

TrueNorth International Student GHIP replacement plan Police d'assurance

Souscrite par: Société d'assurance générale Northbridge (la Compagnie)
Assistance aux Réclamations par: Active Claims Management (2018) Inc. Fonctionnant comme Active Care Management Inc. ("ACM")
Police gérée par: AwayCare Inc.™ / Soins Voyages Inc.

VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT CE DOCUMENT!

La présente Police de Voyage pour Individu est émise en tenant compte de votre inscription et du paiement de la prime due. Cette police d'assurance décrit les prestations d'assurance souscrites par Société d'assurance générale Northbridge, ci-après dénommée la Compagnie et également appelée par les termes «nous et notre».

Cette police est un contrat légal entre Vous et la Compagnie. Il est important que Vous lisiez attentivement Votre police. Veuillez vous référer à la confirmation de prestations ci-jointe, qui Vous fournit des informations spécifiques sur la police que Vous avez achetée. Vous devez contacter Votre Agent immédiatement si Vous croyez que la confirmation de prestations est inexacte. En cas de conflit entre les termes de cette police et la confirmation de prestations, les termes de la confirmation de prestations auront préséance.

AVIS DE DROIT D'EXAMINER LA POLICE DE PROTECTION MÉDICALE EN CAS D'URGENCE:

Les Personnes Assurées disposent d'un délai de dix (10) jours à compter du jour où Vous recevez la police pour l'inspecter et vérifier l'exactitude de Votre information. Cette police contient des limitations et des exclusions. Veuillez la lire attentivement et contactez Votre école au besoin. Un remboursement serait fourni si aucun voyage n'a eu lieu.

En cas d'urgence, ne supposez pas que quelqu'un contactera ACM en votre nom. Il est de votre responsabilité de vous assurer que ACM a été contactée dans les 48 heures suivant votre admission à l'hôpital. Si vous ne le faites pas, le paiement des prestations sera limité à 80 % des frais admissibles (voir SECTION VI - LIMITATIONS ET RESTRICTIONS).

TABLE DES MATIÈRES

SECTION I.	AVIS IMPORTANTS
SECTION II.	SOMMAIRE DES PRESTATIONS
SECTION III.	ADMISSIBILITÉ
SECTION IV.	CONTRAT D'ASSURANCE
SECTION V.	PRESTATIONS
SECTION VI.	LIMITATIONS ET RESTRICTIONS
SECTION VII.	EXCLUSIONS
SECTION VIII.	SERVICE D'AIDE INTERNATIONALE
SECTION IX.	DÉFINITIONS
SECTION X.	PAIEMENT DES RÉCLAMATIONS
SECTION XI.	DISPOSITIONS GÉNÉRALES
SECTION XII.	SERVICES D'ASSITANCE MONDIALE

SECTION I. AVIS IMPORTANTS

1. Dans la présente politique, les mots en majuscules ont un sens précis et sont définis à la section IX - Définitions.
2. Cette assurance est conçue pour couvrir les pertes découlant de circonstances soudaines et imprévisibles. Il est important que vous lisiez et compreniez votre certificat d'assurance, car votre couverture peut être assujettie à certaines limites et exclusions.
3. Tous les montants sont en monnaie canadienne, sauf indication contraire.
4. La présente police contient une disposition supprimant ou restreignant le droit de l'assuré de désigner des personnes à qui ou au profit desquelles l'argent de l'assurance doit être versé.
5. Les exclusions relatives aux affections médicales préexistantes peuvent s'appliquer aux affections médicales et/ou aux symptômes qui existaient avant Votre voyage. Reportez-vous à Votre certificat d'assurance pour déterminer comment ces exclusions peuvent affecter Votre couverture et comment elles se rapportent à la date de Votre départ, à la date d'achat ou à la date d'effet.
6. Cette police contient des clauses qui peuvent limiter les montants payables.

