

# LA SOCIÉTÉ FRATERNELLE ACTRA

## Aperçu d'assurance voyage – urgence médicale

### Police N° 100009655

#### **AVIS IMPORTANT – VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT AVANT TOUT VOYAGE**

- Cette protection est offerte au cours des 90 / 30 premiers jours (comme spécifié au paragraphe intitulé « LE PROGRAMME » ci-dessous) suivant la date de départ d'un voyage à l'extérieur de la province de résidence.
- L'assurance voyage est conçue pour protéger l'assuré en cas de circonstances soudaines et imprévisibles. Il importe de lire votre police avant tout voyage afin de connaître les restrictions et limites applicables.
- Vous pourriez être exclu en raison d'un problème de santé ou de symptômes dont vous souffriez avant votre voyage. Consultez votre police à cet égard pour savoir en quoi cela concerne votre date de départ, votre date de souscription ou votre date de prise d'effet.
- En cas de blessure ou de maladie, la compagnie peut examiner vos antécédents médicaux.
- Vous êtes tenu d'aviser le Service d'aide en cas d'urgence de iA avant tout traitement. Si vous ne communiquez pas avec celui-ci dans les délais prescrits, votre police limite le droit aux garanties.

#### **LE PROGRAMME**

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (la « compagnie ») assure les frais médicaux et d'hospitalisation en cas de blessure subie ou de maladie contractée au cours d'un voyage à l'extérieur de votre province de résidence pendant :

- les 90 premiers jours de votre voyage si vous êtes âgés de moins de 80 ans; ou
- les 30 premiers jours de votre voyage si vous êtes âgés de 80 ans et plus mais de moins de 85 ans.

La protection prend automatiquement effet dès que vous quittez votre province de résidence pour de tels voyages. Il n'y a pas de limite annuelle au nombre de voyages effectués.

Plusieurs voyages à l'extérieur de la province de résidence séparés par moins de trois jours sont considérés comme un seul voyage. La séparation du voyage de trois jours commence à 00h01, le jour suivant le retour du voyage précédent.

#### **MONTANT MAXIMUM**

Le montant maximum payable pour des frais médicaux et d'hospitalisation d'urgence en sus des montant payés par le régime provincial d'assurance maladie ou par tout autre régime d'assurance est de 2 000 000 \$ par blessure ou maladie.

#### **QUI EST ASSURÉ?**

L'assurance est consentie aux membres et membres associés de moins de 85 ans (le « participant »), y compris leur conjoint et leurs enfants à charge (les « assurés »), qui sont couverts par l'assurance maladie étendue de la Société fraternelle Actra, pour qui la prime exigible est acquittée et qui sont des résidents canadiens assurés en vertu d'un régime canadien fédéral ou provincial d'assurance maladie et hospitalisation. Si vous bénéficiez d'un régime d'assurance avec la Société fraternelle Actra, veuillez vérifier votre relevé d'assurance afin de déterminer si vous êtes couvert par cette police d'assurance. Le fait de détenir une copie de ce sommaire de garanties ne garantit pas que vous ou votre famille soyez couverts par cette protection.

#### **DÉFINITIONS**

« Accident », au sens de la police, s'entend d'un incident imprévu attribuable à des causes externes échappant à la volonté de l'assuré et qui n'a pas été causé, directement ou indirectement, par un trouble physique ou mental, ou par un traitement de l'affection ou de la maladie. L'incident doit survenir alors que la police est en vigueur et doit être à la base de la demande de règlement.

« Blessure » s'entend d'une blessure corporelle causée par un accident alors que l'assuré jouissait de l'assurance en vertu de la police et résultant directement et indépendamment de toute autre cause en un sinistre assuré.

« Conjoint » s'entend de l'époux(se) ou du partenaire (légal ou de droit commun) du participant et qui vit avec le participant. « Partenaire de droit commun » s'entend d'une personne publiquement présentée comme conjoint du participant et qui a cohabité avec le participant pendant au moins 2 ans (sauf dispositions contraires de la législation provinciale). On ne reconnaîtra qu'un seul conjoint.

