



SOLIS
ASSURANCE
VOYAGE



La Capitale
Assurance et
services financiers

TABLE DES MATIÈRES

PARTIE I – AVIS IMPORTANT	5
PARTIE II – CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ	8
PARTIE III – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	11
PARTIE IV – LES PROTECTIONS	14
A – TABLEAU SOMMAIRE DES MONTANTS DE PROTECTIONS ET LIMITES APPLICABLES.	14
B – DESCRIPTION DES PROTECTIONS DE BASE	16
1) FRAIS D' <i>HOSPITALISATION</i> , DE SOINS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX D' <i>URGENCE</i>	16
2) FRAIS DE TRANSPORT MÉDICAL D' <i>URGENCE</i>	18
C – DESCRIPTION DES PROTECTIONS ENRICHIES	22
1) AUGMENTATION DU MONTANT D'ASSURANCE MAXIMUM.	22
2) <i>VOYAGE ALLER-RETOUR D'URGENCE</i>	22
PARTIE V – LIMITATIONS, EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS	24
A – EXCLUSION POUR LES <i>ÉTATS DE SANTÉ PRÉEXISTANTS</i>	24
B – LIMITATIONS	24
C – EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS	26
PARTIE VI – CONDITIONS GÉNÉRALES	30
PARTIE VII – PROLONGATION DE SÉJOUR	35
PARTIE VIII – DEMANDES DE RÈGLEMENT	38
PARTIE IX – DÉFINITIONS	40
PARTIE X – REMBOURSEMENT DE PRIMES	48
PARTIE XI – SERVICE D'ASSISTANCE	50
PARTIE XII – AVIS CONCERNANT LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	53

PARTIE I – AVIS IMPORTANT

CE CONTRAT D'ASSURANCE VOYAGE CONTIENT DES LIMITATIONS, EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS. VEUILLEZ LE LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE PARTIR EN VOYAGE ET CONTACTER VOTRE REPRÉSENTANT SI NÉCESSAIRE.

Le style italique a été appliqué aux termes clés utilisés dans *votre* contrat d'assurance afin de faciliter *votre* compréhension et d'attirer *votre* attention sur leur sens. La définition de ces termes se trouve à la PARTIE IX – DÉFINITIONS du présent contrat d'assurance *voyage* .

L'assurance *voyage* est conçue pour *vous* protéger contre les sinistres d' *urgence* survenus dans des circonstances soudaines, inattendues et imprévisibles. Pour connaître la portée de *votre* couverture, sous réserve des protections que *vous* aurez choisies et qui seront indiquées sur *votre* confirmation d'assurance *voyage* , veuillez consulter la PARTIE IV – LES PROTECTIONS du présent contrat.

Toutes les protections d'assurance *voyage* de ce contrat sont assujetties à des limitations, exclusions et restrictions. Certains *états de santé préexistants* peuvent faire l'objet d'une exclusion. Pour connaître les limitations, exclusions et restrictions applicables, veuillez consulter la PARTIE V – LIMITATIONS, EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS du présent contrat et contacter *votre* représentant si nécessaire.

Au moment d'une demande de règlement, vos antécédents médicaux seront étudiés afin de vérifier et confirmer *votre* admissibilité aux prestations. Pour connaître les modalités relatives aux demandes de règlement, veuillez consulter la PARTIE VIII – DEMANDES DE RÈGLEMENT de ce contrat.

Si *votre* condition médicale change avant la date de début de l'assurance *voyage* , *vous* devez contacter SécuriGlobe à défaut de quoi toute demande de règlement pourrait être refusée. L' *Assureur* se réserve le droit de réévaluer l'admissibilité à l'assurance *voyage* .

**EN CAS D'URGENCE,
VOUS DEVEZ COMMUNIQUER
IMMÉDIATEMENT
AVEC LE SERVICE D'ASSISTANCE
disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7**

**Appel sans frais du Canada
et des États-Unis: 1 855 906-2194**

**Appel à frais virés de partout
dans le monde: 514 906-2194**

IMPORTANT

Avant d'obtenir tout *traitement*, service ou soin médical nécessaire à la suite d'un sinistre d'*urgence*, la *personne assurée* doit communiquer avec le service d'assistance aux numéros de téléphone indiqués ci-dessus. Si *vous* n'êtes pas en mesure de communiquer avec le service d'assistance par *vous-même*, une personne qui *vous* accompagne doit le faire en *votre* nom dans les 24 heures suivant le début du *traitement* de l'*urgence*.

De plus, la *personne assurée* doit se conformer aux recommandations du service d'assistance quant aux modalités relatives à son rapatriement, au choix de l'établissement de santé et aux soins requis; par soins requis, on entend les *traitements* nécessaires à la stabilisation de la condition médicale de la *personne assurée*.

Si la *personne assurée* omet de contacter le service d'assistance ou ne se conforme pas aux recommandations du service d'assistance, les prestations payables seront réduites de 20 %, jusqu'à un maximum de 25 000 \$ de pénalités.

L'assurance voyage est émise par :

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.
(ci-après « l'Assureur »)
625, rue Jacques-Parizeau
Québec (Québec) Canada G1R 2G5

L'assurance voyage est administrée par :

SécuriGlobe
6400, avenue Auteuil, bureau 100
Brossard (Québec) Canada J4Z 3P5

Le service d'assistance est administré par :

CanAssistance
550, rue Sherbrooke Ouest, bureau B-9
Montréal (Québec) Canada H3A 3S3

Droit d'examen et remboursement de la prime avant le début de l'assurance voyage

Vous disposez d'un délai de 10 jours à compter de la réception de ce contrat pour l'examiner et vérifier s'il répond à *vos* besoins. Si *vous* n'êtes pas complètement satisfait, *vous* pouvez le retourner par courrier recommandé à SécuriGlobe dans un délai de 10 jours à compter de sa réception et *vous* aurez alors droit à un remboursement complet de la prime sous réserve que l'assurance *voyage* ne soit pas encore entrée en vigueur. Le défaut de retourner ce contrat sera considéré comme *votre* acceptation des conditions, limitations, exclusions et restrictions.

Pour connaître la date de début de l'assurance *voyage*, veuillez consulter la PARTIE III – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX, C – Début de l'assurance *voyage* du présent contrat d'assurance *voyage*.

PARTIE II – CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

Pour être admissible à l'assurance *voyage*, vous devez satisfaire les critères suivants :

A – VOUS DEVEZ :

- 1) être résident canadien et ;
- 2) être couvert par le régime public d'assurance *maladie* de votre province ou territoire de résidence au Canada pour toute la *période assurée* et ;
- 3) avoir un domicile permanent au Canada et ;
- 4) être âgé d'au moins 30 jours à la date de début de l'assurance *voyage* et d'au plus 89 ans dans le cas d'un forfait *Voyage* unique ou ;
- 5) être âgé d'au moins 30 jours à la date de début de l'assurance *voyage* et d'au plus 80 ans dans le cas d'un forfait *Voyage* multiples et ;
- 6) n'avoir, à votre connaissance, aucune raison de demander une *consultation médicale* pendant la *période assurée* au moment de la souscription à l'assurance *voyage*.

B – VOUS NE DEVEZ PAS AVOIR :

- 1) reçu un *traitement* contre le cancer du pancréas ou du foie, des poumons ou tout cancer qui a produit des métastases ;
- 2) reçu de prescription ou avoir utilisé de l'oxygène à domicile au cours des 36 mois précédant la date de début de l'assurance *voyage* ;
- 3) subi la transplantation d'un organe vital ou être en attente d'une transplantation d'un organe vital (cœur, rein, foie, poumon) ;

- 4) souffert d'insuffisance rénale ou d'un trouble rénal ayant nécessité une dialyse au cours des 36 mois précédant la date de début de l'assurance *voyage* ;
- 5) voyagé contre l'avis d'un *médecin* ni avoir reçu un diagnostic de *maladie en phase terminale* ;
- 6) reçu, au cours des 12 derniers mois, un diagnostic d'hépatite C.

C – SI VOUS ÊTES ÂGÉ DE 56 ANS ET PLUS, en plus de devoir satisfaire aux critères énumérés aux points A et B des pages 8 et 9, **VOUS NE DEVEZ PAS AVOIR :**

- 1) reçu un diagnostic, suivi des *traitements* de chimiothérapie, de radiothérapie ou subi une chirurgie pour un cancer au cours des 6 mois précédant la date de début de l'assurance *voyage* (autre qu'un cancer de la peau, épithélioma cutané basocellulaire ou épithélioma malpighien cutané ou qu'un cancer *traité* uniquement par hormonothérapie) ;
- 2) subi *votre* dernière *chirurgie cardiaque* plus de 15 ans avant la date de début de l'assurance *voyage* ;
- 3) reçu un diagnostic ou eu un épisode d'insuffisance cardiaque congestive au cours des 60 mois précédant la date de début de l'assurance *voyage* ;
- 4) reçu un diagnostic pour un anévrisme cérébral ou un anévrisme de l'aorte de plus de 4 cm n'ayant pas encore été *traité* par chirurgie ;
- 5) souffert, au cours des 24 mois précédant la date de début de l'assurance *voyage*, d'une cirrhose ou d'une pancréatite ;
- 6) été *hospitalisé* à 2 reprises ou plus en raison d'une *affection pulmonaire* au cours des 12 derniers mois ;

- 7) des prescriptions pour 6 médicaments d'ordonnance différents ou plus (à l'exception de l'aspirine) pour une ou plusieurs des raisons suivantes : *affection cardiovasculaire*, *accident vasculaire cérébral (AVC)*, *accident ischémique transitoire (AIT)*, *mini AVC*, *diabète*, *affection pulmonaire*, *hypertension artérielle* ;
- 8) besoin d'aide pour accomplir les activités de la vie quotidienne.