SECTION II. SOMMAIRE DES PRESTATIONS

Prestation maximale 1 million de dollars	Décès accidentel : 50 000 \$.	Démembrement accidentel ou perte totale et permanente d'usage : jusqu'à 50 000 \$.
------------------------------------------	-------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

UNE AUTORISATION PRÉALABLE D'ACM EST REQUISE POUR BON NOMBRE DES PRESTATIONS SUIVANTES (VOIR LA SECTION V POUR LES DÉTAILS DES PRESTATIONS) :

Remboursement	100%
Hospitalisation	Inclut
Frais de médecin	Inclut
Examen médical annuel	Un examen par 12 mois lorsque le minimum de 12 mois consécutifs est souscrit
Services de diagnostic	Inclut
Maternité Étudiant	25 000 \$ le début de la grossesse doit être après la date d'effet de la police
Psychiatre	Jusqu'à 25 000 \$ maximum à vie
Rapatriement en cas de décès	Jusqu'à 15 000 \$.
Transport aérien d'urgence	Coûts raisonnables et coutumiers
Transport familial	Jusqu'à 3 000 \$ pour le coût d'un billet d'avion aller-retour en économie aller-retour en classe économique et jusqu'à 1 000 dollars pour les frais raisonnables engagés après l'arrivée
Soins dentaires d'urgence	Jusqu'à 500 \$ pour le soulagement de la douleur aiguë
Traitement des accidents dentaires	Jusqu'à 5 000 \$.
Oncologie	25 000 \$
Retour à la maison	10 000 \$
Automutilation / Tentative de suicide	10 000 \$

SECTION III. ADMISSIBILITÉ

Pour être admissible à une couverture en vertu de ce régime, vous devez

1. être un étudiant de l'Université de Saint-Boniface ou un conjoint/personne à charge d'un étudiant de l'Université de Saint-Boniface lorsqu'il l'accompagne sur la police ; et
2. être âgé de moins de 65 ans ; et
3. ne pas être assuré ou admissible aux prestations d'un régime d'assurance maladie d'un gouvernement provincial ou territorial au Canada.

SECTION IV. CONTRAT D'ASSURANCE

1. Le Contrat

Ce contrat offre une couverture jusqu'à un maximum d'un million de dollars. Le présent certificat d'assurance, votre inscription à l'école et la confirmation d'assurance constituent votre contrat d'assurance. Lorsque plus d'une police de ce type est émise par l'assureur et est en vigueur à votre égard au moment de la demande de règlement, seule une de ces polices, la plus ancienne par date d'effet, s'appliquera.

2. Prime à payer

L'assureur accepte par la présente de fournir une assurance conformément aux conditions du présent certificat d'assurance, à condition que la prime requise soit payée.

Si la prime est calculée de façon incorrecte, nous :

- a. facturer et percevoir tout paiement insuffisant ; ou
- b. modifier la période du certificat d'assurance pour qu'elle coïncide avec la prime payée.

3. À condition que la prime requise ait été payée, votre couverture entrera en vigueur à la dernière des dates suivantes :

- a. la date d'arrivée de l'Étudiant au Canada, à condition que l'Étudiant soit inscrit à l'Université de Saint-Boniface ; Exception : Pour les nouveaux étudiants qui arrivent au Canada jusqu'à 15 jours avant la date d'effet, la couverture entre en vigueur à la date d'arrivée au Canada, à condition que la date d'arrivée soit dans les 15 jours de la date d'effet indiquée sur l'inscription.
- b. la date à laquelle l'étudiant a payé ses frais de scolarité, y compris la prime pour cette assurance ; ou
- c. la date qui coïncide avec le premier jour du cours auquel l'étudiant est inscrit à l'Université de Saint-Boniface.

4. Votre couverture prendra fin immédiatement à la première des dates suivantes :

- a. la date à laquelle vous n'êtes plus admissible à la couverture en vertu du présent certificat d'assurance, tel que décrit à la SECTION III - ADMISSIBILITÉ ; ou
- b. la date à laquelle l'Assuré cesse d'être inscrit à l'Université de Saint-Boniface pour une raison autre que la graduation, ou trente (30) jours après que l'Assuré ait gradué de l'Université de Saint-Boniface ; ou
- c. la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge de 66 ans ; ou
- d. la date à laquelle la prime est due mais n'est pas payée par l'Université de Saint-Boniface, sauf si cela résulte d'une erreur d'écriture ;

5. Prolongation automatique de la couverture

Si une personne assurée est hospitalisée au-delà de la période d'assurance, comme il est indiqué à la **section IV - CONTRAT D'ASSURANCE no 4**, la couverture d'assurance en vertu de la police sera automatiquement prolongée jusqu'à un maximum de 30 jours sans qu'il soit nécessaire de payer une prime supplémentaire si la personne assurée est hospitalisée en raison d'une maladie ou d'une blessure couverte à la date de cessation de la couverture.

