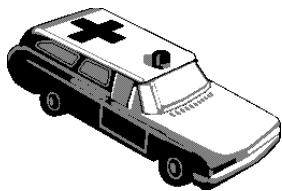


Étudiant International Maladie & Accident Régime Collectif Médical

Libellé de la Police d'Assurance Voyage

Date d'Entrée en Vigueur Juin 2002



Nom: _____

Identifiant #: _____

Numéro de la Police Collective: FS _____

Date d'Entrée en Vigueur: _____

Date d'échéance: _____

L'étudiant assuré par cette police reconnaît que le Régime Collectif Médical Maladie & Accident Étudiant International ne prend pas en compte un Préjudice corporel ou une Maladie survenue dans les 90 jours précédents la Date d'Entrée en Vigueur.

Par l'achat de cette police, l'étudiant assuré autorise la transmission d'informations à T.I.C. Agencies Ltd. ou à ses représentants, comprenant les dossiers médicaux, nécessaires au traitement d'une demande d'indemnisation. Il confirme de plus être en bonne santé et ne pas avoir besoin à sa connaissance de suivi médical.



Table des Matières

Régime assurance	Page
Étudiant International Maladie & Accident	
Régime Collectif Médical	4
Cotisation & Reconstitution	4
Durée de Couverture de la Police	4
Description de la Couverture	5
Prestations	5
Exclusions	7
Limitations	9
Conditions Générales	10
Prolongation de la Couverture Après Expiration	12
Définitions	13
Informations relatives aux Indemnités	17

En cas de divergence observée entre ce libellé et celui de l'original en couleur, la notice explicative reliée de la police d'assurance, c'est l'original qui prévaut.

Identification des Compagnies d'Assurance

La "Compagnie d'Assurance" dont il est fait référence dans cette police est la compagnie Co-operators Life Insurance Company.

Toute assurance dont il est fait référence dans cette police est gérée par "T.I.C.", c'est-à-dire T.I.C. Agencies Ltd., fonctionnant en tant que T.I.C. Travel Insurance Coordinators.

T.I.C. SI GE SOCIAL

300 - 2609 Westview Drive
North Vancouver, BC V7N 4M2
Tél: 604-986-4292
Fax: 604-986-7796
Appel Gratuit: 1-800-663-4494
www.travelinsurance.ca

Remarque Importante

Veillez lire attentivement le libellé de votre police avant d'entreprendre un voyage.

Pour quoi une couverture est-elle importante pour moi?

Vous pouvez être confronté, à n'importe quel moment, à un accident ou une maladie. Si tel est le cas, cela peut non seulement gâcher votre voyage mais également vous ruiner. Les hôpitaux canadiens peuvent vous facturer jusqu'à plusieurs milliers de dollars par jour pour un traitement avec hospitalisation. Un passage aux urgences peut vous coûter plus de \$200, sans compter les honoraires des médecins et des centres de diagnostics.

Dans quel cas suis-je couvert ?

Le Régime Collectif Maladie & Accident pour Étudiant International est prévu pour couvrir les circonstances soudaines, imprévues et inattendues. Veuillez vous reporter au paragraphe intitulé "Prestations" de cette police.

Quelles sont les circonstances non couvertes ?

Le Régime Collectif Maladie & Accident pour Étudiant International ne couvre pas tout. Cette assurance présente des exclusions, des conditions et des limitations à lire dans ce document.

Combien de jours de couverture dois-je acheter?

En tant qu'étudiant international au Canada et en possession d'un Visa Étudiant en vigueur, vous pouvez être en droit de bénéficier de la couverture du Régime Assurance Maladie de la province où vous étudiez. Chaque province possède ses propres réglementations en matière d'étudiants internationaux et de la durée de carence avant de pouvoir bénéficier de la couverture. Vous devriez contacter le ministère de santé de votre province afin de déterminer le délai de carence. Cette assurance vous assure une couverture jusqu'à ce que le régime provincial vous prenne en charge - jusqu'à 365 jours par adhésion.

Que faire en cas d'urgence ou de sinistre?

Contactez T.I.C. aussi vite que possible. Appeler le service des indemnités de T.I.C. au 1-800-882-5246 dans les 48 heures suivant votre admission à l'hôpital et avant toute intervention chirurgicale. Le manquement à cette disposition, sauf raison valable, réduira de 20% les dépenses admissibles. Pour faire une demande d'indemnisation, remplir le Formulaire de Demande d'Indemnisation intégralement et joindre toutes les factures originales. Les formulaires incomplets engendreront des retards de traitement.

Dois-je révéler mon dossier médical?

Nous nous engageons à protéger les informations d'ordre privé. Votre dossier ne sera exigé que si nécessaire et utilisé ou divulgué que pour statuer votre demande d'indemnisation. Pour obtenir une copie de la police de confidentialité de T.I.C., veuillez nous contacter ou visiter notre site Internet.

Je désire prolonger mon séjour, puis-je prolonger ma police?

Bien sûr. Avant votre voyage, vous pouvez acheter une couverture supplémentaire ou, après votre départ, appeler votre agent ou T.I.C. dans les sept jours précédant la date d'échéance de votre police. Vous pouvez acheter une extension si vous appelez (aux heures de bureau) au moins 48 heures avant la date d'échéance de votre première couverture. Vous devez affirmer être en bonne santé et ne pas avoir de demande d'indemnisation en cours avec T.I.C.