« Enfant à charge » s'entend de tout enfant naturel, bel-enfant, enfant-adoptif légalement ou petit-enfant du participant, qui vit avec le participant reçoit son soutien et son aide et qui : (a) est âgé de moins de 18 ans, est célibataire et vit chez le participant; ou qui (b) a 18 ans révolus, mais moins de 26 ans, est célibataire et fréquente à temps plein un établissement agréé d'enseignement supérieur; ou qui (c) a plus de 18 ans, est atteint d'une infirmité physique ou mentale l'empêchant d'exercer un emploi pour s'auto-suffire.

« Maladie » s'entend d'une maladie ou d'une affection contractée alors que la police est en vigueur quant à l'assuré dont la maladie est la base de la réclamation.

Tout emploi du masculin dans les présentes doit être interprété comme inclusif du féminin.

#### **QUELS SONT LES GARANTIES ?**

##### **ASSURANCE HOSPITALISATION COMPLÉMENTAIRE**

En cas d'hospitalisation par suite d'une blessure ou d'une maladie, la compagnie rembourse les frais réels, raisonnables et nécessaires engagés, y compris et jusqu'à concurrence des frais exigés pour une chambre à deux lits.

Si l'hospitalisation se poursuit le ou après le 90<sup>e</sup> jour de voyage pour les assurés âgés de moins de 80 ans et le ou après le 30<sup>e</sup> jour de voyage pour les assurés âgés de 80 ans à 85 ans, empêchant ainsi l'assuré de rentrer dans sa province de résidence, l'assurance est maintenue pour cette période d'hospitalisation, mais en aucun cas au-delà d'une durée de 90 jours à partir de la date où les premiers frais assurés ont été engagés.

Si le congé de l'hôpital a lieu le ou après le 90<sup>e</sup> jour de voyage pour les assurés âgés de moins de 80 ans et le ou après le 30<sup>e</sup> jour de voyage pour les assurés âgés de 80 ans à 85 ans, l'assurance est prolongée pour une période maximale de 72 heures suivant immédiatement ce congé.

##### **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE**

La compagnie rembourse les frais réels, raisonnables et nécessaires engagés, par suite d'une blessure ou d'une maladie, pour les soins ou les services d'urgence suivants : a) un lit en service de consultation externe, b) les soins prodigués par un médecin ou un chirurgien, c) les services d'un anesthésiste autorisé, d) les services d'un infirmier privé autorisé jusqu'à concurrence de 15 000 \$, e) les radiographies et analyses de laboratoire exigées à des fins de diagnostic, f) la location de béquilles ou d'appareils, g) les attelles, bandages herniaires ou appareils orthopédiques ou h) les soins prodigués par un physiothérapeute, un chiropraticien, un ostéopathe, un podologue, un podiatre et un acupuncteur autorisés jusqu'à concurrence de 500 \$ par spécialité et d'un montant total de 2 000 \$.



### **CONVALESCENCE À L'HÔTEL**

Si, par suite d'une maladie ou d'une blessure, le médecin traitant de l'assuré lui interdit de voyager suivant son congé d'une hospitalisation de sept jours ou plus en raison de son affection, la compagnie assume les frais réels, nécessaires et raisonnables engagés pour l'hébergement (à proximité de l'hôpital) et les repas de l'assuré, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par blessure ou maladie.

### **ÉVACUATION**

La compagnie assume jusqu'à concurrence de 200 000 \$ les frais engagés pour le transport, les soins de santé et les fournitures médicales qu'exige une évacuation d'urgence par suite de blessure ou de maladie. Toute disposition en vue de l'évacuation d'urgence doit être recommandée par le médecin traitant, avec attestation de sa nécessité au vu de la gravité de la blessure ou de la maladie.

Si un assuré est évacué d'urgence, la compagnie assume le vol de retour en classe économique des enfants à charge devant être accompagnés d'un parent ou un gardien et dudit parent ou gardien jusqu'à leur province de résidence, jusqu'à concurrence de 5 000 \$. L'approbation préalable de la compagnie est exigée pour toute évacuation d'urgence.