D – SI VOTRE CONDITION MÉDICALE CHANGE AVANT LA DATE DE DÉBUT DE L'ASSURANCE VOYAGE

Vous devez contacter SécuriGlobe au 1 888 211-4444 à défaut de quoi toute demande de règlement pourrait être refusée. L'Assureur se réserve le droit de réévaluer l'admissibilité à l'assurance voyage.

PARTIE III – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

A – COUVERTURE

L'Assurance *voyage* offre une couverture maximale de 2 000 000 \$ par *personne assurée* (ou jusqu'à 5 000 000 \$ pour la *personne assurée* ayant choisi la protection enrichie), pour les frais d'*hospitalisation*, médicaux, paramédicaux et de transport médical *raisonnables, usuels et coutumiers* que la *personne assurée* aura engagés (moins toute *franchise*, telle qu'indiquée sur la confirmation d'assurance *voyage*) en cas d'*urgence* lorsqu'elle séjourne à l'extérieur de sa province ou de son territoire de résidence. L'*Assureur* assume les frais admissibles, sous réserve des conditions, limitations, exclusions et restrictions du présent contrat d'assurance *voyage*, uniquement après le paiement des frais couverts en vertu de tout régime ou contrat d'assurance, qu'il s'agisse d'une assurance de responsabilité, d'une assurance collective ou individuelle ou d'une assurance *maladie* complémentaire, d'une assurance automobile privée ou publique offrant une couverture pour soins hospitaliers, médicaux ou thérapeutiques, du régime public d'assurance *maladie* de *votre* province ou territoire de résidence ou encore de toute autre assurance concurremment en vigueur.

Vous pouvez choisir une ou plusieurs protections. Les protections s'appliquent seulement si elles sont indiquées sur *votre* confirmation d'assurance *voyage*.

B – FORFAITS OFFERTS

Le forfait choisi et les protections incluses ainsi que les montants remboursables et limites applicables sont indiqués sur *votre* confirmation d'assurance *voyage*.

1) Forfait Voyage unique

- a) Prévoit une couverture au Canada (excluant *vo*tre province ou territoire de résidence) ou à l'extérieur du Canada pour un seul *vo*yage selon la date de début de l'assurance *vo*yage ;
- b) Si *vo*us voyagez au Canada, l'assurance *vo*yage doit être souscrite avant que *vo*us ne quittiez *vo*tre province ou territoire de résidence ;
- c) Si *vo*us voyagez à l'extérieur du Canada, l'assurance *vo*yage doit être souscrite avant que *vo*us ne quittiez le Canada ;
- d) L'assurance *vo*yage doit être souscrite pour la durée totale de *vo*tre voyage incluant la date de départ et la date de retour.

2) Forfait Voyages multiples

- a) Prévoit une couverture à l'extérieur du Canada pour un nombre illimité de *vo*yages et pour le nombre de jours maximal indiqué sur *vo*tre confirmation d'assurance *vo*yage ;
- b) Prévoit une couverture au Canada (excluant *vo*tre province ou territoire de résidence) pour un nombre illimité de *vo*yages ;
- c) Les *vo*yages doivent être séparés par un retour dans *vo*tre province ou territoire de résidence ;
- d) Si *vo*tre voyage implique une couverture par 2 forfaits multiples subséquents, la période de couverture totale de ces 2 périodes subséquentes est alors limitée au nombre de jours maximal par *vo*yage prévu aux termes du second forfait ;
- e) *Vo*us n'êtes pas tenu de fournir au préalable les dates de départ et de retour pour chaque *vo*yage. *Vo*us devez toutefois fournir une preuve de la date de *vo*tre départ et de *vo*tre retour lorsque *vo*us présentez une demande de règlement.

C – DÉBUT DE L'ASSURANCE VOYAGE

L'assurance *voyage* débute à la plus éloignée des dates suivantes :

- 1) la date de début des protections indiquée sur *vo*tre confirmation d'assurance *vo*yage ;
- 2) la date et l'heure de *vo*tre départ de *vo*tre province ou territoire de résidence ;
- 3) la date à laquelle *vo*tre prime est acquittée ;
- 4) la date et l'heure de départ de chacun de *vo*s *vo*yages, dans le cas du forfait *Voyages multiples*.

Si toutefois *vo*us souscrivez l'assurance *vo*yage après avoir quitté *vo*tre province ou territoire de résidence, les protections n'entreront en vigueur que cinq (5) jours après la souscription à l'assurance *vo*yage si l'*u*rgence est associée à une *ma*ladie.

D – FIN DE L'ASSURANCE VOYAGE

L'assurance *vo*yage prend fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date d'expiration indiquée sur *vo*tre confirmation d'assurance *vo*yage ;
- 2) la date et l'heure de *vo*tre retour dans *vo*tre province ou territoire de résidence sous réserve de la protection relative à « l'interruption de *vo*yage sans résiliation de couverture » ;
- 3) la date et l'heure de retour de chacun de *vo*s *vo*yages dans *vo*tre province ou territoire de résidence, dans le cas du forfait *Voyages multiples* ;
- 4) la date à laquelle *vo*us atteignez le nombre maximal de jours permis par *vo*yage selon ce qui est indiqué sur *vo*tre confirmation d'assurance *vo*yage, dans le cas du forfait *Voyages multiples*.

PARTIE IV – LES PROTECTIONS

A – TABLEAU SOMMAIRE DES MONTANTS DE PROTECTIONS ET LIMITES APPLICABLES

Les montants suivants représentent les montants maximaux payables par *personne assurée* et par voyage. Les protections s'appliquent seulement si elles sont indiquées sur *votre confirmation d'assurance voyage*.

PROTECTIONS	MONTANTS REMBOURSABLES ET LIMITES APPLICABLES
PROTECTIONS DE BASE	
Montant d'assurance maximum	2 000 000 \$
1. Frais d'hospitalisation, de soins médicaux et paramédicaux d'urgence	
a) Frais d'hospitalisation	Jusqu'à concurrence du montant d'assurance maximum
b) Honoraires de médecin	
c) Appareils médicaux	
d) Frais de diagnostic	
e) Frais accessoires	100 \$ par hospitalisation
f) Honoraires d'infirmiers	5 000 \$
g) Médicaments prescrits dans le cadre d'un traitement d'urgence	Quantité suffisante pour 30 jours, jusqu'à concurrence de 500 \$, sauf en cas d'hospitalisation
h) Soins paramédicaux	500 \$ par profession
i) Services et soins dentaires d'urgence	3 000 \$

Suite page suivante

PROTECTIONS	MONTANTS REBOURSABLES ET LIMITES APPLICABLES
2. Frais de transport médical d'urgence	
a) Service d'ambulance	Jusqu'à concurrence du montant d'assurance maximum
b) Rapatriement médical d'urgence dans la province de résidence	
c) Retour d'un <i>compagnon de voyage</i>	Frais pour l'achat d'un billet d'un transporteur public le plus économique, par la route la plus directe
d) Transport de <i>membres de la famille</i>	2 500 \$
e) Frais d'hébergement et de repas	200 \$ par jour et 1 600 \$ au total
f) Retour du <i>véhicule</i>	4 000 \$
g) Rapatriement de la dépouille	10 000 \$
h) Incinération à l'endroit du décès	4 000 \$
i) Retour d'un chien ou d'un chat de compagnie	500 \$
j) Retour de la <i>personne assurée</i> à destination	2 000 \$
k) Interruption de <i>voyage</i> sans résiliation de contrat dans le cadre d'un forfait <i>Voyage</i> unique	Jusqu'à concurrence de 21 jours consécutifs
PROTECTIONS ENRICHIES (telles qu'indiquées sur votre confirmation d'assurance voyage)	
Protections de base (telles que mentionnées ci-dessus) avec une augmentation du montant d'assurance maximum	5 000 000 \$
<i>Voyage aller-retour d'urgence</i>	2 000 \$

B – DESCRIPTION DES PROTECTIONS DE BASE

Sous réserve des conditions, limitations, exclusions et réductions applicables à l'assurance *voyage*, les frais suivants sont admissibles pourvu qu'ils soient *raisonnables, usuels et coutumiers*. Ils sont également remboursables jusqu'à concurrence des montants indiqués au TABLEAU SOMMAIRE DES MONTANTS DE PROTECTION ET LIMITES APPLICABLES.