Assistance Voyage

L'assistance pour une urgence médicale à n'importe quel endroit du monde est fournie pour compte. T.I.C. Agencies Ltd., Co-operators Life Insurance Company ou leurs agents ne seront pas tenus pour responsable de la disponibilité, de la quantité, de la qualité ou des résultats des traitements médicaux reçus ou de l'échec dans l'obtention d'un service médical.

Certificat de Santé et Consentement Obligatoire

Nous vous demandons de bien vouloir signer le Formulaire d'Adhésion.

Qui garantit cette assurance?

Ce programme spécifique est conçu et géré par les compagnies T.I.C. Agencies Ltd. – innovateurs en matière d'assurance voyage depuis 1972 et garantie par Co-operators Life Insurance Company, une succursale du groupe Co-operators, une compagnie d'assurance multibranches 100% canadienne.

Remarque: Les mots avec la première lettre en majuscule sont définis en page 13.

Régime Collectif Médical Maladie & Accident pour Étudiant International

En considération du paiement de la cotisation conformément au paragraphe de cette police intitulé "Cotisation & Renouvellement", la Compagnie d'Assurance convient avec le Souscripteur d'assurer tous les Ayants Droit à qui la proposition est faite, et la Compagnie d'Assurance paiera pour le sinistre occasionné par un Préjudice ou une Maladie aux caractères Urgents selon les circonstances et dans la mesure décrite dans cette police.

COTISATION & RENOUVELLEMENT

Cette assurance est délivrée en considération du paiement des cotisations aux tarifs indiqués dans l'Article 6 des Conditions Particulières de la Police relatives à la couverture et à partir de la Date d'Entrée en Vigueur.

L'assurance peut être reconduite consécutivement avec le consentement de la Compagnie d'Assurance, sans excéder plus de 365 jours consécutifs et moyennant le paiement des cotisations selon le tarif et dans la quantité déterminés par la Compagnie d'Assurance au moment de la reconduction.

DURÉE DE COUVERTURE DE LA POLICE

Moyennant le paiement des cotisations, la couverture des sinistres sur le territoire canadien résultant d'un Préjudice ou d'une Maladie pour chaque Assuré, démarre au plus tard à :

- a) 12:01 le jour d'entrée en vigueur figurant sur les Conditions Particulières délivrées au Souscripteur ou
 - b) 00:01 le jour d'Entrée en Vigueur figurant sur le Formulaire d'Adhésion /Carte identifiant
- La date d'échéance se termine au plus tôt :
- a) à 00:00 minuit de la date d'échéance figurant sur les Conditions Particulières délivrées au Souscripteur ou
 - b) à 00:00 minuit de la date d'échéance figurant sur le Formulaire d'Adhésion /Carte identifiant ou
 - c) à 00:00 minuit de la date à laquelle une cotisation requise ou exigible de la part de l'Assuré reste exigible et impayée ou
 - d) à 00:00 minuit du jour précédent celui où un Assuré ou une Personne à Charge Assurée cesse d'être À Charge tel que définit dans cette police ou
 - e) 365 jours après la Date d'Entrée en Vigueur figurant sur le Formulaire d'Adhésion / Carte Identifiant ou
 - f) au moment où l'Assuré quitte l'Amérique du Nord pour retourner dans son Pays d'Origine.

L'heure sera dans tous les cas l'heure légale à l'adresse du Souscripteur telle que déclarée dans les Conditions Particulières de la Police.

DESCRIPTION DE LA COUVERTURE

1. Le Régime Collectif Médical Maladie & Accident pour Étudiant International verse le montant assuré comme indiqué dans les Conditions Particulières de la Police pour les dépenses raisonnables, nécessaires et essentielles engendrées de façon inattendue et imputées à l'Assuré lors de son séjour au Canada ou après la Date d'Entrée en Vigueur et durant la Durée de Couverture. Les dépenses admises remboursées concernent une Hospitalisation en Urgence pour crise Aiguë, une Urgence médicale imprévue ou d'autres dépenses assurées, et engendrées par un Préjudice ou une Maladie.
2. Les dépenses encourues à l'extérieur du Canada sont assurées si l'Assuré passe la majorité du temps faisant l'objet de cette assurance au Canada. Les dépenses ne seront pas remboursées lorsqu'elles sont générées dans le Pays d'Origine de l'Assuré.