### **FRAIS D'HÉBERGEMENT, DE REPAS ET DE VOYAGE**

Si, par suite d'une blessure ou d'une maladie, une hospitalisation d'au moins cinq jours consécutifs, empêche le retour de l'assuré dans sa province de résidence et qu'un médecin juge nécessaire la présence à son chevet d'un membre de sa famille immédiate ou d'un compagnon, la compagnie rembourse les frais de transport aller-retour de cette personne ainsi que d'hébergement et de repas jusqu'à concurrence de 150 \$ par jour.

Si l'assuré décède des causes de la blessure ou de la maladie, la compagnie paiera le vol aller-retour en classe économique d'un membre de sa famille immédiate ou d'un compagnon afin d'identifier sa dépouille, de même que les frais de repas et d'hébergement de cette personne jusqu'à concurrence de 150 \$ par jour et d'un maximum de cinq jours consécutifs.

Le montant maximum exigible en vertu de cette garantie est de 5 000 \$ par blessure ou maladie.

### **FRAIS D'INTERRUPTION DE VOYAGE**

La compagnie rembourse l'assuré ses coûts de voyage prépayés non remboursables si l'assuré a quitté sa province de résidence et que son voyage est interrompu en raison d'une maladie ou d'une blessure. Si le voyage est interrompu et que l'assuré peut éventuellement rejoindre un accompagnateur ou un groupe, la compagnie rembourse à l'assuré les coûts de voyage pour rejoindre cet accompagnateur ou groupe. Le montant maximum éligible en vertu de la présente garantie se limite à 1 000,00 \$.

### **RAPATRIEMENT D'UN DÉFUNT**

Si un assuré décède des suites d'une blessure ou d'une maladie, la compagnie assume le coût réel du rapatriement de la dépouille jusqu'à la province de résidence du défunt, y compris les frais de préparation de la dépouille pour un tel transport, jusqu'à concurrence de 10 000 \$.

### **REMBOURSEMENT DE FRAIS DENTAIRES PAR SUITE D'UN ACCIDENT**

Si lors d'un voyage à l'extérieur de la province de résidence, une dent entière ou saine de l'assuré (une dent recouverte d'une coiffe ou d'une couronne est réputée être entière ou saine) requiert des traitements d'urgence suivant un coup à la mâchoire, la société rembourse le coût réel du traitement, jusqu'à concurrence de 3 000 \$ par accident.

### **REMBOURSEMENT DES MÉDICAMENTS PRESCRITS D'URGENCE**

La compagnie rembourse les frais réels engagés, par suite d'une blessure ou d'une maladie, pour des médicaments prescrits d'urgence par le médecin traitant de l'assuré (à l'exclusion des contraceptifs oraux, des médicaments brevetés lorsqu'un équivalent générique est disponible, des vitamines, des renouvellements d'ordonnance et des médicaments d'entretien ou de soins chroniques).

### **REPAS ET HÉBERGEMENT**

Si, par suite d'une blessure ou d'une maladie, l'assuré est hospitalisé, la compagnie assume les frais raisonnables engagés pour l'hébergement, la garde des enfants à charge accompagnant l'assuré, les appels téléphoniques essentiels et les courses de taxi, jusqu'à concurrence de 3 000 \$.

### **SOINS DENTAIRES**

Si un traitement urgent est requis pour soulager une douleur aux dents de l'assuré causée par autre chose qu'un coup à la mâchoire, la compagnie rembourse le coût réel du traitement jusqu'à concurrence de 500 \$. Tout traitement doit débuter dans les 48 heures suivant le moment où l'urgence est survenue et prendre fin au plus tard 90 jours après la date de début du traitement.

### **TRANSPORT D'UN PRÉPOSÉ**

Si, par suite d'une blessure ou d'une maladie nécessitant une évacuation d'urgence en vertu de la garantie « Évacuation », la présence d'un préposé aux soins est requise, la compagnie assume les frais engagés pour le vol aller-retour de cette personne de même que ses frais de repas et d'hébergement pour le jour du vol, jusqu'à concurrence de 5 000 \$. Le préposé doit être agréé pour ce travail là où les soins médicaux d'urgence ont été prodigués, ne doit pas demeurer ordinairement chez l'assuré, ni être membre de sa famille immédiate.