1) FRAIS D'HOSPITALISATION, DE SOINS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX D'URGENCE

Les frais et les déplacements prévus aux points suivants ne sont payables que s'ils sont approuvés au préalable par le service d'assistance.

a) Frais d'hospitalisation

Jusqu'à concurrence des frais d'une chambre à deux lits. Si nécessaire du point de vue médical, sont également couverts les frais des soins administrés dans une unité de soins intensifs ou une unité de soins coronariens.

b) Honoraires de *médecin*

Les soins médicaux administrés par un *médecin*.

c) Appareils médicaux

Les frais d'achat ou de location de béquilles, de cannes ou d'attelles ; les frais de location de fauteuils roulants, d'appareils orthopédiques ou d'autres appareils médicaux, lorsque prescrits par le *médecin* traitant.

d) Frais de diagnostic

Les frais d'analyses de laboratoire et de radiographies lorsque ceux-ci sont prescrits par le *médecin* traitant dans le cadre de soins médicaux d'*urgence*.

e) Frais accessoires

Les frais inhérents (téléphone, télévision, stationnement, etc.) à une *hospitalisation*, sur présentation de pièces justificatives, jusqu'à un maximum remboursable de 100 \$ par *hospitalisation*.

f) Honoraires d'infirmiers

Les honoraires pour les soins privés d'un infirmier autorisé (sans aucun lien de parenté avec la *personne assurée*) durant la période de convalescence immédiatement après une *hospitalisation* couverte, lorsque ces soins sont médicalement requis et prescrits par le *médecin* traitant, jusqu'à concurrence d'un montant remboursable de 5 000 \$.

g) Médicaments prescrits dans le cadre d'un traitement d'urgence

Les frais pour les médicaments obtenus sur ordonnance d'un *médecin*, jusqu'à concurrence d'un montant remboursable de 500 \$. Toutefois, aucun maximum de remboursement n'est applicable si la *personne assurée* est *hospitalisée* et si les médicaments sont prescrits en vue de stabiliser sa condition médicale.

De plus, les frais de médicaments prescrits dans le cadre d'un *traitement d'urgence* sont remboursables pendant une durée maximale de 30 jours suivant la date à laquelle est survenue la situation d'*urgence*.

h) Soins paramédicaux

Les honoraires d'un physiothérapeute et d'un chiropraticien, lorsque prescrit par un *médecin*, jusqu'à un montant remboursable de 500 \$ par profession.

i) Services et soins dentaires d'urgence

Les prestations sont payables jusqu'à concurrence de 3 000 \$ à la suite d'un coup *accidentel* direct à la bouche nécessitant la réparation ou le remplacement des dents saines et naturelles ou des dents artificielles attachées de manière permanente. Des prestations sont aussi payables pour tout autre *traitement d'urgence* afin de soulager la douleur, excluant la douleur causée par un coup direct à la bouche, jusqu'à concurrence d'un montant remboursable de 500 \$. Tout *traitement* dentaire doit débuter dans les 48 heures du début de l'*urgence* et doit être terminé au plus tard 90 jours après le début du *traitement*.

2) FRAIS DE TRANSPORT MÉDICAL D'URGENCE

Les frais et les déplacements prévus aux points suivants ne sont payables que s'ils sont approuvés au préalable par le service d'assistance.

Tous les frais de transport sont limités aux frais remboursables qui auraient été exigés par le transporteur public le plus économique, par la route la plus directe.

a) Service d'ambulance

Les frais d'ambulance, par voie terrestre ou aérienne, pour transporter la *personne assurée* à l'hôpital le plus proche. Les frais de transfert entre hôpitaux sont également couverts lorsque le médecin et le service d'assistance estiment que l'établissement où est hospitalisée la *personne assurée* ne peut traiter adéquatement ou stabiliser la condition de la *personne assurée*.

b) Rapatriement médical d'urgence

Les frais de rapatriement de la *personne assurée* à son domicile ou jusqu'à un hôpital dans sa province ou territoire de résidence pour y recevoir les soins médicaux adéquats. Le transfert doit être effectué par le transporteur public jugé le plus approprié par le médecin traitant pour ce type de transfert. Le retour dans la province ou territoire de résidence doit être effectué dès que l'état de santé de la *personne assurée* le permet. Si l'état de santé de la *personne assurée* l'exige, le service d'assistance peut envoyer une escorte médicale auprès de la *personne assurée* pour l'accompagner lors du rapatriement.

c) Retour d'un compagnon de voyage

Lors du rapatriement ou du transport d'une *personne assurée*, les frais pour l'achat d'un billet d'un transporteur public, si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé, pour ramener les personnes à charge d'une *personne assurée*, ou d'un *compagnon de voyage*, dans leur province ou territoire de résidence.

d) Transport de *membres de la famille*

- I. Les frais de transport aller-retour d'un *membre de la famille* de la *personne assurée* entre son lieu de résidence et l'*hôpital* où la *personne assurée* est *traitée* depuis au moins cinq (5) jours consécutifs afin d'être à son chevet. La nécessité de la visite d'un *membre de la famille* doit être confirmée par le *médecin* traitant la *personne assurée*. Les frais sont limités à un remboursement maximal de 2 500 \$.
- II. Les frais engagés pour le retour des *enfants à charge* assurés par le présent contrat dans leur province ou territoire de résidence si la *personne assurée*, en raison d'une *maladie* ou d'une *blessure* couverte, ou un autre adulte faisant partie du *voyage* ne peut assurer la supervision des enfants.
- III. Les frais de transport aller-retour d'un *membre de la famille* de la *personne assurée* pour permettre l'identification du corps de la *personne assurée* qui est décédée au cours du *voyage*, avant le rapatriement de la dépouille si nécessaire selon le *médecin* traitant. Si la *personne assurée* était déjà accompagnée d'un *membre de la famille* âgé d'au moins 18 ans, les frais engagés par un autre *membre de la famille* pour l'identification du corps ne sont pas admissibles. Les frais sont limités à un remboursement maximal de 2 500 \$.

e) Frais d'hébergement et de repas

Les frais d'hébergement et de repas engagés dans un établissement commercial lorsqu'une *personne assurée*, un *membre de la famille* l'accompagnant ou son *compagnon de voyage* doit reporter la date de son retour en raison d'une *blessure* qu'il a subie ou d'une *maladie* qu'il a contractée. Les frais sont limités à un remboursement maximal de 200 \$ par jour pour l'ensemble des *personnes assurées* faisant partie d'une même famille, jusqu'à concurrence d'un maximum global de 1 600 \$.

f) Retour du véhicule

Les frais engagés par une agence commerciale pour ramener le *véhicule* de la *personne assurée* à sa résidence, ou un *véhicule* de location à l'agence de location la plus rapprochée de l'endroit où la *personne assurée* séjourne. Les frais sont admissibles si la *personne assurée* est incapable de conduire ce *véhicule* en raison de la *blessure* qu'elle a subie ou de la *maladie* qu'elle a contractée selon la recommandation écrite du *médecin* traitant. Toute personne accompagnant la *personne assurée* doit également être dans l'impossibilité de conduire le *véhicule*. Les frais sont limités à un remboursement maximal de 4 000 \$.

g) Rapatriement de la dépouille

Dans le cas d'un décès à la suite d'une *blessure* ou d'une *maladie* couverte, l'*Assureur* convient de rembourser les frais de préparation et de rapatriement du corps d'une *personne assurée* décédée jusqu'au lieu d'inhumation ou de crémation dans sa province ou territoire de résidence. Les frais engagés pour l'achat du cercueil ou de l'urne funéraire sont exclus. Les frais sont limités à un remboursement maximal de 10 000 \$.

h) Incinération à l'endroit du décès

Si la crémation ou l'inhumation de la *personne assurée* décédée a lieu à l'endroit où elle séjournait, les frais sont alors limités à un montant remboursable de 4 000 \$.

i) Retour d'un chien ou d'un chat de compagnie

Si la *personne assurée* est évacuée par voie aérienne vers sa province ou son territoire de résidence pour une *urgence* médicale, l'*Assureur* remboursera jusqu'à concurrence de 500 \$ les frais de retour au Canada de son chien ou chat de compagnie.

j) Retour de la *personne assurée* à destination

Dans le cas où la *personne assurée* est transportée vers sa province ou son territoire de résidence sous la protection Rapatriement médical d'*urgence* dans la province ou le territoire de résidence, l'*Assureur* remboursera les frais d'un aller simple en classe économique pour son retour vers la ville où l'évacuation aérienne a commencé. Ces frais ne sont remboursables qu'une seule fois par *voyage* et l'*Assureur* ne procédera à aucun remboursement en vertu des dispositions de la présente section pour des frais engagés après la date de retour initialement prévue.

Toute récurrence ou complication de la *blessure* ou de la *maladie* qui a entraîné son retour à la maison n'est pas assurée au titre de l'assurance *voyage*, sauf si la *personne assurée* a obtenu au préalable l'approbation du service d'assistance.

k) Interruption de *voyage* sans résiliation de contrat

Cette protection est offerte uniquement dans le cadre du forfait *Voyage unique*

Cette protection *vous* permet de retourner dans *votre* province ou territoire de résidence sans que l'assurance *voyage* soit résiliée pour un maximum de 21 jours consécutifs, à la condition que *vous* ayez soumis au préalable une demande à cet effet auprès de SécuriGlobe et que cette demande ait été approuvée. Aucun remboursement de prime ne *vous* sera accordé pour les jours passés à *votre* lieu de résidence. Si *votre* condition médicale change durant l'interruption de *voyage* sans résiliation de contrat, *vous* devez en aviser le service d'assistance avant de quitter *votre* province ou territoire de résidence pour vérifier si l'assurance *voyage* sera maintenue. L'*Assureur* se réserve le droit de réévaluer l'admissibilité à l'assurance.