PRESTATIONS

1. **Séjour en Hôpital** – remboursement des frais essentiels (dans la zone où ils sont appliqués) facturés par l'Hôpital pour l'hébergement standard, les services et les fournitures raisonnables et nécessaires pour les soins de l'Assuré durant son séjour en tant que malade hospitalisé
2. **Services Médicaux** – remboursement des:
 - a) Services d'un médecin ou d'un chirurgien, d'un anesthésiste licencié ou d'une infirmière diplômée d'État (ceux-ci n'ayant aucun lien de parenté avec l'Assuré). Exception faite d'une hospitalisation de l'Assuré, les dépenses pour les soins infirmiers seront limitées à 10 000 \$ par Préjudice ou Maladie.
 - b) Les services d'un physiothérapeute, chiropracteur, ostéopathe ou pédiatre diplômés d'État (ceux-ci n'ayant aucun lien de parenté avec l'Assuré), lorsqu'ils sont demandés par le médecin traitant comme traitement d'un Préjudice assuré. Ne dépasse pas les 500\$ par Préjudice pour un traitement sans hospitalisation.
 - c) Lorsqu'ils sont réalisés au moment de la première admission aux Urgences, les examens de laboratoire et/ou les examens radiologiques lorsqu'ils sont demandés par un médecin diplômé d'État dans le but de diagnostiquer l'Assuré.
 - d) L'utilisation d'une ambulance agréée aérienne, terrestre ou maritime (y compris l'évacuation en montagne ou en mer), lorsque cela est raisonnable et nécessaire, jusqu'à l'Hôpital le plus proche. Les frais sont limités à maximum 10 000\$ par Préjudice ou Maladie.
 - e) Location de béquilles ou d'un lit d'hôpital, sans dépasser le prix d'achat ; le coût correspondant aux attelles dentaires, aux bridges, aux appareils d'orthodontie et autres appareils de prothèses agréés.
 - f) Les services aux Urgences d'un patient non hospitalisé et dispensés par un Hôpital.

- g) Médicaments et médications obtenus par la prescription écrite d'un médecin diplômé d'État, sans dépasser un maximum de 500\$ par mois et par Assuré, sauf si celui-ci est hospitalisé, et à l'exception des frais correspondants à l'administration de médicaments injectables, de sérums ou des vaccins.
- h) Les dépenses engendrées par le traitement d'un psychiatre dans son cabinet lorsque c'est un médecin diplômé d'État qui y a dirigé l'Assuré, pour une prestation maximale de 200\$ par année civile.
- i) Prend en charge jusqu'à cinq (5) visites de suivi pour un patient non hospitalisé, faisant suite à un premier séjour aux Urgences pour crise Aiguë, chez le médecin de l'Assuré et afin de poursuivre le traitement délivré aux Urgences d'un Préjudice ou d'une Maladie Aiguë.
- 3. **Rapatriement à son Domicile** – remboursement jusqu'à 3 000\$ des frais supplémentaires correspondant au transport en classe économique, aller simple, par la voie la plus directe jusqu'au Pays d'Origine de l'Assuré si le Préjudice ou la Maladie de l'Assuré nécessite le rapatriement immédiat de l'Assuré pendant la Période de Couverture de l'Assuré. Fait l'objet d'un accord préalable de T.I.C.
- 4. **Transport de la Famille** – Remboursement jusqu'à 1 500\$ des frais correspondant au transport en classe économique par la voie la plus directe et en utilisant des transports publics si l'Assuré est hospitalisé suite à un Préjudice ou une Maladie assurée et si le médecin traitant recommande la présence d'un Membre de la Famille auprès de l'Assuré. De 100\$ par jour jusqu'à un maximum de 500\$ correspondant aux frais raisonnables remboursables auxquels doit faire face le Membre de la Famille transporté auprès de l'Assuré. Doit faire l'objet d'un accord préalable de T.I.C.
- 5. **Pathologie Dentaire Accidentelle** – Remboursement jusqu'à 3 000\$ d'un traitement ou des services dispensés aux Urgences sur des dents naturelles (les dents couronnées sont considérées comme des dents naturelles) suite à un choc reçu au niveau du visage. Les dépenses encourues ne doivent pas dépasser l'honoraire minimal indiqué dans les tarifs d'honoraire correspondant à la Médecine Dentaire, agréés et publiés par l'Association Dentaire Canadienne de la province ou du territoire dans lequel se trouve l'école de l'Assuré (se référer aux Conditions Générales #7).
- 6. **Urgences Dentaires** – Remboursement jusqu'à 500\$ d'une prise en charge immédiate pour pathologie dentaire Aiguë non causée par un choc reçu au niveau du visage. Les problèmes dentaires pour lesquels l'Assuré avait préalablement été traité ne sont pas pris en compte (se référer aux Conditions Générales #7).

- 7. **Rapatriement du Corps** – Rembourse jusqu'à 10 000\$ en cas de décès d'un Assuré provoqué par un Préjudice ou une Maladie assurée, concerne les dépenses encourues pour le rapatriement de retour dans un cercueil standard vers la résidence principale de l'Assuré, jusqu'à 4 000\$ pour l'incinération ou l'enterrement à l'endroit du décès, lorsque celui-ci est causé par un Préjudice ou une Maladie assurée.
- 8. **Ambulance Aérienne** – Rembourse les frais de transport déjà acquittés pour le transport de l'Assuré en situation d'Urgence médicale vers un Hôpital lorsque ce transport a été organisé, coordonné et autorisé par T.I.C., et/ou pour l'utilisation d'une ambulance aérienne dotée d'instrumentations de premiers soins, ou lorsque l'Assuré est considéré comme médicalement transportable, transport de l'Assuré dans un Hôpital de son Pays d'Origine.
- 9. **Soins Psychiatriques** – Paye l'hospitalisation de l'Assuré en raison d'aliénation mentale, de désordre psychoaffectif ou de maladie nerveuse. Montant qui en aucun cas ne dépasse en dépenses cumulées pour une aliénation mentale, un désordre psychoaffectif ou une maladie nerveuse les 10 000\$.