### **TRANSPORT SUR CIVIÈRE**

Si, lors d'une évacuation d'urgence, un assuré, par suite d'une blessure ou d'une maladie, ne peut rentrer dans sa province de résidence que transporté sur civière à bord d'un avion régulier, la compagnie assume les frais nécessaires engagés à cet égard, sous réserve d'un maximum de 7 500 \$.

### **TRANSPORT EN AMBULANCE TERRESTRE OU AÉRIENNE**

Si, par suite d'une blessure ou d'une maladie, l'assuré doit se rendre à l'établissement de santé le plus proche, qualifié pour prodiguer les soins d'urgences requis, la compagnie assume le transport en ambulance terrestre, jusqu'à concurrence de 500 \$ par blessure ou maladie, et, en ambulance aérienne jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par blessure ou maladie.

### **EXCLUSIONS**

Ce régime ne couvre pas les sinistres, mortels ou non, découlant des situations suivantes :

- a) une grossesse ou les complications associées à une grossesse survenant dans les huit semaines avant la date prévue d'accouchement ou à tout moment pendant la grossesse si le dossier médical de l'assuré fait état d'un risque plus élevé que la normale d'accouchement prématuré ou de complications;
  - b) une guerre, déclarée ou non, ou tout acte de guerre;
  - c) tout sinistre résultant de l'utilisation d'armes de destruction massive nucléaires, chimiques ou biologiques, quelle qu'en soit la combinaison ou le mode de déclenchement;
  - d) le service actif à temps plein au sein des forces armées de tout pays;
  - e) un suicide, une tentative de suicide ou une blessure auto-infligée intentionnellement, que l'assuré soit déclaré sain d'esprit ou non;
  - f) la participation d'un assuré à un acte criminel ou à une tentative d'acte criminel;
  - g) une maladie ou une affection causée par une consommation excessive d'alcool, de médicaments, de drogues ou d'autres substances toxiques ou encore par le défaut de suivre des traitements ou une thérapie sur ordonnance d'un médecin. On entend par consommation excessive d'alcool une alcoolémie supérieure à 0,08 mg/100 ml de sang;
  - h) les troubles mentaux ou psychoaffectifs, sauf si l'assuré est hospitalisé;
  - i) la participation à un sport contre rémunération ou à un événement sportif offrant une bourse aux gagnants, à une course en véhicule motorisé, y compris aux entraînements visant un tel événement, à un sport dangereux ou violent, par exemple : les sports de glisse hivernale hors pistes, le saut d'obstacles, l'escalade ou l'alpinisme (ascensions de catégorie 4 ou 5 selon le Yosemite Decimal System [YDS]), le parachutisme, le parapente ou le deltaplane, le saut à l'élastique, le canyonisme, la spéléologie, le rodéo, le surf aérotracté, la plongée sous-marine autonome (à moins de détenir une certification décernée par un programme reconnu internationalement) et toute autre activité stressante et risquée, dont la pratique exige la signature d'une décharge, sauf durant l'exercice de ses fonctions;
  - j) tout sinistre encouru dans une ville, une région ou un pays au moment où, avant la date de prise d'effet ou la date de départ vers cette destination, (i) le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international du gouvernement du Canada a publié un avertissement écrit pour recommander d'éviter tout voyage dans cette ville, cette région ou ce pays; (ii) le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international du gouvernement du Canada a publié un avertissement écrit pour recommander d'éviter tout voyage non essentiel dans cette ville, cette région ou ce pays, et le sinistre, y compris une maladie ou une blessure, est lié aux motifs de cet avertissement. Cette exclusion ne s'applique pas à COVID-19.
- Si une personne assurée se trouve déjà dans la destination à la date à laquelle l'avertissement est émis, l'assurance restera en vigueur pendant cinq jours pour permettre à la personne assurée de quitter pour rejoindre un lieu sûr;