La période de couverture sera automatiquement prolongée jusqu'à concurrence de 72 heures si le retard d'un train, d'un bateau, d'un autobus, d'un avion ou d'un autre véhicule dans lequel l'Assuré est passager fait en sorte que l'Assuré manque son retour prévu dans son Pays d'origine ou son retour au Canada, notamment en raison du mauvais temps ou si le véhicule dans lequel l'Assuré voyage est impliqué dans un Accident de la circulation ou une panne mécanique.

Note : Toute demande de réclamation doit être appuyée par une preuve documentée de l'événement qui a entraîné la prolongation automatique de l'Assuré. Le présent certificat d'assurance ne couvre pas les frais liés aux changements de vol.

6. Prolongation facultative de la couverture

Une couverture quotidienne supplémentaire est disponible si Vous arrivez au Canada avant la date d'entrée en vigueur de ce certificat d'assurance, à condition que :

- a. Vous êtes admissible à cette assurance ; et
- b. Vous communiquez avec l'Université de Saint-Boniface et complétez l'inscription au régime ; et

c. Vous payez la prime supplémentaire.

7. Remboursement des primes

Vous pouvez demander un remboursement au prorata de la partie inutilisée de la prime si aucune demande de réclamation n'a été payée ou n'est en cours pendant la période d'assurance et si la période d'assurance restante n'est pas inférieure à 31 jours.

Sous réserve des règles de l'Université de Saint-Boniface, les demandes de remboursement ou de remboursement partiel doivent être faites par écrit et accompagnées de la documentation relative à la raison de l'annulation du certificat si :

- a. le visa requis pour l'admission au Canada a été refusé ; ou
- b. Vous retournez définitivement dans votre pays d'origine 30 jours ou plus avant la date d'expiration de la couverture ; ou
- c. Vous devenez admissible à un régime d'assurance-maladie d'un gouvernement provincial ou territorial au Canada.

8. Couverture offerte

Cette assurance prévoit le paiement des coûts raisonnables et coutumiers encourus par vous (moins toute franchise) en cas de maladie ou de blessure survenant pendant votre séjour au Canada pour les prestations énoncées à la section V.

Le fait de ne pas informer ACM et/ou de ne pas chercher à obtenir des soins auprès de la liste des fournisseurs préférés, dans une situation non urgente, peut entraîner le paiement d'une franchise par l'étudiant.

L'assureur paiera ces frais admissibles jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le sommaire des frais pour les résidents non canadiens établi par le régime d'assurance-maladie gouvernemental, dans la province où se trouve l'école, et seulement en sus de ceux qui sont remboursables en vertu de tout régime ou contrat d'assurance collectif, individuel, privé ou public, y compris tout régime d'assurance automobile.

Sous réserve de toutes les conditions de la police, les prestations suivantes sont payables jusqu'à concurrence de la somme assurée, dans la mesure où ces services sont médicalement nécessaires. Des sous-limites individuelles s'appliquent et les prestations sont payables par assuré, par période d'assurance de 12 mois consécutifs.

SECTION V. PRESTATIONS

Pour être couvertes, de nombreuses prestations énumérées dans cette section nécessitent l'approbation préalable d'ACM.

1. Hébergement hospitalier:

- a. Les frais jusqu'au tarif d'une chambre semi-privée (ou d'une unité de soins intensifs ou coronariens lorsque cela est médicalement nécessaire).
- b. Les frais raisonnables et habituels pour un traitement en ambulatoire.

2. Psychologue et soins psychiatriques : Le traitement des troubles mentaux, nerveux ou émotionnels, y compris le conseil en matière de traumatisme, est couvert comme suit :

- a. Hospitalisation, jusqu'à un maximum à vie de 25 000 \$; et

3. Frais de médecin : Traitement médical dispensé par un médecin, un chirurgien, un anesthésiste ou un infirmier diplômé.

4. Examen médical annuel : Lorsqu'un certificat d'assurance d'au moins 12 mois consécutifs a été souscrit, couvre le coût d'un examen médical annuel et des tests de laboratoire connexes.