EXCLUSIONS

Les prestations ne sont pas applicables pour les dépenses encourues pour :

- FS1** Une aliénation mentale, un désordre psychoaffectif ou une maladie nerveuse quel qu'en soit la cause, exception faite de l'hospitalisation (se référer au #9 Prestations) ou comme spécifié dans l'article 2(h) des prestations assurées par cette police.
- FS2** Un suicide, une tentative de suicide ou des Préjudices auto-infligés volontairement en étant ou non sain d'esprit.
- FS3** Des actes provoqués ou résultant ou en rapport avec la Guerre, le kidnapping, le Terrorisme, y compris le Terrorisme Nucléaire, Chimique et Biologique, indifféremment de toute autre raison ou événement intervenant simultanément ou contribuant au sinistre, présence illégale dans un pays, participation à des protestations, participation à des activités en rapport avec des forces armées ou transaction commerciale d'ordre sexuel. La perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel ou d'ordre criminel par l'Assuré, un Membre de la Famille ou un Compagnon de Voyage ; la violation d'une loi écrite ou d'une réglementation de l'endroit où le sinistre a eu lieu.
- FS4** Un Préjudice ou une Maladie alors que le Voyage est entrepris dans le but d'obtenir un traitement médical ou un conseil relatif à ce Préjudice ou cette Maladie.
- FS5** Sinistre, décès ou Préjudice si au moment du sinistre, du décès ou du Préjudice, il a été prouvé que l'Assuré était sous l'emprise de drogues illicites, d'alcool ou d'un autre intoxicant ou que la condition médicale du patient en était le résultat.

FS6 Toute visite facultative, conséquence d'une précédente visite facultative, suivi en dehors des services en Urgences ou suivi, procédures ou traitement de routine, sauf spécifié dans l'article 2.(i) des prestations de cette police.

FS7 Un voyage entrepris contre l'avis médical.

FS8 Un Préjudice ou une Maladie ou un état de santé, avant la Date d'Entrée en Vigueur de Début de Couverture, qui pouvait laisser supposer un Traitement Médical Prévisible ou l'hospitalisation.

FS9 Tout sinistre résultant d'un Préjudice ou d'une Maladie dont les symptômes sont apparus ou qui impliquent une Consultation Médicale et/ou un médicament d'ordonnance et/ou un traitement médical ou une hospitalisation dans les 90 jours avant la Date d'Entrée en Vigueur.

FS10 Administration ou choix de l'Assuré de suivre un traitement médical en continu ou hospitalisation de l'Assuré à moins qu'un certificat médical ne déclare l'Assuré comme inapte à voyager ou à retourner dans son Pays d'Origine (qu'il ait ou non l'intention d'y retourner) à la suite d'un diagnostique ou d'un traitement aux Urgences d'un Préjudice ou d'une Maladie Aiguë.

FS11 Réhabilitation, soins de convalescence ou sinistre résultant payé, refusé ou en instance, concernant un Préjudice ou une Maladie survenue pendant la Durée de Couverture de cette assurance et pour laquelle l'Assuré a demandé une Consultation Médicale.

FS12 Préjudice survenu lors d'une participation à des épreuves de vitesse dépassant les 60km par heure ou d'activités athlétiques en Professionnel.

FS13 Les frais inhérents à la commande d'une Ambulance Aérienne, du Transport de la Famille et du Rapatriement sans l'accord préalable de T.I.C.

FS14 Sinistre résultant d'une grossesse, d'une interruption de grossesse, d'un avortement spontané, d'un accouchement ou des complications en rapport.

FS15 Accident de la route alors que l'Assuré bénéficie de prestations "inconditionnelles" auprès de la police automobile de l'Assuré, ou d'une autre "Loi des Assurances" en vigueur.

FS16 Traitement d'un nourrisson de moins de 15 jours.

FS17 Chirurgie dentaire ou esthétique sauf si cette chirurgie relève des Urgences et fait suite à un Préjudice assuré.

FS18 Traitement ou services qui enfreignent ou sont interdits par la législation conformément au régime médical/hospitalier de province ou territorial.

FS19 Traitement naturopathique, holistique ou par acupuncture.

FS20 Frais dépassant le tarif raisonnable et conforme aux usages locaux pour l'endroit ou le traitement ou les services sont appliqués.

FS21 Sinistre survenu hors du Canada lorsque la majorité de la Période de Couverture n'a pas été passé au Canada.

FS22 Sinistre survenu par l'Assuré dans son Pays d'Origine.

FS23 Sinistres résultant d'énergie nucléaire ou de contamination nucléaire, quelle qu'en soit la cause.

FS24 Sinistre résultant d'un voyage aérien autre qu'en tant que passager d'un avion commercial public agréé mis à disposition par une compagnie aérienne de transport régulier assurant une liaison régulière entre des aéroports autorisés.

FS25 Sinistre en rapport avec:

- a) des lunettes et des lentilles de contact;
- b) Services ou traitement inclus dans la rémunération des salariés ou pris en charge par la Loi relative aux Accidents de Travail; ou
- c) toutes prestations fournies ou payées par un Hôpital de Province ou Fédéral et/ou par des Régimes ou Lois du domaine Médical.