C – DESCRIPTION DES PROTECTIONS ENRICHIES

1) AUGMENTATION DU MONTANT D'ASSURANCE MAXIMUM

Cette protection augmente le montant d'assurance maximal à 5 000 000 \$, comme mentionné dans le Tableau sommaire des montants de protections et limites applicables et sur *vo*tre confirmation d'assurance voyage.

2) VOYAGE ALLER-RETOUR D'URGENCE

Cette protection est offerte dans le cadre du forfait *Voyage* unique d'une durée de 30 jours et plus. Elle n'est pas offerte dans le cadre du forfait *Voyages* multiples, à l'exception des cas où il y a souscription à une assurance complémentaire. La *franchise* ne s'applique pas à cette protection.

Sous réserve de l'approbation préalable du service d'assistance et à la suite de la réception de la demande de règlement accompagnée des pièces justificatives, cette protection rembourse les frais imprévus et admissibles pour un billet d'*avion* aller-retour en classe économique par le trajet le plus direct jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par *personne assurée* et par assurance voyage pour un retour temporaire dans *vo*tre province ou territoire de résidence dans les circonstances suivantes :

a) un *membre de vo*tre famille, qui ne voyage pas avec *vo*us, est *hospitalisé* pour un minimum de cinq (5) jours consécutifs ou décède après que *vo*us ayez quitté *vo*tre province ou votre territoire de résidence ou le Canada ;

ou

b) *vo*tre résidence principale au Canada est rendue inhabitable ou *vo*tre lieu d'affaires est rendu inutilisable.

L'assurance *voyage* ne s'applique pas dans *vo*tre province ou territoire de résidence. Si *vo*tre condition médicale change pendant que *vo*us effectuez un *vo*yage aller-retour d'*urgence*, *vo*us devez en aviser le service d'assistance avant de quitter *vo*tre province ou territoire de résidence pour vérifier si *vo*tre assurance *vo*yage sera maintenue. L'*Assureur* se réserve le droit de réévaluer l'admissibilité à l'assurance.

*Vo*us n'êtes pas admissible à cette protection si :

- a) au cours des 90 jours précédant le début de *vo*tre assurance *vo*yage, le membre de *vo*tre famille pour lequel vous effectuez l'aller-retour d'*urgence* :
 - I. a été *hospitalisé* pour la même condition qui occasionne *vo*tre retour dans *vo*tre province de résidence ou ;
 - II. se trouvait dans un centre d'hébergement de longue durée ou ;
 - III. a reçu un diagnostic de *maladie* en *phase terminale*.
- b) au moment de *vo*tre souscription à l'assurance *vo*yage, *vo*us aviez conscience de circonstances, faits ou problèmes de santé pouvant exiger *vo*tre retour avant la date prévue.

PARTIE V – LIMITATIONS, EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

A – EXCLUSION POUR LES ÉTATS DE SANTÉ PRÉEXISTANTS

La présente exclusion s'applique à *vous* et aux *membres de votre famille*, qu'ils voyagent ou non avec *vous*, et à *votre compagnon de voyage* et aux membres de sa famille.

Les protections NE couvrent PAS les pertes subies ou les frais engagés résultant directement ou indirectement, en totalité ou en partie, d'un *état de santé préexistant* qui n'était pas *stable* et sous contrôle au cours des cent quatre-vingts (180) jours précédant la date de début de l'assurance *voyage* à l'exception de ce qui suit:

- 1) dans le cas de l'hypertension artérielle ou d'un taux de cholestérol élevé, l'état de santé relatif à cette condition doit être *stable* et sous contrôle au cours des 30 jours précédant la date de début de l'assurance *voyage* ;
- 2) dans le cas d'un diabète de type II non *traité* au moyen d'insuline, l'état de santé relatif à cette condition doit être *stable* et sous contrôle au cours des 90 jours précédant la date de début de l'assurance *voyage*.

B – LIMITATIONS

- 1) Les prestations prévues en vertu de l'assurance *voyage* sont versées en supplément et non en remplacement des prestations prévues par le régime public d'assurance *maladie* de la province ou du territoire auquel *vous* participez, ou pourriez participer, ou de celles qui proviennent de contrats ou de régimes de toute autre nature. Veuillez consulter la PARTIE VI – CONDITIONS GÉNÉRALES – Coordination des prestations du présent contrat d'assurance *voyage*.

2) De concert avec *votre médecin* traitant, le service d'assistance se réserve le droit de *vous* transférer vers un *hôpital* ou d'organiser *votre* transport de retour dans *votre* province ou territoire de résidence à la suite d'une *urgence*. Si *vous* refusez d'être transféré ou transporté après avoir été déclaré médicalement apte à voyager, tous les frais qui continueront à être engagés après *votre* refus ne seront pas couverts et le paiement desdits frais sera *votre* responsabilité exclusive. L'assurance *voyage* se terminera au moment de *votre* refus et aucune assurance ne *vous* sera accordée pendant le reste de la *période assurée*.

3) **Acte de terrorisme – Limitations de l'assurance et somme globale maximale**

Lorsqu'un *acte de terrorisme* entraîne, directement ou indirectement, une perte qui aurait été autrement remboursable conformément aux dispositions du présent contrat, la protection s'applique comme suit :

- a) conséquemment à un *acte de terrorisme* ou à une série d'*actes de terrorisme* survenant au cours d'une période de 72 heures, la *somme globale maximale* payable pour l'ensemble des contrats d'assurance admissibles émis et administrés par l'*Assureur*, incluant le présent contrat d'assurance *voyage*, se limitera à 2 500 000 \$;
- b) conséquemment à un *acte de terrorisme* ou à une série d'*actes de terrorisme* survenant au cours d'une même année civile, la *somme globale maximale* payable pour l'ensemble des contrats d'assurance admissibles émis et administrés par l'*Assureur*, incluant le présent contrat, se limitera à 5 000 000 \$;

- c) la somme payable pour chaque demande de règlement admissible relative aux sections a) et b) ci-dessus est versée en excédent de toutes celles qui proviennent d'autres sources de recouvrement et est réduite au prorata de sorte que le montant total payé pour l'ensemble des demandes de règlement n'excède pas la *somme globale maximale* respective qui sera payée après la fin de l'année civile et après l'évaluation de toutes les demandes de règlement reliées à l'acte ou aux *actes de terrorisme*.

C – EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

L'assurance voyage NE couvre PAS les pertes subies ni les frais engagés résultant directement ou indirectement, en totalité ou en partie, de l'une des causes suivantes :

- 1) Le défaut de *vous* conformer aux directives décrites à la section « En cas d'*urgence* » au début de ce contrat.
- 2) tout service, *traitement* ou soin médical non autorisé par le service d'assistance ;
- 3) tout *traitement* facultatif ou non urgent, même si reçu à la suite d'une situation d'*urgence*, si ce *traitement* peut être obtenu dans la province ou le territoire de résidence de la *personne assurée* sans danger pour sa vie ou sa santé ;
- 4) toute *consultation médicale* non motivée par une situation d'*urgence*, toute *consultation médicale* facultative ou toutes les conséquences d'un acte médical facultatif ;
- 5) tout *traitement* qui aurait pu raisonnablement être retardé jusqu'au retour (volontaire ou non) de la *personne assurée* dans sa province ou territoire de résidence, par le prochain moyen de transport disponible, sauf si le *traitement* a été approuvé au préalable par le service d'assistance ;

- 6) tout service, soin médical ou *traitement* qui ne rencontre pas la définition d'*urgence* dont notamment mais sans s'y limiter : toute chirurgie esthétique, toute autre intervention chirurgicale électorive, tout *traitement* de *maladie* chronique, *traitement* de réadaptation ou de convalescence ;
- 7) toute récidive ou complication de la *maladie* ou de la *blessure* qui a entraîné le retour de la *personne assurée* dans sa province ou territoire de résidence, si elle a choisi de poursuivre ensuite son *voyage* ;
- 8) toute récidive ou complication de la *maladie* ou de la *blessure* découlant de l'*urgence* médicale initiale, si, selon le service d'assistance, l'*urgence* médicale a pris fin ;
- 9) tout *voyage* entrepris dans le but d'obtenir un avis médical ou de suivre un *traitement*, même sur la recommandation d'un *médecin* ;
- 10) tout *voyage* entrepris malgré l'avis d'un *médecin* ou après le diagnostic d'une condition en *phase terminale* ;
- 11) tout *traitement* découlant de troubles mentaux, nerveux, psychologiques, psychotiques ou psychiatriques incluant la dépression, l'anxiété et l'insomnie ;
- 12) un suicide, une tentative de suicide ou d'automutilation, que la *personne assurée* soit saine d'esprit ou non ;
- 13) toute grossesse, tout accouchement, tous soins prénataux courants, tout enfant né durant le *voyage* de même que les complications liées à toute grossesse ou à tout accouchement lorsque ces complications surviennent dans les neuf (9) semaines précédant ou suivant la date prévue de l'accouchement ;
- 14) tout *traitement* de fertilité ou interruption volontaire ou non de grossesse ;
- 15) tout *traitement* attribuable à l'abus d'alcool, de substances toxiques ou de médicaments ou à la consommation de drogues ainsi qu'à l'inobservation d'une ordonnance médicale ;

