d'assurance. Nos employés qui requièrent ces renseignements dans le cadre de leur travail auront accès à ce dossier. À Votre demande et suivant Votre autorisation, Nous pouvons également divulguer ces renseignements à d'autres personnes. De temps à autre, et si la législation en vigueur le permet, Nous pouvons également recueillir, utiliser ou communiquer des renseignements personnels dans le but d'offrir des produits supplémentaires ou d'améliorer les services (les « motifs facultatifs »). Dans certains cas, Nous pouvons en outre conserver ou communiquer ou transférer les renseignements à des fournisseurs de soins de santé et autres fournisseurs de services situés à l'extérieur du Canada. Par conséquent, les instances réglementaires peuvent avoir accès aux renseignements personnels, conformément à la législation de ces autres autorités.

Quels sont Vos droits en ce qui concerne Vos données personnelles?

Si la réglementation et la loi applicable le permettent, Vous avez le droit :

- D'accéder aux données personnelles que Nous détenons à Votre sujet
- De retirer Votre consentement à tout moment lorsque Vos données personnelles sont traitées
- De mettre à jour ou de corriger Vos renseignements personnels de manière à ce qu'ils soient toujours exacts
- De supprimer Vos renseignements personnels de Nos dossiers si ceux-ci ne sont plus requis aux fins indiquées précédemment
- De déposer une plainte auprès de Nous ou de l'autorité de protection des renseignements pertinente.

Vous pouvez exercer ces droits en communiquant avec le responsable de la confidentialité à l'adresse privacy@allianz-assistance.ca.

Combien de temps conservons-Nous Vos données personnelles?

Nous conserverons les renseignements personnels que Nous recueillons pour une période déterminée et selon des méthodes de stockage conformes à la loi et aux exigences de notre entreprise. Les renseignements personnels seront détruits en toute sécurité après l'échéance de la période de rétention appropriée.

Une personne a le droit de demander l'accès aux renseignements personnels que nous détenons à son sujet ou de les corriger en communiquant avec le responsable de la confidentialité à l'adresse privacy@allianz-assistance.ca ou en écrivant à :

Responsable de la confidentialité
Allianz Global Assistance
700 Jamieson Parkway
Cambridge (Ontario) N3C 4N6

Comment communiquer avec Nous?

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les moyens d'obtenir des documents écrits relatifs à Nos politiques et procédures concernant les fournisseurs de services à l'extérieur du Canada, veuillez communiquer avec le responsable de la confidentialité à l'adresse privacy@allianz-assistance.ca.

Pour obtenir un exemplaire complet de Notre politique de confidentialité, visitez le www.allianz-assistance.ca.

À quelle fréquence mettons-Nous à jour le présent avis sur la protection des renseignements personnels?

Nous revoyons régulièrement le présent avis sur la protection des renseignements personnels. Nous veillerons à ce que la version la plus récente soit affichée sur Notre site au www.allianz-assistance.ca.

Coordonnées

La police est administrée par :

Allianz Global Assistance

Si Vous avez des questions ou devez présenter une demande de règlement, veuillez communiquer avec Allianz Global Assistance.

700 Jamieson Parkway
Cambridge (Ontario)
N3C 4N6

Sans frais : 1-877-704-0341 (du Canada et des États-Unis)

À frais virés : 519-741-0782 (d'ailleurs)

L'assurance est souscrite auprès de :

Compagnie d'Assurance Générale CUMIS

C.P. 5065,
151 North Service Road
Burlington (Ontario)
L7R 4C2
Canada
1-800-263-9120

AVANT DE VOYAGER

-  Il est important que vous compreniez ce qui est et ce qui n'est pas couvert par votre assurance.
-  Veuillez lire attentivement votre certificat d'assurance pour obtenir les détails complet de votre couverture.
-  Nous sommes disponibles 24/7 pour répondre à vos questions, veuillez communiquer au 1-877-704-0341, ou composez à frais virés le 1-519-741-0782.
-  Pour les clients qui sont sourds ou malentendants, BMO accepte en tout temps (24/7) les appels provenant des fournisseurs de service externes formés pour offrir un service de relais téléphonique par téléscripteur (SRT) ou de relais vidéo (SRV).

BMO



MC/MD Marque de commerce/marque de commerce déposée de la Banque de Montréal.

MC®/MD® Mastercard est une marque de commerce déposée, et le dessin des cercles est une marque de commerce de Mastercard International Incorporated, utilisée sous licence.