5. Services de diagnostic : Les diagnostics, les tests de laboratoire et les radiographies prescrits par le médecin traitant à des fins de diagnostic.

Note : Ce certificat d'assurance ne couvre pas l'imagerie par résonance magnétique (IRM), le cathétérisme cardiaque, la tomographie axiale informatisée (CAT) ou les biopsies, sauf si ces services sont autorisés à l'avance par ACM.

6. Maternité :

L'assureur accepte de payer les frais raisonnables et habituels, jusqu'à concurrence de 25 000 \$, engagés pour

ce qui suit, à la suite d'une grossesse, d'un accouchement (y compris une césarienne), d'une fausse couche ou de complications connexes :

- a. L'hébergement à l'hôpital au tarif public journalier ou au tarif de salle standard ;
- b. les services ou traitements dispensés par un médecin ; et
- c. les soins prénatals et postnatals, y compris les soins infirmiers courants les nouveau-nés.

Note : Aucune couverture n'est offerte pour les nouveau-nés âgés de moins de 15 jours, sauf dans les cas prévus à l'alinéa c) ci-dessus.

Conditions d'admissibilité à la couverture de maternité :

Étudiant ou conjoint/personne à charge assuré dans le cadre de ce programme.

Les prestations de maternité sont versées lorsque la grossesse débute après la date d'effet de la police. L'achat d'une couverture pour les personnes à charge n'est pas requis.

7. **Traitement d'un accident dentaire** : Traitement dentaire jusqu'à concurrence de 5 000 \$ pour réparer ou remplacer des dents naturelles saines (les dents coiffées ou couronnées sont considérées comme des dents naturelles) blessées à la suite d'un coup accidentel au visage. Le traitement relatif à toute demande de règlement pour soins dentaires doit commencer dans les 48 heures suivant le début de l'urgence et doit être terminé pendant la période de couverture.
8. **Soulagement d'urgence de la douleur dentaire** : Jusqu'à 500 \$ pour le soulagement immédiat de la douleur dentaire qui n'est pas causée par un coup accidentel au visage. Les problèmes dentaires pour lesquels l'assuré a déjà reçu un traitement ou des conseils ne sont pas couverts. Le traitement relatif à toute demande de règlement pour soins dentaires doit commencer dans les 48 heures suivant le début de l'urgence et doit être terminé pendant la période de couverture.
9. **Transport aérien d'urgence** : Lorsque cela est approuvé et organisé à l'avance par ACM, le coût d'un transport aller simple par le moyen le plus approprié sera payé, y compris l'utilisation d'une ambulance aérienne ou d'une civière et d'une escorte médicale si cela est jugé médicalement nécessaire par ACM, vers l'établissement médical approprié le plus proche au Canada ou dans Votre Pays d'origine si une Maladie ou une Blessure couverte nécessite Votre transport ou Votre retour immédiat, ou si des soins continus nécessaires sont requis et ne sont pas couverts par cette police conformément à l'exclusion 6 ou 7 de la SECTION VI. (Veuillez vous reporter à la **SECTION VI - LIMITATIONS ET RESTRICTIONS 6 et 7**).
10. **Retour à la maison** : En raison d'une maladie ou d'une blessure couverte jusqu'à un maximum de 10 000 \$ Au cas où vous ne seriez pas en mesure de poursuivre vos études, l'assureur remboursera le coût supplémentaire réel d'un billet d'avion aller simple en classe économique par la route la plus directe, pour vous ramener dans votre pays d'origine. L'approbation préalable d'ACM est requise. (Veuillez vous reporter à la **SECTION VI - LIMITATIONS ET RESTRICTIONS 7**.)
11. **Transport de la famille** : Jusqu'à 3 000 \$ pour le coût réel d'un seul billet d'avion aller-retour en classe économique par la route la plus directe, et jusqu'à 1 000 \$ pour les frais raisonnables engagés après l'arrivée de votre membre de la famille immédiate ou de votre ami proche si :
 - a. Vous êtes hospitalisé en raison d'une maladie ou d'une blessure couverte et le médecin traitant conseille la présence nécessaire de cette personne ; ou
 - b. les autorités locales exigent légalement la présence de ces personnes pour identifier votre dépouille en cas de décès dû à une maladie ou une blessure couverte.
12. **Préparation et retour de la dépouille** : En cas de décès dû à une maladie ou une blessure couverte, jusqu'à 15 000 \$ pour les frais réels engagés pour la préparation de la dépouille et le retour de l'assuré décédé dans son pays d'origine dans un conteneur de transport standard ; ou jusqu'à un maximum de 4 000 \$ pour l'incinération et/ou l'enterrement sur le lieu du décès.
13. **Décès accidentel** : Prestation maximale de 50 000 \$. La prestation pour perte de vie est payable à votre succession, sauf si un bénéficiaire est désigné par écrit à ACM ou à l'assureur. Cette prestation n'est payable qu'en cas de décès dans un délai d'un an à la suite d'un accident survenu pendant la période de couverture (sauf lors de l'embarquement, de la montée ou de la descente d'un avion).
14. **Mutilation accidentelle ou perte totale et permanente de l'usage** : Le total des prestations payables en vertu