LIMITATIONS

1. Le montant total exigible conformément à cette police et destiné au remboursement de toutes les dépenses assurées par l'un des Assurés ne devra pas dépasser la somme assurée de 1 million de dollars canadien (CAD), sous réserve du montant assuré indiqué dans les Conditions Particulières.
2. Durée maximale de couverture : 365 jours par adhésion.
3. Limite d'âge : de 15 jours à 65 ans inclus.
4. Couverture géographique : le monde entier - pendant la durée de validité de cette assurance, les dépenses encourues en dehors du Canada par un Assuré et concernant un Préjudice ou une Maladie assurée, seront remboursées si l'Assuré a passé la majorité du temps au Canada. Les dépenses encourues en dehors du Canada ne seront pas remboursées si celles-ci ont lieu dans le Pays d'Origine de l'Assuré.
5. La somme cumulée de tous les frais remboursables concernant l'aliénation mentale, le désordre psychoaffectif ou la maladie nerveuse conformément à cette police est limitée à 10 000\$.

Conditions G n rales

1. Cette police est rédigée conformément aux Termes et Conditions du Contrat de Base No. 9055577 délivré à T.I.C. Agencies Ltd, par la Compagnie CO-OPERATORS LIFE INSURANCE COMPANY. La Compagnie par la présente assure la (les) personne(s) nommée(s) Assuré(s) et paieront les prestations listées dans cette police.
2. Régime Collectif de Santé Maladie & Accident pour Étudiant International - Le Formulaire d'Adhésion représente la base et fait partie intégrante de cette police.
3. L'heure, dans tous les cas, sera l'heure légale à l'adresse du Souscripteur, comme indiquée dans les Conditions particulières.
4. L'assurance n'est valide que pour les couvertures des risques et pour les montants assurés indiqués dans les Conditions Particulières – sous réserve des Limitations - pour lesquels la cotisation a été versée le jour ou avant le Date d'Entrée en Vigueur. Les Prestations sont exigibles conformément à la couverture des risques et sont limitées par le montant assuré.
5. Les prestations exigibles ne comprennent pas les intérêts.
6. Les couvertures des risques décrites dans cette police sont des régimes de payeur second de services de santé. En cas de responsabilité civile, de régimes ou de contrat d'assurance santé collectifs ou individuels y compris un régime d'auto-assurance de province fournissant une assurance hospitalière, médicale ou thérapeutique, un régime santé ou hospitalier gouvernemental, une "Loi sur les droits associés à la Rémunération des salariés" ou toute autre compagnie publique ou financée par les recettes fiscales, T.I.C. coordonnera toutes les prestations conjointement avec les directives fournies par Canadian Life and Health Insurance Association (Association Canadienne des Assurances Santé et Vie).

Les prestations assurées ne comprennent pas, le remboursement ne sera pas effectué pour les frais, les services ou les fournitures qu'un assuré doit payer conformément à une police de responsabilité automobile suivant un Consentement d'Indemnisation sans Égard à la Responsabilité selon une Loi des Assurances. En l'absence de toute autre indemnisation disponible de façon raisonnable ou d'autre régime remboursant les frais, les prestations assurées seront payées par T.I.C.
7. Le traitement relatif à un sinistre dentaire est à commencer dans les 48 heures suivant la première prise en charge aux Urgences et doit s'achever dans la Période de Couverture de cette police et avant le retour de l'Assuré dans son Pays d'Origine.
8. Les prestations sont remboursables conformément à une seule police, pour chaque Assuré et durant la période de couverture de puis la Date d'Entrée en Vigueur

jusqu'à la date d'échéance indiquée sur le Formulaire d'Adhésion. Si plusieurs assurances T.I.C. Maladie & Accident sont valides simultanément, les indemnités seront versées en ne suivant qu'une seule de ces Polices, celle qui présente la Date d'Entrée en Vigueur la plus récente.

9. En cas de paiement des Prestations, conformément à cette police, l'Assuré devra subir une subrogation dans les droits de recours pouvant se présenter contre toute personne ou organisation. Cette personne devra exécuter et délivrer les actes instrumentaires et les papiers, faire le nécessaire afin de garantir ces droits et en aucun cas compromettre après un sinistre ces droits.
10. L'entière couverture fournie par cette Police sera considérée comme nulle si, avant ou après le sinistre, l'Assuré a dissimulé ou déformé tout fait substantiel ou circonstance relative à cette couverture ou au contenu de cette dernière ou la concernant, ou en cas de fraude ou de faux serment formulé par l'Assuré.
11. L'Assuré est tenu pour responsable de la vérification:
 - a) des frais médicaux rencontrés et devra obtenir les relevés détaillés de tous les services médicaux fournis.
 - b) de tout paiement réalisé par un autre régime ou contrat d'assurance.
 - c) à la demande de T.I.C., de la documentation de support provenant de son Pays d'Origine et devra, à la demande de T.I.C., la lui fournir.
12. Toutes les Prestations et les Limitations de cette police sont exprimées en monnaie canadienne (CAD).
13. T.I.C. se réserve le droit d'effectuer des recherches ou d'obtenir des renseignements d'ordre privé sur la condition médicale d'un Assuré ainsi que toute information relative à un sinistre.
14. La condition de couverture implique la notification à T.I.C. dans les 24 heures avant, ou dans les 48 heures suivant l'admission à l'Hôpital et avant toute intervention chirurgicale ou chirurgie effractive. Le manquement à cet article et en l'absence de raison valable, induira une réduction de 20% des frais remboursables.
15. La condition sine qua non engageant la responsabilité de l'Assuré au moment de l'adhésion est que celui-ci se trouve en bonne santé et ne nécessite, à sa connaissance, aucune attention médicale particulière.
16. La Compagnie d'Assurance se réserve le droit et la possibilité d'examiner l'Assuré lorsque, et aussi souvent que nécessaire, une demande d'indemnisation est formulée aux termes des présentes, ainsi que le droit et la possibilité de procéder à une autopsie en cas de décès et lorsque aucune loi ne l'interdit.