- 16) tous frais liés à l'achat de médicaments en vente libre, prescrits ou non ;
- 17) tous frais de déplacement pour se rendre à l'hôpital, consulter un *médecin* ou visiter une clinique, sauf comme définis dans le présent contrat ;
- 18) tout *voyage*, autrement qu'à titre de passager, à bord d'un aéronef commercial habilité à transporter des passagers contre rémunération, sauf si le transport a été approuvé au préalable par le service d'assistance ;
- 19) toute *blessure* survenue lors de la participation :
 - a) à une activité sportive en tant qu'athlète professionnel (personne engagée dans une activité constituant sa principale source de revenu),
 - b) à toute compétition de sport motorisé, course d'accélération ou toute autre course de *véhicule* à moteur,
 - c) à toute autre *activité à risque élevé* ;
- 20) tout *traitement* de naturopathie, *traitement* holistique, *traitement* de nature expérimentale ou *traitement* paramédical non couvert par l'assurance *voyage* ;
- 21) les frais couverts dont le montant dépasse les frais *raisonnables, usuels et coutumiers* normalement exigés à l'endroit où survient l'*urgence* ;
- 22) tout *traitement* ou service qui contreviennent aux dispositions de tout régime d'assurance *maladie* de la province ou territoire de résidence de la *personne assurée* ;
- 23) toute *maladie* ou *blessure* survenue dans une ville, une région ou un pays lorsque, avant la date de début de l'assurance *voyage*, le gouvernement canadien avait émis un avis écrit déconseillant tous les *voyages* ou tous les déplacements non essentiels dans la ville, la région ou le pays en question et que la *maladie* ou la *blessure* est liée à la raison pour laquelle cet avis a été publié ;

- 24) toute *maladie, blessure* survenue ou tous frais engagés dans les situations suivantes :
- a) *acte de guerre*, guerre civile, émeute, rébellion, insurrection, révolution, invasion, hostilités ou toute opération guerrière (avec ou sans déclaration de guerre), agitation civile, renversement d'un gouvernement légalement constitué, pouvoir militaire ou illégitime, explosions d'armes de guerre, utilisation d'armes nucléaires, chimiques ou biologiques, contamination radioactive,
 - b) toute action prise dans le but de contrôler, d'empêcher ou d'arrêter les actes mentionnés en a) ci-dessus ;
- 25) la perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte illégal ou d'un acte criminel perpétré par la *personne assurée* ou par son mandataire, seul ou de connivence avec d'autres.

PARTIE VI – CONDITIONS GÉNÉRALES

A – CONTRAT

Le contrat est composé de la proposition, de la confirmation d'assurance *voyage*, du contrat, de tout document joint au contrat lors de l'émission et de toute modification au contrat convenu par écrit entre les parties après l'émission de celui-ci.

B – MODIFICATION

Les conditions de ce contrat ne peuvent être modifiées à moins d'une entente écrite entre *vous* et l'*Assureur*. La renonciation ou l'omission de l'*Assureur*, d'exiger l'exécution ou l'observation d'une disposition quelconque du contrat ne doit pas être interprétée comme une renonciation de la part de l'*Assureur* à son droit d'exiger l'exécution ou l'observation de toute disposition.

C – COORDINATION DES PRESTATIONS

Cette assurance est une assurance dite « second payeur ». Les sommes payables au titre de la présente assurance se limitent aux frais admissibles engagés à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence au Canada excédant le ou les montants d'assurance de la *personne assurée* relativement à toute perte ou à tout dommage assuré ou à tout sinistre payable en vertu de tout régime ou contrat d'assurance, qu'il s'agisse d'une assurance de responsabilité, d'une assurance collective ou individuelle ou d'une assurance *maladie* complémentaire, d'une assurance automobile privée ou publique offrant une couverture pour soins hospitaliers, médicaux ou thérapeutiques, ou encore de toute autre assurance concurremment en vigueur. Les règles de coordination des garanties de régimes liées à l'emploi sont soumises aux normes de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes. En aucun cas l'*Assureur* ne tentera de recouvrer des sommes payables au titre d'un régime lié à l'emploi si le maximum viager pour toute

couverture à l'intérieur et à l'extérieur du pays équivaut à 50 000 \$ ou moins. L'assuré ne peut recevoir plus de 100 % du montant de protection assuré.

D – FRAUDE, FAUSSE DÉCLARATION, RÉTICENCE OU NON-DIVULGATION

Toute fraude ou tentative de fraude, fausse déclaration, non-divulgence ou réticence de *vo*tre part sur des faits essentiels ou des circonstances concernant l'assurance, que ce soit au moment de la souscription du contrat, de la demande de règlement ou à tout autre moment au cours de la vie du contrat, entraîne la nullité totale du contrat et la perte de vos droits aux prestations.

Dans le cas où il y a erreur sur *vo*tre âge, et à condition que *vo*tre âge corresponde aux critères d'admissibilité de l'assurance *vo*yage, les primes seront rajustées en fonction de *vo*tre âge réel, à la date à laquelle *vo*us êtes devenu couvert. Toute modification apportée à la prime est payable dès réception d'un avis de prime.

E – DROIT AU REMBOURSEMENT

Afin de recevoir des prestations au titre de l'assurance *vo*yage, *vo*us acceptez de faire ce qui suit :

- 1) rembourser à l'Assureur tous les frais relatifs aux soins hospitaliers, médicaux et paramédicaux d'urgence payés en vertu de ce contrat à partir de tout montant reçu d'un tiers responsable (entièrement ou partiellement), que ce montant soit payé aux termes d'un jugement ou d'un règlement à l'amiable ;
- 2) lorsque cela est raisonnable, intenter une poursuite en dédommagement contre le tiers, notamment en vue d'obtenir le remboursement des frais relatifs aux soins hospitaliers, médicaux et paramédicaux d'urgence payés en vertu de ce contrat ;

- 3) inclure tous frais relatifs aux soins hospitaliers, médicaux et paramédicaux d'*urgence* payés au titre de l'assurance *voyage* dans tout règlement à l'amiable que *vous* concluez avec le tiers ;
- 4) agir de manière raisonnable afin de protéger le droit au remboursement de l'*Assureur* de tous frais relatifs aux soins hospitaliers, médicaux et paramédicaux d'*urgence* payés en vertu de ce contrat ;
- 5) informer l'*Assureur* sur l'évolution de toute poursuite judiciaire intentée contre le tiers ; et
- 6) aviser *votre* avocat relativement au droit au remboursement conféré à l'*Assureur* en vertu de ce contrat ;
- 7) contacter le service d'assistance.

Vos obligations aux termes de la présente disposition ne sauraient limiter de quelque manière que ce soit le droit de l'*Assureur* de présenter un recours par subrogation en *votre* nom contre le tiers. Si l'*Assureur* choisit de se prévaloir d'un tel droit, *vous* acceptez de lui apporter *votre* entière collaboration.

F – DROIT D'EXAMEN

Le réclamant d'une demande de règlement consent à donner à l'*Assureur* la possibilité de faire subir un examen à la *personne assurée* aussi souvent qu'il peut être raisonnable de le faire tant que la demande de règlement est à l'étude. En cas de décès de la *personne assurée*, l'*Assureur* peut demander une autopsie sous réserve que les lois du territoire en cause le permettent.

G – HEURE

Le contrat arrive à échéance à l'heure dite du fuseau horaire de l'endroit où *vous* résidiez au moment de la souscription.

H – LOI APPLICABLE

Les lois de la province ou du territoire du Canada où *vous* résidez habituellement régiront l'assurance *voyage*, y compris tous les litiges concernant l'interprétation et son exécution. Toute action ou poursuite légale intentée par *vous* ou par toute personne requérant en *votre* nom ou par un ayant cause des prestations en vertu de l'assurance *voyage* doit être soumise à la juridiction de ladite province ou dudit territoire du Canada. Aucune autre juridiction n'aura compétence à entendre toute action ou poursuite.

I – MONNAIE

Tous les montants d'argent mentionnés dans le présent contrat de même que toutes les sommes payables en vertu du contrat sont en monnaie légale du Canada à l'exception des *franchises* qui sont traitées en monnaie légale des États-Unis d'Amérique. Le taux de change utilisé pour le remboursement des sommes payables sera celui en vigueur au jour du traitement de *votre* demande de règlement.

J – PAIEMENT DES PRESTATIONS

Si *vous* êtes assuré en vertu de plusieurs contrats d'assurance établis par l'*Assureur*, la somme totale qui sera versée ne peut excéder les frais que *vous* avez effectivement engagés sous réserve de la clause relative à la subrogation.

Aucune prestation impayée ne porte intérêt.

K – PRIMES

La prime est exigible et payable en totalité au moment de la souscription. Elle est établie au taux courant en fonction de *votre* âge à la date de début de l'assurance *voyage* et de la durée de *votre* voyage. La prime peut être modifiée sans préavis.

L – SUBROGATION

Si une *personne assurée* acquiert un droit d'action ou de poursuite contre toute personne physique ou morale relativement à une perte couverte en vertu du présent contrat, l'*Assureur* est subrogé à la *personne assurée* dans tous ses droits jusqu'à concurrence du montant payé par l'*Assureur*. La *personne assurée* doit signer et remettre les documents nécessaires à cet effet et faire tout ce qui est requis pour protéger ses droits à défaut de quoi l'*Assureur* se réserve le droit de refuser la réclamation.