de cette prestation ne doit pas dépasser 50 000 \$ pour la perte de la vie, d'un membre ou de la vue résultant directement d'une blessure accidentelle survenue pendant la période d'assurance, sauf lors de l'embarquement, de la conduite ou du débarquement d'un avion. La perte de la vie, d'un membre ou de la vue doit survenir dans l'année qui suit la blessure.

- a. Les prestations sont payables selon le barème suivant :
 - i. 100% de la somme assurée résultant de la même blessure accidentelle pour la perte de :
 - ii. de la vue complète des deux yeux ; ou
 - iii. des deux mains ; ou
 - iv. des deux pieds ; ou
 - v. d'une main et de la vue complète d'un œil ; ou
 - vi. un pied et la vue complète d'un œil.
- b. 50% de la somme assurée résultant de la même Blessure Accidentelle pour la perte de :
 - i. de la vue complète d'un œil ; ou
 - ii. d'une main ; ou
 - iii. d'un pied.

Par perte en référence à la mutilation, on entend le sectionnement effectif au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville.

Perte de la vue s'entend de la perte complète ou irrémédiable de la vue, perte qui ne peut être corrigée ou remédiée de façon substantielle par un simple Traitement médical ou des lentilles correctrices.

15. **Expositions et disparitions** : Si Vous êtes exposé aux éléments ou disparaîsez à la suite d'un Accident, la perte sera couverte si :
 - a. à la suite de cette exposition, vous subissez l'une des pertes spécifiées dans le tableau des pertes de la garantie 14 ci-dessus ; ou
 - b. Votre corps n'a pas été retrouvé dans les 52 semaines suivant la date de l'accident, il sera présumé, sous réserve de preuve contraire, que vous avez perdu la vie. Dans ce cas, la prestation 14 s'applique.
16. **Blessure auto-infligée ou tentative de suicide**
 - a. Toutes les prestations sont limitées à 10 000 \$ en cas d'automutilation ou de tentative de suicide.
17. **Oncologie**
 - a. Les prestations d'oncologie seront couvertes jusqu'à un maximum de 25 000 \$.

SECTION VI. LIMITATIONS ET RESTRICTIONS

1. **Approbation préalable de la chirurgie, des procédures invasives, des tests de diagnostic et des traitements** - ACM doit approuver au préalable toute chirurgie, procédure invasive, test de diagnostic ou traitement (y compris, mais sans s'y limiter, le cathétérisme cardiaque), avant que l'Assuré ne subisse une telle chirurgie, procédure, test ou traitement. Il est de votre responsabilité d'informer votre médecin traitant d'appeler ACM pour obtenir son approbation, sauf dans des circonstances extrêmes où une telle action retarderait une intervention chirurgicale nécessaire pour résoudre une crise médicale mettant la vie en danger.
2. **Absence de notification à ACM** - L'absence de notification à ACM, sans motif raisonnable, dans les 48 heures en cas d'hospitalisation, limite les prestations à 80 % de tous les frais admissibles engagés. Ne supposez pas que quelqu'un va contacter ACM en votre nom. Il est de votre responsabilité de vous assurer que ACM a été contactée. S'il ne vous est pas raisonnablement possible de contacter ACM en raison de la nature de votre urgence médicale, vous devez demander à une autre personne d'appeler en votre nom. Vous serez responsable du paiement de tous les frais restants.
3. **Prestations limitées aux coûts raisonnables et habituels** - Si vous payez des frais admissibles directement à un prestataire de services de santé, ces services vous seront remboursés (moins toute franchise applicable) sur la base des coûts raisonnables et habituels qui auraient été payés directement au prestataire par l'assureur. Les frais médicaux que vous payez peuvent être supérieurs à ce montant ; par conséquent, vous serez responsable de toute différence entre le montant que vous avez payé et les frais raisonnables et habituels remboursés par l'assureur.