17. La Compagnie d'Assurance, par le biais de son représentant agréé, sera autorisée à examiner le dossier relatif à cette police du souscripteur, et ce à toute heure raisonnable.
18. Cette police comprend des avenants, un Formulaire d'Adhésion, une Carte Identifiant, les Conditions Particulières et des papiers joints, si nécessaire, l'ensemble formant le contrat d'assurance. Personne mis à part la Compagnie d'Assurance et/ou T.I.C. n'est en droit de modifier cette police ou de renoncer à l'une de ses dispositions. Aucune modification dans cette police ne sera valide sans faire l'objet de l'accord de la Compagnie d'Assurance et du rajout des avenants à cette police.
19. Le Souscripteur peut résilier cette police par courrier à l'attention de la Compagnie d'Assurance, par l'intermédiaire de son représentant agréé, T.I.C., en y indiquant la date de résiliation et en envoyant ce courrier au moins 30 jours avant la date de résiliation. La Compagnie d'Assurance peut résilier cette police par courrier à l'attention du Souscripteur à l'adresse indiquée dans la police, en y indiquant la date de résiliation et en envoyant ce courrier au moins 30 jours avant la date de résiliation. Ce courrier représentera une attestation suffisante et la date de résiliation figurant dans ce courrier deviendra la date de fin de validité de la police. La fourniture en main propre de ce type de document, par le Souscripteur ou par la Compagnie d'Assurance, aura la même validité qu'un courrier expédié par le service postal.

Prolongation de la Couverture Après Expiration:

20. La prolongation ou le renouvellement d'une couverture individuelle dépend des Termes et des Conditions indiquées par T.I.C. en accord avec les agents de T.I.C. dûment nommés.
21. Si l'Assuré, au moment de l'expiration de la Période de Couverture, est hospitalisé et doit faire face à des dépenses, et que celles-ci sont inhérentes aux conditions premières ayant provoquées l'hospitalisation, ce type de placement fera l'objet d'un remboursement durant un maximum de 365 jours à partir de la date du Préjudice ou de la Maladie, sans pour autant dépasser le Montant Assuré. Au moment de la sortie de l'Assuré, la couverture se poursuivra pendant 72 heures afin de faciliter le retour de l'Assuré dans son Pays d'Origine.
22. Si l'Assuré se trouve dans l'incapacité de quitter l'Amérique du Nord et de retourner dans son Pays d'Origine, en raison d'intempérie ou de retard pour raison mécanique de l'avion, de barrages routiers mis en place par la police (rapport de police requis), cette Assurance sera automatiquement prolongée de 72 heures à partir de la date d'échéance de l'assurance de l'Assuré, figurant sur le Formulaire d'Adhésion de l'Assuré et/ou sur sa Carte Identifiant.

23. Si un Assuré conformément à cette assurance est déclaré inapte à voyage pour raison médicale et suite à un Préjudice ou une Maladie couverte par l'assurance et si cette mention est faite avant la date d'échéance de cette police, indiquée sur le Formulaire d'Adhésion, par écrit et par un médecin traitant, l'assurance sera automatiquement prolongée de cinq jours.

D finitions

“**Aiguë**” signifie la phase de traitement de courte durée (non chronique) et appliquée aux premières Urgences suite à un Préjudice ou une Maladie.

“**Pays d'Origine**” indique le pays dans lequel se trouve la résidence principale de l'Assuré avant d'entrer au Canada.

“**Personne à charge**” représente l'Époux (épouse) légal ou concubin vivant avec l'Assuré. C'est également les enfants naturels, adoptés ou du conjoint de l'Étudiant Assuré qui ont plus de 14 jours et moins de 21 ans, célibataires et dépendant financièrement de l'Assuré et vivant sous son toit.

“**Date d'Entrée en Vigueur**” signifie la date à laquelle commence la couverture de l'assurance en ce qui concerne chaque Ayant Droit comme suit:

1. Pendant la durée de validité de cette Police Collective, comme indiquée dans les Conditions Particulières fournies au souscripteur et
2. Lorsqu'une proposition écrite est effectuée et que la cotisation est payée en date d'arrivée de ces personnes au Canada, si ces personnes ont fourni un Formulaire d'Adhésion complet dans les 15 jours suivant l'enregistrement du Souscripteur et si cet enregistrement a lieu dans les 15 jours suivant l'arrivée de ses personnes au Canada; et
3. Lorsqu'un Formulaire d'Adhésion complété pour cette assurance et conformément à cette police collective est soumise et que la cotisation est payée dans les 15 jours suivant l'enregistrement du Souscripteur, la date où la proposition concernant ces personnes est acceptée par la Compagnie d'Assurance.