PARTIE VII – PROLONGATION DE SÉJOUR

Communiquez avec SécuriGlobe au 1 888 211-4444 pour souscrire une protection additionnelle. Une prime supplémentaire est payable et correspond à la différence entre la prime initiale et la prime pour la durée totale incluant la prolongation.

A – DEMANDE DE PROLONGATION DE L'ASSURANCE AVANT DE QUITTER VOTRE PROVINCE OU TERRITOIRE DE RÉSIDENCE

Lorsqu'un *voyage* planifié doit dépasser le nombre de jours autorisés en vertu de *votre assurance voyage*, vous pouvez demander une prolongation. Cette prolongation est :

- 1) assujettie aux mêmes conditions que *votre forfait* ;
- 2) considérée comme étant une *période assurée* continue avec celle de *votre forfait*, aux fins de l'application de l'exclusion pour les *états de santé préexistants*, considérée comme étant une *période assurée* continue avec celle de tout autre régime ou contrat d'assurance établi par l'Assureur.

Toute condition *traitée* durant une *période assurée* initiale couverte par tout régime ou contrat d'assurance établi par un autre assureur sera automatiquement exclue. L'Assureur se réserve le droit de refuser toute demande de prolongation d'assurance *voyage*.

B – DEMANDE DE PROLONGATION DE L'ASSURANCE APRÈS AVOIR QUITTÉ VOTRE PROVINCE OU TERRITOIRE DE RÉSIDENCE

Si *vous* décidez de prolonger *votre* séjour après avoir quitté *votre* province ou territoire de résidence, *vous* pouvez demander une prolongation de couverture si *vous* :

- 1) soumettez *votre* demande avant la date d'échéance de *votre* assurance *voyage* ; et
- 2) n'avez aucune raison de demander une *consultation médicale* durant la prolongation de couverture.

Si *vous* avez présenté une demande de règlement, SécuriGlobe évaluera *votre* dossier avant de procéder à la prolongation. **Toute condition traitée durant la période assurée initiale sera automatiquement exclue dès le début de la période de prolongation.** L'Assureur se réserve le droit de refuser toute demande de prolongation d'assurance *voyage*.

C – PROLONGATION AUTOMATIQUE DE L'ASSURANCE VOYAGE

L'assurance *voyage* est automatiquement prolongée dans les cas suivants :

- 1) *votre* transporteur public ou *votre* véhicule accuse un retard indépendamment de *votre* volonté. Dans ce cas, l'Assureur prolongera *votre* assurance *voyage* pour une durée maximale de soixante-douze (72) heures ;
- 2) *vous* êtes ou *votre* compagnon de *voyage* est hospitalisé à la date d'expiration indiquée sur *votre* confirmation d'assurance *voyage*. Dans ce cas, l'Assureur prolongera *votre* assurance *voyage* pour la durée de l'hospitalisation et pour une période maximale de cinq (5) jours après le congé de l'hôpital ; ou

- 3) *vous faites ou votre compagnon de voyage fait face à une urgence médicale qui, sans nécessiter l'hospitalisation, vous empêche de voyager le jour de la date d'expiration indiquée sur votre confirmation d'assurance voyage, comme le confirme un médecin. Dans ce cas, l'Assureur prolongera votre assurance voyage pour une durée maximale de cinq (5) jours suivant cette date d'expiration.*

En aucun cas cependant, l'Assureur ne prolongera l'assurance voyage après la période de douze (12) mois suivant la date à laquelle *vous* avez quitté votre lieu de résidence.

PARTIE VIII – DEMANDES DE RÈGLEMENT

A – PRÉSENTATION DES DEMANDES DE RÈGLEMENT

Vous ou l'auteur de la demande de règlement, s'il ne s'agit pas de la même personne, serez responsable de vérifier les éléments suivants :

- 1) les frais médicaux engagés et l'obtention d'une liste détaillée des services médicaux dispensés ;
- 2) tout paiement versé dans le cadre d'un régime d'assurance *hospitalisation* ou d'assurance *maladie* provincial ou territorial ;
- 3) tout versement fait par un autre régime ou contrat d'assurance ;
- 4) la documentation de nature médicale donnée à l'appui par *votre* province ou territoire de résidence, à la demande du service d'assistance.

L'omission de fournir la documentation à l'appui a pour effet d'invalider toutes les demandes de règlement effectuées au titre du présent contrat d'assurance *voyage*.

Remarques importantes

- 1) Les frais engagés à des fins de documentation ou d'établissement de rapports requis sont à *votre* charge.
- 2) Si le formulaire de demande de règlement n'est pas rempli au complet et présenté avec toute la documentation requise, le traitement de *votre* demande de règlement pourrait être retardé.
- 3) *Vous* pouvez obtenir tous les formulaires de demande de règlement en téléphonant au service d'assistance.
- 4) Après le premier examen, le service d'assistance peut demander des documents additionnels à l'appui d'une demande de règlement.

B – DÉLAI POUR TOUTE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Les demandes de règlement doivent être présentées dans les 90 jours suivant la fin du sinistre.

C – PREUVE DE LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

Vous devez soumettre les preuves écrites au soutien de *votre* demande de règlement dans les 120 jours suivant la fin du sinistre.

Prière de joindre les documents suivants à *votre* demande de règlement :

- 1) le formulaire rempli, signé et accompagné de tous les reçus et factures originaux ;
- 2) les dossiers médicaux pertinents, y compris le rapport de la salle d'*urgence* et le diagnostic prononcé par un établissement médical ou un certificat rempli par le *médecin* traitant. Les frais payés pour l'établissement de ce certificat ne font pas partie des frais remboursables au titre du présent contrat d'assurance *voyage* ;
- 3) tous les formulaires pertinents du régime provincial d'assurance *maladie*, dûment remplis (voir les précisions dans le formulaire de demande de règlement).

D – COORDONNÉES POUR ENVOYER VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT

CanAssistance

550, rue Sherbrooke Ouest, bureau B-9
Montréal (Québec) Canada H3A 3S3

Appels sans frais du Canada et des États-Unis :
1 855 906-2194

Appels à frais virés de partout dans le monde :
514 906-2194

PARTIE IX – DÉFINITIONS

Accident(el) désigne un événement soudain, fortuit et imprévu qui résulte exclusivement d'une cause extérieure de nature violente et non intentionnelle et qui entraîne directement, et indépendamment de toute autre cause, des lésions corporelles constatées par un *médecin*. La tentative de suicide n'est pas considérée comme un *accident*, qu'elle entraîne ou non des lésions corporelles.

Acte de guerre désigne tout acte hostile ou guerrier, déclaré ou non, commis en temps de paix ou de guerre en raison d'un gouvernement local ou étranger ou un groupe étranger, une agitation civile, insurrection, rébellion ou guerre civile.

Acte de terrorisme désigne un acte, y compris, mais sans s'y limiter, l'usage de la force ou de la violence ou d'une menace en ce sens pour commettre ou menacer de commettre un geste dangereux à l'endroit de quelque personne ou de quelque groupe ou gouvernement que ce soit, acte ou geste commis à des fins politiques, religieuses, idéologiques, sociales, économiques ou autres, y compris l'intention d'intimider, de forcer ou de renverser un gouvernement (de fait ou de droit) ou d'influencer, ou de protester contre quelque gouvernement ou d'y porter atteinte, ou de terroriser la population civile ou quelque partie de cette dernière.

Activité à risque élevé désigne tout type de ski ou de planche à neige pratiqué hors piste, le saut à ski, le parachutisme, le vol libre et toute épreuve de vol plané, le bungee, la plongée en scaphandre autonome (sauf si accréditée par un organisme internationalement reconnu ou acceptée par un programme comme NAUI (National Association of Underwater Instructors) ou PADI (Professional Association of Diving Instructors), ou encore si la profondeur de la plongée ne va pas au-delà de 30 mètres), la descente en eaux vives (sauf dans le cas des rapides de classe 1 à 4), la luge, le skeleton, l'alpinisme, l'escalade de rocher, la planche nautique à cerf-volant ou la participation à des rodéos.

Affection mineure désigne toute *maladie, blessure* qui ne requiert pas :

- 1) de médicaments prescrits pour une période de plus de 21 jours ;
- 2) plus d'une visite de suivi chez le *médecin* ;
- 3) une *hospitalisation*, une intervention chirurgicale ou d'être dirigé vers un spécialiste.

Pour être considéré comme une *affection mineure*, la *maladie*, la *blessure* ou le trouble de santé doit avoir pris fin au moins 30 jours consécutifs avant la date de départ de chaque *voyage*. Toutefois, un trouble de santé chronique ou toute complication liée à un trouble de santé chronique ou une récurrence n'est pas considéré comme une *affection mineure*.

Affection cardiovasculaire désigne tout trouble relatif au cœur ou au système cardiovasculaire, incluant, mais sans s'y limiter : crise cardiaque, infarctus du myocarde, péricardite, arythmie, fibrillation auriculaire, rythme cardiaque irrégulier, souffle cardiaque, douleur thoracique d'origine cardiaque, angine, coronaropathie, artériosclérose, insuffisance cardiaque, cardiomyopathie, œdème pulmonaire, ou tout autre type de *chirurgie cardiaque*.