4. **Prestations limitées aux frais engagés** - Si l'une ou l'autre des prestations fait double emploi avec une prestation similaire ou avec une autre couverture d'assurance figurant dans le présent certificat d'assurance ou dans une autre police émise par l'assureur, le maximum auquel vous avez droit est le montant le plus élevé indiqué au titre de toute prestation ou couverture d'assurance. Le montant total qui vous est versé, toutes sources confondues, ne peut dépasser les frais réels que vous avez engagés.
5. **Disponibilité et qualité des soins** - L'assureur ou ACM ne peuvent être tenus responsables de la disponibilité ou de la qualité de tout Traitement médical (y compris les résultats de celui-ci) ou du transport, ou de votre incapacité à obtenir un Traitement médical pendant que cette couverture est en vigueur.
6. **Transfert ou rapatriement médical** - En cas d'urgence (que ce soit avant l'admission, pendant une Hospitalisation couverte ou après votre sortie de l'Hôpital), l'Assureur se réserve le droit de :
 - a. vous transférer à l'un de ses fournisseurs de soins de santé privilégiés ; et/ou
 - b. vous renvoyer dans votre pays d'origine ;pour le traitement médical de votre maladie ou de votre blessure sans que votre vie ou votre santé ne soit menacée. Si vous choisissez de refuser le transfert ou le retour alors que vous êtes déclaré médicalement stable par l'assureur, tous les frais continus engagés après votre refus ne seront pas couverts et le paiement de ces frais devient votre seule responsabilité. La couverture cesse dès votre refus et aucune couverture ne vous sera fournie pour le reste de la période de couverture.

ACM tiendra compte de votre état de santé lors du choix et de l'organisation de votre transfert ou de votre retour et, en cas de transfert, lors du choix de l'hôpital.
7. **Rapatriement en cas d'incapacité à poursuivre vos études** - L'assureur se réserve le droit de vous renvoyer dans votre pays d'origine si vous êtes dans l'incapacité de poursuivre vos études en raison d'une blessure ou d'une maladie couverte. Si vous refusez la décision de l'assureur de vous rapatrier dans votre pays d'origine lorsque vous êtes déclaré médicalement apte à voyager, tous les frais encourus après votre refus ne seront pas couverts et le paiement de ces frais devient votre seule responsabilité. La couverture cesse dès votre refus et aucune couverture ne vous sera fournie pour le reste de la période de couverture.

SECTION VII. EXCLUSIONS

Les prestations ne sont pas payables en vertu de la présente police si les pertes ou les dépenses subites sont le résultat direct ou indirect de l'un des points suivants:

1. Toute Maladie, Blessure ou condition médicale qui : a présenté des symptômes, pour lesquels un diagnostic n'a pas été fait ou requis ; ou a eu un ou tous les éléments suivants : Traitement médical, médicaments sur ordonnance ou Hospitalisation ; dans les 60 jours précédant la date d'effet.,
2. Les traitements de chimiothérapie et de radiothérapie, sauf avec accord préalable d'ACM.
3. Lunettes de vue, lentilles de contact, appareils auditifs et/ou prescriptions pour l'un de ces articles,
4. Traitement naturopathique, holistique ou d'acupuncture ; Traitement ou chirurgie électif ou tout Traitement médical lié à une procédure électorale antérieure ; chirurgie esthétique ou plastique, que ce soit ou non pour des raisons psychologiques, à moins qu'elle ne soit requise à la suite d'une Blessure encourue pendant que ce certificat d'assurance est en vigueur.
5. Les soins dentaires, la chirurgie buccale ou toute procédure connexe, sauf indication contraire dans la prestation "Traitement d'un accident dentaire", la garantie "Soulagement d'urgence de la douleur dentaire" (voir SECTION V - Prestations 7, 8)
6. La grossesse, l'accouchement, la fausse couche, l'interruption volontaire de grossesse et toutes les complications qui en découlent, sauf ce qui est spécifié dans la prestation "Maternité" (voir SECTION V - Prestation 6).
7. Votre participation et/ou Votre exposition volontaire à tout risque lié à : une guerre ou un acte de guerre, qu'elle soit déclarée ou non ; une invasion ou un acte d'un ennemi étranger ; des hostilités déclarées ou non ; une guerre civile, une émeute, une rébellion ; une révolution ou une insurrection ; un acte du pouvoir militaire ; ou tout service dans les forces armées.
8. Commettre ou tenter de commettre un acte illégal ou un acte criminel.