“**Ayant Droit**” signifie tout étudiant suivant une école agréée, inscrit ou associé au Souscripteur, ou toute Personne à Charge résidant au Canada et non pris en charge ou non adhérent d'un Régime Médical et/ou Hospitalier de Province ou Fédéral du Canada et qui a complété un Formulaire d'Adhésion pour une Assurance conformément à cette Police Collective et payé la cotisation requise. En cas de personne mineur, celle-ci doit répondre de tous les critères exposés ci-dessus et que la signature sur le Formulaire d'Adhésion complété doit être celle des parents ou du tuteur légal ou d'un cadre scolaire.

“**Urgence**” indique une Maladie ou un Préjudice imprévu affectant l'Assuré ou une des Personnes à Charge comme défini par la présente, et impliquant une intervention immédiate d'un médecin ou d'un dentiste licencié. Ce caractère d'Urgence cesse d'être lorsque selon l'avis du médecin traitant, l'Assuré est apte à retourner dans son Pays d'Origine.

“**Formulaire d'Adhésion**” indique le formulaire intitulé “Formulaire d'Adhésion”, comprenant un certain nombre d'informations personnelles, le Numéro de Police Collective, le nom (de l'école) du Souscripteur, des détails concernant l'Assuré, les dates de couverture, le certificat médical et privé, le tout portant la signature de l'Assuré ou de l'agent/administrateur agréé si l'Assuré est un mineur de moins de 18 ans.

“**Traitement Médical Prévisible**” signifie qu'une Consultation Médicale ou l'hospitalisation, selon le dossier médical, est probable ou doit avoir lieu.

“**Membre de la Famille**” indique l'époux (épouse) légal, le concubin, les parents, le frère, la sœur, le tuteur légal, le conjoint de l'un des parents, l'enfant du conjoint, le demi-frère, la demi-sœur, la tante, l'oncle, la nièce, le neveu, les grands-parents, les petits-enfants, les enfants naturels, de la belle-famille ou adoptés.

“**Hôpital**” signifie un hôpital juridiquement constitué ou agréé disposant du nécessaire pour l'accueil de patients internes, un laboratoire, une infirmière diplômée agréée et d'un médecin à temps plein ainsi que d'une salle d'opération où les interventions sont effectuées par un ou plusieurs médecins agréés. Il ne s'agit en aucun cas d'un établissement de convalescence ou de soins infirmiers, une maison de retraite ou de station de santé, d'une institution pour le soin et la désintoxication des drogués, des alcooliques ou des personnes souffrant d'aliénation ou de dépression.

“**Carte Identifiant**” représente une carte d'identification comportant le numéro identifiant, le nom de l'Assuré et la période de couverture et signée par l'administrateur du Souscripteur.

“**Préjudice**” signifie des préjudices corporels accidentels pendant la durée de validité de cette assurance et engendrant un sinistre indépendant de la Maladie ou d'autres raisons.

“**Assuré**” ou “**Étudiant Assuré**” indique une Personne Admissible ou toute Personne à Charge d'une Personne Admissible comme défini par la présente, ayant entre 14 jours et 65 ans, acquitté de la cotisation requise et remplissant toutes les conditions de cette assurance.

“**Consultation Médicale**” signifie l'obtention de services médicaux dispensés par un praticien agréé en cas de maux, de maladie ou d'affection, comprenant : l'interrogatoire et/ou l'examen médical et/ou l'examen de recherche et/ou les conseils et/ou le traitement, et suite à laquelle le diagnostic de l'état n'est pas obligatoirement définitif. Ne comprend pas les

check-ups médicaux réguliers en absence de signe clinique ou de symptômes décrits par le patient.

“**Durée de Couverture**” comprend le nombre de jours de couverture pour lesquels la cotisation a été payée et selon les dates indiquées sur le Formulaire d'Adhésion, concernant la Durée de Couverture de la Police, page 4.

“**Conditions Particulières**” représente le formulaire intitulé “Conditions Particulières” ou l'avenant de la police fourni au Souscripteur indiquant le nom et l'adresse du Souscripteur, le numéro de la police collective de base, la date d'entrée en vigueur et la date d'échéance, la cotisation, le type de couverture et le montant assuré.

“**Souscripteur**” indique l'institution d'apprentissage accréditée pour laquelle a été formulée la police Régime Collectif Médical Maladie & Accident pour Étudiant International.

“**Professionnel**” signifie une personne qui gagne la majorité de ses revenus en pratiquant une activité sportive spécifique.

“**Maladie**” signifie pathologie ou affection provoquant le sinistre et ayant commencée durant la période de validité de cette Assurance.

“**Époux (Épouse)**” signifie personne légalement mariée à l'Assuré, ou qui a vécu en concubinage (de sexe opposé ou de même sexe) avec l'Assuré en continu pendant au moins une année et ayant le même domicile que l'Assuré.