Affection gastro-intestinale désigne tout trouble relatif à l'estomac ou l'intestin, incluant, mais sans s'y limiter : ulcère, diverticulite, diverticulose, calculs biliaires, colite ulcéreuse, *maladie* de Crohn, occlusion intestinale, cirrhose, pancréatite, hépatite, varice à l'œsophage, affection intestinale chronique, chirurgie abdominale ou intestinale, affection du foie, affection du pancréas, affection de la vésicule biliaire et hernie n'ayant pas été *traité* par chirurgie, le syndrome de l'intestin irritable.

Affection pulmonaire désigne *maladie* pulmonaire obstructive chronique (MPOC), asthme, bronchite chronique, emphysème, fibrose pulmonaire, ou tout trouble respiratoire qui nécessite le recours aux corticostéroïdes.

Assureur désigne La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.

Avion signifie tout *avion* multimoteur de transport ayant une masse au décollage maximale autorisée supérieure à 10 000 lb (4 540 kg), utilisé entre des aéroports licenciés par une compagnie de transport aérien régulier ou non régulier, canadienne ou d'immatriculation étrangère, titulaire d'un permis valide de compagnie aérienne de l'Office national des transports du Canada, ou un permis valide de service aérien commercial régulier entre points déterminés, ou son homologue étranger, à condition que cet appareil soit utilisé à ce moment pour fournir un transport autorisé en vertu de cet horaire ou de ce service aérien commercial régulier ou non régulier entre points déterminés.

Blessure désigne toute lésion corporelle soudaine que *vous* subissez durant le *voyage*, qui résulte directement d'une cause d'origine externe et purement *accidentelle*, indépendamment d'une *maladie* ou d'une affection et de toute autre cause.

Chirurgie cardiaque désigne pontage coronarien, pontage cardiaque, angioplastie cardiaque ou endoprothèse coronaire ou utilisation d'un stimulateur cardiaque ou d'un défibrillateur (excluant les changements de batterie).

Compagnon de voyage s'entend d'une personne qui *vous* accompagne en *voyage*, qui partage des frais d'hébergement et de transport avec *vous* et dont les frais d'hébergement et de transport sont payés avant *votre* départ. Un maximum de trois (3) personnes incluant *vous-mêmes* peut être considéré comme des *compagnons de voyage* au cours d'un même *voyage*.

Conjoint désigne la personne à laquelle *vous* êtes légalement mariée ou avec laquelle *vous* entretenez une relation conjugale depuis au moins une année complète avant la date de début de l'assurance *voyage* et qui habite avec *vous* sous un même toit. Pour les besoins de la présente assurance, *vous* ne pouvez avoir qu'un seul *conjoint*.

Consultation médicale désigne tout service d'ordre médical reçu d'un praticien de la médecine autorisé pour une *maladie*, une *blessure* ou un trouble de santé, comprenant notamment : un questionnaire, un examen, des tests, des conseils ou un *traitement*, une prescription de médicaments, mais pas nécessairement de diagnostic définitif. Les examens de santé réguliers faits en l'absence de *symptômes* ou qui ne permettent d'en découvrir aucun ne sont pas compris.

Enfant à charge désigne un enfant de la *personne assurée*, de son *conjoint*, ou des deux, âgé de trente (30) jours et de moins de vingt-cinq (25) ans avant le départ, non marié, qui dépend de la *personne assurée* pour son soutien.

État de santé préexistant désigne une *maladie*, une *blessure* ou un trouble de santé, diagnostiqué ou non par un *médecin* :

- 1) pour lequel *vous* avez présenté des *symptômes* ;
- 2) pour lequel *vous* avez demandé ou obtenu une *consultation médicale* ou des *traitements* ;
- 3) qui existait avant la date de début de l'assurance *voyage* incluant toute récurrence ou complication.

Franchise signifie le montant, en monnaie légale des États-Unis d'Amérique, que la *personne assurée* doit payer avant que tout autre frais admissible ne soit remboursé en vertu du présent contrat. La *franchise* est applicable une seule fois, par *personne assurée*, par *voyage*. Le montant de la *franchise* est indiqué sur *votre* confirmation d'assurance *voyage*. Le montant de la *franchise* doit être le même pour le *voyage* initial et la prolongation.

Si *vous* avez opté pour une *franchise* décroissante sur *votre* proposition d'assurance *voyage*, la *franchise* est applicable de la façon suivante :

- 1) 1 000 \$ pour la première période de 12 mois consécutifs ;

- 2) Par la suite, un montant de 200 \$ est déduit de la *franchise* de 1 000 \$, et ce, pour chaque période subséquente de 12 mois consécutifs.

Pour être admissible à cette *franchise* décroissante, vous devez :

- 1) Souscrire à chaque période de 12 mois consécutifs à un contrat d'assurance Solis pour une durée de *voyage* minimale de 40 jours ; et
- 2) opter pour une *franchise* de 1 000 \$; et
- 3) ne pas avoir présenté de demande de règlement.

Hôpital désigne un établissement dûment autorisé à fournir des services médicaux, chirurgicaux et diagnostiques aux malades *hospitalisés* sous la surveillance de *médecins*, et où se trouvent des infirmiers autorisés de garde en tout temps. Sont exclus les cliniques, établissements de soins palliatifs ou de longue durée, centres de réadaptation, centres de désintoxication, maisons de convalescence et de repos, centres d'hébergement et de soins de longue durée, foyers pour personnes âgées et établissements de cure.

Hospitalisé/Hospitalisation désigne un séjour d'au moins dix-huit (18) heures à l'*urgence* d'un *hôpital* ou à titre de patient alité admis.

Maladie désigne une détérioration de la santé, ou un désordre de l'organisme, constaté par un *médecin*, et dont l'origine se déclare pendant un *voyage* au cours de la *période assurée*. La grossesse n'est pas considérée comme une *maladie*, sauf en cas de complications pathologiques qui surviennent dans les trente-et-une (31) premières semaines.

Médecin désigne une personne qui ne vous est pas apparentée par le sang ou par alliance et qui possède les compétences et un permis d'exercice pour pratiquer la médecine ou effectuer des opérations chirurgicales dans les lieux où les services et *traitements* médicaux sont rendus.

Membre de la famille désigne *conjoint*, parents, tuteur légal, beau-père et belle-mère (*conjoint* du père ou de la mère), grands-parents, petits-enfants, belle-famille (famille du *conjoint*), enfants par le sang ou adoptés, enfants du *conjoint*, frères, sœurs, demi-frères, demi-sœurs, tantes, oncles, nièces et neveux.

Période assurée signifie la période entre le début de l'assurance *voyage* et la fin de l'assurance *voyage*, tels que définis dans la PARTIE III – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX du présent contrat.

Personne assurée désigne toute personne admissible dont le nom figure dans la proposition d'assurance *voyage*, pour laquelle le questionnaire d'assurabilité a été rempli, si nécessaire, et pour laquelle la prime exigible a été payée.

Phase terminale désigne un trouble de santé pour lequel un *médecin* estime que *vous* avez une espérance de vie d'au plus douze (12) mois ou pour lequel des soins palliatifs *vous* ont été prodigués avant la date de début de l'assurance *voyage*.

Raisnable, usuel et coutumier désigne les frais qui n'excèdent pas les frais normalement exigés par d'autres fournisseurs de services de catégorie similaire dans la même région pour offrir le même *traitement* relativement à une *maladie* ou à une *blessure* semblable.

Symptômes désigne une douleur, une sensation, une faiblesse, un trouble sensoriel.

Somme globale maximale désigne le montant correspondant au nombre total ou à la valeur maximale de tous les sinistres assurés provenant d'un seul événement.

Stable signifie tout trouble de santé (autre qu'une *affection mineure*) pour lequel les énoncés suivants sont vrais :

- 1) aucun nouveau diagnostic n'a été prononcé ni aucun nouveau *traitement* ni aucun changement du type, de quantité et de fréquence du *traitement* ;
- 2) *vous* n'avez pas présenté de *symptômes*, été *hospitalisé* et aucun test n'a démontré une détérioration de *votre* état de santé ;
- 3) aucune *consultation médicale* n'est prévue ou a été recommandé chez un *médecin* spécialiste ou *vous* n'êtes pas en attente de résultats de tests effectués par du personnel médical.
- 4) aucun changement de fréquence ou de type de *traitement* n'a été observé ni aucun changement de quantité, de fréquence ou de type de médicament pris.

Exceptions : les ajustements courants de Coumadin, Warfarine, d'insuline ou de médicament pour contrôler le diabète par voie orale (à condition qu'ils ne soient pas nouvellement prescrits ou interrompus), le remplacement d'un médicament de marque par un médicament générique (pourvu que la posologie n'ait pas été modifiée), le passage de Plavix à un autre médicament ou l'arrêt de la prise de Plavix et le passage de Coumadin à Pradox, les ajustements courants de bronchodilatateur ou corticostéroïdes administré par inhalation si :

- a) aucun nouveau *symptôme* n'est apparu ni aucune hausse dans la fréquence ou la sévérité des *symptômes* ;
- b) les résultats de tests ne témoignent d'aucune détérioration du trouble de santé ;
- c) il n'y a eu aucune *hospitalisation* ou aucun renvoi à un *médecin* (effectué ou recommandé) et (ou) *vous* n'attendez pas de résultats ni d'examen plus poussés relativement à tel trouble de santé.

Traité/Traitement signifie un acte de nature médicale, thérapeutique ou diagnostique qui est prescrit, posé ou recommandé par un professionnel de la santé, notamment la prescription de médicaments, les suivis, les tests exploratoires et les interventions chirurgicales pour une *maladie*, une *blessure* ou un trouble de santé.