9. Voyager contre l'avis d'un médecin ou toute perte résultant d'une maladie ou d'un état pathologique qui a été diagnostiqué par un médecin comme étant en phase terminale avant la date d'effet du présent certificat d'assurance. Par " terminal ", on entend une Maladie ou un état pathologique pour lequel un Médecin a émis un pronostic de décès dans les 6 mois, ou pour lequel des soins palliatifs ont été reçus, avant la date d'effet.
10. Tout traitement, investigation ou hospitalisation pendant que vous êtes dans votre pays d'origine.
11. Tout traitement, investigation ou Hospitalisation qui est la continuation ou la suite d'une Hospitalisation, à moins qu'il ne soit approuvé au préalable par ACM.
12. Tout traitement, investigation ou Hospitalisation qui dépasse 30 jours après le premier jour où le traitement ambulatoire nécessaire a commencé, sauf accord préalable de l'ACM.
13. La participation :
 - a. en tant qu'athlète professionnel à une manifestation sportive, y compris l'entraînement ou la pratique. (Professionnel signifie une personne qui exerce une activité à titre d'occupation principale rémunérée);
 - b. à une course motorisée ou à un concours de vitesse motorisé ;
 - c. en plongée sous-marine (sauf si vous êtes titulaire d'un titre de base de plongée sous-marine délivré par une école certifiée ou un autre organisme d'agrément), en deltaplane, en escalade, en parapente, en parachutisme, en saut à l'élastique, en alpinisme, en rodéo, en héliski, en ski alpin ou en snowboard en dehors des pistes balisées ou en course cycliste ou en course de ski.
14. Maladie ou blessure résultant d'un accident de véhicule à moteur lorsque vous avez le droit de recevoir des prestations en vertu d'une police ou d'un régime législatif d'assurance automobile.
15. Les traitements ou services qui contreviennent à la législation ou qui sont interdits par celle-ci dans le cadre d'un régime hospitalier ou médical provincial ou territorial.
16. Les maisons de réadaptation et de convalescence ou les vacances à des fins de récupération.
17. Traitement ou chirurgie pendant Votre séjour lorsque Votre visite est entreprise dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir des services médicaux ou hospitaliers, que cette visite soit effectuée ou non sur les conseils d'un Médecin ou d'un chirurgien.
18. Exposition personnelle à un risque exceptionnel, à des activités ou professions dangereuses ou à un accident de vol (sauf si vous voyagez en tant que passager payant d'une compagnie aérienne commerciale).

SECTION VIII. SERVICE D'AIDE INTERNATIONALE

ACM répond aux questions 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

1. **Centre d'appels d'urgence** - Où que vous soyez, des professionnels de l'assistance sont prêts à prendre votre appel. Appelez gratuitement le 888-997-0151 ou appelez à frais virés le +519-251-0151.
2. **Informations sur les prestations** - Explications sur votre certificat d'assurance sont disponibles pour vous et pour les prestataires médicaux qui vous traitent.
3. **Gestion des cas** - L'équipe expérimentée et professionnelle d'ACM, disponible 24 heures sur 24, contrôlera les prestations fournies en cas d'urgence.
4. **Service d'interprétation** - ACM peut vous mettre en contact avec un interprète en langue étrangère lorsque les services d'urgence l'exigent.
5. **Facturation directe** - Dans la mesure du possible, ACM demandera à l'hôpital ou à la clinique de les facturer directement.
6. **Informations sur les réclamations** - ACM répondra à toutes les questions que Vous posez sur l'admissibilité de Votre demande, les procédures de vérification standard et la manière dont les prestations de la police sont gérées.