“**Terrorisme**” indique un acte comprenant, liste non exhaustive, l'utilisation de la force ou de la violence et/ou la crainte de celles-ci, par une personne ou un(des) groupe(s) de personnes, agissant seul ou au nom de ou en rapport avec une (d') autre(s) organisation(s) ou gouvernement(s), présentant un engagement politique, religieux, idéologique ou autre dans le but d'influencer un gouvernement et/ou de mettre la population ou une portion de la population en situation de crainte.

“**Guerre**” signifie la guerre, l'invasion, les actions menées par des ennemis étrangers, les hostilités ou les opérations associées à la guerre (la guerre étant ou non déclarée), la guerre civile, la rébellion, la révolution, l'insurrection, les mouvements populaires endossant les participations de ou se réduisant à une puissance montante militaire ou usurpée.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Nonobstant toutes autres dispositions contenues par la présente, ce contrat est soumis aux Dispositions Générales de la Loi des Assurances en ce qui concerne les contrats d'Assurance Accident, CO-OPERATORS LIFE INSURANCE COMPANY a fait signer cette police par son Chef de l'Exploitation et son Vice-Président Directeur,



Dan Thornton

AVIS

Tout avis à la Compagnie d'Assurance doit être transmis validé au signataire. Cette police a été signée, avec l'autorisation de la Compagnie d'Assurance, par T.I.C. Agencies Ltd.



Président & Chef de la Direction

Juin 2002

Claims Information

Nous sommes désireux de traiter vos demandes le plus rapidement et le plus simplement possible. Veuillez vérifier que tous les documents nécessaires sont joints à votre demande. Les informations incomplètes retarderont votre demande d'indemnisation. Vous pouvez également enregistrer votre demande sur notre site Internet.

www.travelinsurance.ca/customers/claims/howto/visitors.html

Écrire à : Services des Demandes d'Indemnité T.I.C.

POUR LES PROVINCES BC & PRAIRIE

125 - 4400 Dominion Street
Burnaby, BC, Canada V5G 4G3
Fax: 604-639-8859

POUR LES PROVINCES ONTARIO & ATLANTIC

330 Woolwich Street
Guelph, ON, Canada N1H 3W5
Fax: 519-837-8032

En cas de question relative à votre demande d'indemnisation, veuillez téléphoner aux heures de bureau, du lundi au samedi, au
tél: 604-639-8849 Appel Gratuit: 1-800-882-5246

PROCÉDURES DE DEMANDE D'INDEMNITÉ

1. Les demandes doivent être effectuées dans les 30 jours suivant le traitement initial.
2. Contacter le Service des Demandes d'Indemnité T.I.C. pour obtenir un Formulaire de Demande ou le télécharger depuis notre site Internet : www.travelinsurance.ca/pdfs/IntlStudent.pdf
3. Compléter toutes les sections présentées sur le Formulaire de Demande d'indemnisation.
4. Fournir tous les documents suivants au Service des Demandes d'Indemnités T.I.C.:
 - a) Le Formulaire de Demande d'indemnisation complet;
 - b) Les relevés détaillés originaux et les reçus pour toutes les dépenses effectuées;
 - c) Le Certificat Médical complété par le médecin traitant et vous concernant. Ce formulaire est mis à disposition dans nos bureaux ou peut être téléchargé à partir de notre site Internet;
 - d) Pour les visites à l'hôpital (malade en consultation externe), obtenir une copie du dossier du Service des Urgences au moment de votre passage;
 - e) Pour les visites chez le chiropracteur / physiothérapeute, obtenir une lettre de votre médecin référent;
 - f) En cas de préjudice, fournir les détails relatifs à une autre assurance pouvant répondre de ce sinistre (régimes automobile, assurance habitation/ locative ou commerciale);

IMPORTANT

- Les frais inhérents au remplissage de ces formulaires ne sont pas remboursés par cette assurance.
- La présentation de formulaires incomplets retardera votre demande.
- Le manquement dans la présentation des documents de support rendra nulles toutes demandes effectuées et en rapport avec cette assurance.
- L'Autorisation et le Certificat du formulaire de demande d'indemnisation peuvent être signés par un époux (une épouse), un parent ou un tuteur légal pour un mineur ou un agent/administrateur agréé.
- Toutes les indemnités payables conformément à cette assurance seront versées à ou à l'intention du Souscripteur.
- **T.I.C. Agencies Ltd. doit être informé dès l'admission ou dans les 48 heures suivant l'admission à l'Hôpital et avant toute intervention chirurgicale ou chirurgie effective.**

Le manquement à cette disposition, sans raison valable, réduira de 20% les frais admissibles.

Service disponible 24 heures /24, 7jours /7.

POUR LES APPELS D'URGENCE:

Appel Gratuit 1-800-88CLAIM (1-800-882-5246) au Canada et aux EU

Appel International (accessible du monde entier) + 604-639-8849

SI GE SOCIAL T.I.C.

300 - 2609 Westview Drive
North Vancouver, BC V7N 4M2
tél: 604-986-4292
Fax: 604-986-7796
Appel gratuit: 1-800-663-4494
www.travelinsurance.ca
info@travelinsurance.ca