## **EXCLUSIONS (SUITE)**

- k) toute affection pour laquelle l'assuré voyage dans le but d'obtenir des conseils ou des soins médicaux, des médicaments ou un traitement;
- l) tout traitement continu pour une affection, toute rechute ou toute complication d'une affection survenant une fois la situation d'urgence ayant lieu durant le séjour de l'assuré terminée et l'assuré déclaré guéri et apte à poursuivre son séjour par un médecin;
- m) tout état de santé antérieur ou connexe pour lequel l'assuré a reçu un traitement médical ou qui a exigé la prise de médicaments dans les trois mois précédant la date du départ de sa province de résidence.

Avant que l'assuré ne quitte sa province de résidence, son état de santé doit être stable aux termes du régime depuis au moins trois mois.

Pour que son état de santé soit réputé stable, l'assuré ne doit pas :

- avoir reçu de traitement, subi de test ou consulté de médecin relativement à de nouveaux symptômes ou à de nouvelles affections;
- avoir observé d'aggravation ou d'intensification de l'un ou l'autre des symptômes existants;
- avoir changé de traitement;
- avoir changé de médication (autre qu'un ajustement normal dans le cas de soins continus);
- avoir été hospitalisé pour traiter son affection;
- avoir été informé de traitements ou de tests à venir relativement à une affection ou à des symptômes existants.

Cette exclusion ne s'applique pas à l'assuré dont le traitement n'est, au jugement du médecin traitant ou du prestataire de soins de santé, qu'un suivi d'examen ordinaire, non plus qu'à l'assuré dont les médicaments sont pour un état contrôlé et sous surveillance médicale qui n'a pas été compromis et pour lesquels il n'y a eu aucun changement de posologie ou d'administration dans les trois mois avant le départ;

n) tout traitement ou toute intervention chirurgicale de nature facultative (non urgente) : i) ne visant pas le soulagement immédiat d'une douleur ou d'une souffrance aiguë; ii) pouvant attendre le retour de l'assuré dans sa province de résidence et iii) que l'assuré choisit de subir à l'extérieur de sa province de résidence à la suite de la réception d'un diagnostic ou d'un traitement d'urgence pour une affection qui, preuves médicales à l'appui, n'empêche pas l'assuré de retourner dans sa province de résidence avant de recevoir le traitement ou de subir l'intervention chirurgicale.

o) Le retour dans la province de résidence est obligatoire si la compagnie détermine que l'assuré est médicalement apte à voyager et que les dispositions nécessaires ont été prises pour l'admettre dans le système de santé de sa province de résidence. Si l'assuré refuse de retourner dans sa province de résidence, le régime ne rembourse aucuns frais engagés.

La compagnie, en consultation avec le médecin traitant de l'assuré, se réserve le droit de transférer l'assuré dans un établissement de santé situé dans sa province de résidence pour y poursuivre ses traitements. Tout défaut par l'assuré de se conformer à une demande de transfert dégage la compagnie de toute responsabilité à l'égard du remboursement des frais aux termes du régime à compter de la date prévue du transfert.

## **RESTRICTIONS**

**La compagnie doit être avisée de toute hospitalisation ou de toute chirurgie d'urgence dans un délai de 48 heures. Le non-respect de cette exigence peut limiter les indemnités à un maximum de 10 000 \$ pour l'ensemble des frais engagés.**

## **COORDINATION DES PRESTATIONS**

Les indemnités et les prestations exigibles en vertu de la police ne s'appliquent qu'aux frais engagés en sus de tout montant prévu ou percevable pour des traitements ou des services couverts aux termes de dispositions de même nature d'une autre police ou par le régime d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie de la province où réside l'assuré en cause, à la condition que celui-ci soit assuré par ce régime.

Si un assuré est également couvert en vertu d'une ou d'autres polices d'assurance comportant des garanties analogues, toute indemnisation en vertu des présentes sera coordonnée avec celle en vertu de toute autre police, conformément aux directives publiées par l'ACCAP sur la coordination des prestations dans le cas de frais médicaux engagés à l'extérieur du pays ou d'une province de résidence.