Urgence signifie toute *maladie* ou *blessure* inattendue et imprévue qui exige une attention médicale ou un *traitement* immédiat pour prévenir ou minimiser une menace à la vie ou à la santé de la *personne assurée*. Une *urgence* cesse d'exister quand la condition est *stable* et sous contrôle selon le service d'assistance.

Véhicule s'entend de toute automobile, familiale, camionnette, fourgonnette, autocaravane et caravane dont *vous* êtes propriétaire ou locataire, utilisé exclusivement pour le transport d'un maximum de sept (7) passagers non payants et dans lequel *vous* prenez place en tant que passager ou conducteur durant *votre voyage*.

Vous, votre et **vos** désignent une *personne assurée*.

Voyage veut dire un voyage à l'extérieur de *votre* province ou territoire de résidence par une *personne assurée* pendant la *période assurée*.

PARTIE X – REMBOURSEMENT DE PRIMES

Aucun remboursement ne sera effectué pour un montant inférieur à 10 \$.

Les demandes de remboursement de primes seront prises en considération uniquement dans le cas de non-départ ou de retour anticipé, sous réserve de ce qui suit.

A – REMBOURSEMENT DE PRIME EN CAS DE NON-DÉPART

- 1) Pour ceux qui détiennent un forfait *Voyage* unique, la demande de remboursement doit parvenir à SécuriGlobe avant la date du départ à défaut de quoi la demande sera considérée comme un remboursement partiel de prime pour retour anticipé.
- 2) Pour ceux qui détiennent un forfait *Voyages multiples*, la demande de remboursement doit parvenir à SécuriGlobe avant la date de début de l'assurance *voyage* ; il n'y aura aucun remboursement possible après cette date.

B – REMBOURSEMENT PARTIEL DE PRIME EN CAS DE RETOUR ANTICIPÉ

Les conditions suivantes doivent être respectées :

- 1) aucune demande de règlement n'a été faite ou n'est en cours de *traitement* pour un sinistre survenu durant la *période assurée* ;
- 2) aucune demande de règlement n'a été faite ou n'est en cours de *traitement* pour un sinistre survenu durant la *période assurée* initiale dans le cas d'une prolongation d'assurance ;

- 3) aucune dépense n'a été faite par l'Assureur pour un retour aérien d'*urgence* dans *vo*tre province ou territoire de résidence pour la *personne assurée* ou son *compagnon de voyage* ;
- 4) à moins de preuve contraire présentée par la *personne assurée*, la date sur le cachet postal de la lettre de demande de remboursement est considérée comme la date du retour du *voyage* et le remboursement prend effet à compter du lendemain.

Des frais d'administration de 15 \$ par contrat d'assurance *voyage* sont retenus sur tous les remboursements partiel de prime en cas de retour anticipé.

PARTIE XI – SERVICE D'ASSISTANCE

Avant d'obtenir tout *traitement*, service ou soin médical, *vous* devez communiquer avec le service d'assistance (appels sans frais : **1 855 906-2194**, appels à frais virés de partout dans le monde : **514 906-2194**). Si *vous* omettez de contacter le service d'assistance, les prestations auxquelles *vous* pourriez avoir droit seront réduites de 20 % jusqu'à un maximum de 25 000 \$. Les frais non payables par l'Assureur *vous* incomberont. Si *votre* état de santé ne *vous* permet pas d'appeler, *vous* devez demander à quelqu'un de le faire à *votre* place.

A – DESCRIPTION DU SERVICE D'ASSISTANCE

Le service d'assistance téléphonique est accessible sans frais, 24 heures sur 24, pendant toute la durée de *votre* contrat d'assurance. Il est offert en français et en anglais (un service d'interprète est disponible lorsque nécessaire).

Le service d'assistance voyage offert est le suivant :

1) Assistance avant départ

Service téléphonique pour obtenir des renseignements et des conseils fiables avant le départ en *voyage*.

- a) Exemples de questions sur la santé répondues par des infirmières qualifiées :
 - I. Vaccins requis ;
 - II. Précautions sanitaires (ex. : eau, nourriture) ou liées à la destination (ex. : soleil, altitude) ;
 - III. Précautions liées à l'état de santé (ex. : *maladie* chronique, allergies) ;
 - IV. Liste de choses à inclure dans une trousse de premiers soins.

b) Exemples de questions générales répondues par des chargés d'assistance qualifiés :

- I. Numéros de téléphone et codes de pays à l'étranger (comment nous joindre de l'étranger, consulats);
- II. Taux de change et devises étrangères;
- III. Passeports, visas ou autres documents exigés;
- IV. Fuseaux horaires et conditions météorologiques;
- V. Avertissements.

2) Assistance médicale et non médicale durant le voyage

Service téléphonique permettant aux voyageurs faisant face à des situations médicales ou non médicales d'obtenir toute l'assistance nécessaire.

a) Assistance médicale :

- I. Références à des *médecins* et/ou à des établissements de santé;
- II. Aide pour l'admission dans un établissement de santé;
- III. Coordination du transport pour les soins d'*urgence*;
- IV. Suivi du dossier médical par nos *médecins* et infirmières spécialisés en médecine d'*urgence*;
- V. Transmission de messages aux proches dans les situations d'*urgence*;
- VI. Organisation de la venue d'un *membre de la famille* si la personne assistée est *hospitalisée*;
- VII. Envoi d'aide médicale et de médicaments si la personne assistée est trop loin des établissements de santé pour y être transportée;

- VIII. Services d'interprète pour communiquer avec les intervenants dans les établissements de santé ;
 - IX. Aide en cas de barrières linguistiques pour rassurer et informer la personne sur son état de santé ;
 - X. Rapatriement si la situation l'oblige dans la ville de résidence dès que l'état de santé le permet. Rapatriement d'un *compagnon de voyage*, du *conjoint*, des *enfants à charge* ou des animaux de compagnie (chat ou chien) ;
 - XI. Rapatriement du *véhicule* au lieu de résidence ;
 - XII. Assistance en cas de décès (ex. : prise en charge des formalités auprès des autorités concernées, rapatriement du défunt).
- b) Assistance non médicale :
- I. Assistance dans le cas d'un aller-retour d'*urgence* (pour la *personne assurée* ayant choisi la protection enrichie) ;
 - II. Aide pour l'obtention d'avances de fonds ou pour l'augmentation de limite de carte de crédit ;
 - III. Aide pour remplacer des billets, un passeport, des papiers d'identité ou des documents officiels en cas de perte ou de vol afin de poursuivre le *voyage* ;
 - IV. Aide en cas de problèmes juridiques ;
 - V. Transmission de messages aux proches dans les situations d'*urgence* ;
 - VI. Aide en cas de barrières linguistiques ;
 - VII. Aide pour obtenir une prescription dans la région où se trouve le client ;
 - VIII. Référence aux autorités compétentes, aux ressources légales, à l'ambassade, au consulat dans le pays où la *personne assurée* séjourne en cas de situations difficiles.

PARTIE XII – AVIS CONCERNANT LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

L'Assureur traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'il détient sur *vous*. L'Assureur conserve ces renseignements dans un dossier dont l'objet est « services financiers, d'assurances, de rente, de crédit et autres services complémentaires ». Seuls les employés, les mandataires, les partenaires de distribution (tels que les représentants et leur cabinet) et les fournisseurs de services peuvent avoir accès aux renseignements personnels *vous* concernant, et ce, uniquement lorsque requis dans l'exercice de leurs fonctions ou dans l'exécution de leur mandat ou de leur contrat de services. Dans certains cas, l'Assureur peut faire affaire avec des fournisseurs de services situés à l'extérieur du Canada. Il se pourrait que certains de vos renseignements soient ainsi transférés dans un autre pays et qu'ils soient alors régis par les lois qui sont en vigueur dans ce pays. Tous les fournisseurs de services, qu'ils se trouvent ou non au Canada, sont tenus d'assurer la protection de vos renseignements personnels conformément aux politiques et pratiques établies par l'Assureur.

Vous avez le droit de consulter *votre* dossier. *Vous* pouvez également y faire rectifier des renseignements si *vous* démontrez qu'ils sont inexacts ou incomplets. *Vous* devez alors en faire la demande écrite à l'adresse suivante :

**Direction de la gestion des contrats
La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.
625, rue Jacques-Parizeau, C. P. 16040
Québec (Québec) G1K 7X8**



**EN CAS D'URGENCE, VOUS DEVEZ
COMMUNIQUER IMMÉDIATEMENT
AVEC LE SERVICE D'ASSISTANCE
disponible 24 heures sur 24
et 7 jours sur 7**

**Appel sans frais du Canada
et des États-Unis : 1 855 906-2194**

**Appel à frais virés de partout
dans le monde : 514 906-2194**

L'assurance voyage est émise par :

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.
625, rue Jacques-Parizeau
Québec (Québec) Canada G1R 2G5

L'assurance voyage est administrée par :

SécuriGlobe
6400, avenue Auteuil, bureau 100
Brossard (Québec) Canada J4Z 3P5

Le service d'assistance est administré par :

CanAssistance
550, rue Sherbrooke Ouest, bureau B-9
Montréal (Québec) Canada H3A 3S3


La Capitale

Valoriser l'essentiel