## **CESSATION DE L'ASSURANCE D'UN ASSURÉ**

L'assurance de tout assuré prend immédiatement fin :

A. en ce qui concerne le participant, dès :

- (a) la date de résiliation de la police;
- (b) la date d'échéance de la prime si le titulaire de la police omet de payer la prime exigée pour un participant, sauf par inadvertance;
- (c) la date du 85<sup>e</sup> anniversaire du participant;
- (d) la date à laquelle un participant cesse d'être admissible à l'assurance;

B. en ce qui concerne un conjoint assuré ou un enfant à charge assuré, dès :

- (a) la date à laquelle cette personne cesse d'y être admissible, ou
- (b) la date de résiliation de l'assurance du participant.

## **QUE FAIRE EN CAS D'URGENCE MÉDICALE?**

**Si possible, avant de recevoir des soins médicaux**, téléphonez au Service d'aide en cas d'urgence de iA (TuGo) afin d'être dirigé vers un établissement dans votre zone de voyage et de vous assurer que les soins que vous devez recevoir sont couverts. Si vous ne communiquez pas avec le Service d'aide en cas d'urgence de iA, vous risquez d'obtenir des soins non couverts par la présente assurance. Ne manquez pas d'aviser la téléphoniste que vous êtes assuré par l'Industrielle Alliance, Assurances et services financiers inc., afin que votre admissibilité puisse être établie.

**Le Service d'aide en cas d'urgence de iA (TuGo)**

Accessible 24/7.

Composez le **1 800 255-2008**

Ou si vous êtes à l'extérieur de l'Amérique du Nord, composez-le « 0 », attendez de parler au téléphoniste et demandez d'appeler à frais virés le **305 865-8895**

Il est également important que vous avisiez la compagnie, par écrit, de toute réclamation dans les 30 jours suivant la date du sinistre. À votre retour dans votre province de résidence, vous devrez soumettre une demande de règlement directement à la compagnie. Pour obtenir le formulaire de demande de règlement, veuillez envoyer votre demande par courriel à l'adresse : [reclamation@tugo.com](mailto:reclamation@tugo.com).

## **COMMENT SOUMETTRE UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT**

Si vous réglez personnellement une facture, prenez soin d'obtenir l'original de tout reçu. Veuillez ensuite soumettre votre demande de règlement dûment remplie ainsi que l'original de tout reçu à la compagnie, à l'adresse suivante : [myclaim@tugo.com](mailto:myclaim@tugo.com). Cette adresse courriel est réservée uniquement à la soumission de documents. Pour toute question générale concernant vos demandes de règlement, y compris leur statut, veuillez les envoyer à l'adresse suivante : [reclamation@tugo.com](mailto:reclamation@tugo.com).

La compagnie coordonnera pour vous la présentation de vos demandes de règlement à votre régime provincial d'assurance maladie et à tout régime d'assurance maladie complémentaire dont vous pourriez bénéficier.

L'Industrielle Alliance, Assurances et services financiers inc., le Service d'aide en cas d'urgence de iA et leurs représentants n'assument aucune responsabilité pour ce qui est de l'accessibilité, de la qualité ou des résultats de tout traitement médical, ou de la non-obtention de soins médicaux par l'assuré.

## **POUR TOUTE QUESTION CONCERNANT LE PRÉSENT APERÇU D'ASSURANCE:**

**TuGo**

Téléphone: 1-844-754-8846

Du lundi au vendredi : de 9 h à 20 h (heure de l'Est);

Samedi : de 10 h à 19 h (heure de l'Est);

Dimanche : fermé.

Courriel: [reclamation@tugo.com](mailto:reclamation@tugo.com)

*En cas de divergence entre le présent document et les dispositions du contrat-cadre, ces dernières prévaudront. Le présent contrat-cadre énonce clairement les dispositions du régime. Tout droit et toute obligation découlant de celui-ci sont régis par le contrat-cadre de la police établie par iA Marchés spéciaux, une division de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.*