SECTION IX. DÉFINITIONS

Certains termes de capitalisation utilisés dans le présent certificat d'assurance sont définis dans la présente section.

Accident - désigne un événement fortuit, soudain, imprévu et non intentionnel exclusivement attribuable à une cause

externe entraînant des blessures corporelles.

"Enfant(s)" désigne un enfant non marié de l'étudiant ou de son conjoint, qui est à la charge de l'étudiant, à condition que cet enfant soit âgé de 15 jours à 21 ans à la date d'inscription.

" Pays d'origine " désigne le pays pour lequel un Assuré détient un passeport. Lorsqu'un Assuré est titulaire de plus d'un passeport, le Pays d'origine s'entend du pays que l'Assuré a déclaré sur l'inscription.

" Franchise " désigne le montant en dollars canadiens, jusqu'à concurrence de 100 \$ par événement, que vous devez payer avant que les autres frais couverts soient remboursés en vertu du présent certificat d'assurance.

" Traitement facultatif " désigne tout traitement qui n'est pas médicalement nécessaire.

"Urgence" signifie que l'Assuré a besoin d'un Traitement médical immédiat pour soulager une douleur ou une souffrance aiguë résultant d'une Maladie ou d'une Blessure inattendue et imprévue survenant lors d'un voyage temporaire en dehors de son Pays de résidence et que ce Traitement médical ne peut être retardé jusqu'à son retour dans son pays de résidence.

" ACM " désigne Active Claims Management (2018) Inc. fonctionnant sous le nom de Active Care Management Inc. (" ACM "), la compagnie désignée par l'assureur pour fournir des services d'assistance médicale et de réclamation.

"Hôpital" désigne un établissement désigné comme tel par la loi, dont le personnel est composé en permanence d'un ou de plusieurs médecins, qui fournit en permanence des services de soins infirmiers par des infirmières diplômées, dont l'activité principale est la prestation de services de diagnostic et/ou le traitement médical et chirurgical de maladies et de blessures en phase aiguë, ou le traitement actif de maladies chroniques, et qui dispose d'installations pour le diagnostic, les interventions chirurgicales majeures et les soins aux patients hospitalisés. Le terme Hôpital ne comprend pas les établissements de convalescence, de soins infirmiers, de repos ou de soins infirmiers qualifiés, qu'ils soient séparés ou qu'ils fassent partie d'un Hôpital général ordinaire, ni un établissement exploité exclusivement pour le traitement de personnes souffrant de maladies mentales, de personnes âgées, de toxicomanes ou d'alcooliques.

" Membre de la famille immédiate " désigne votre mère, votre père, votre frère ou sœur, votre enfant, votre conjoint, votre tuteur légal, vos grands-parents, vos petits-enfants, votre tante, votre oncle, votre nièce, votre neveu, votre belle-mère, votre beau-père, votre gendre, votre belle-fille, votre beau-frère et votre belle-sœur.

" Blessure " désigne un dommage corporel inattendu et imprévu causé par un accident qui nécessite un traitement médical et qui survient pendant que cette couverture est en vigueur.

"Patient hospitalisé " désigne un patient qui occupe un lit d'hôpital pendant plus de 24 heures pour un traitement médical et pour lequel l'admission a été recommandée par un médecin lorsqu'elle est médicalement nécessaire.

" Personne assurée " désigne la personne qui est désignée comme personne assurée sur la confirmation d'assurance pour laquelle la prime appropriée a été payée.

"Traitement médical " désigne tous les services médicaux obtenus auprès d'un médecin agréé qui sont médicalement nécessaires et qui sont de nature médicale, thérapeutique ou diagnostique. Le traitement médical comprend l'hospitalisation, les services médicaux pour une blessure, une maladie ou un état pathologique, y compris, mais sans s'y limiter, l'un ou l'autre des éléments suivants : anamnèse, examen médical, tests d'investigation de base, chirurgie, conseils ou traitement et médicaments sur ordonnance (y compris ceux prescrits au besoin). Cela n'inclut pas les examens médicaux réguliers lorsqu'aucun signe ou symptôme médical n'existe ou n'a été découvert au cours de l'examen.

"Médicalement Nécessaire" en référence à un service ou une fourniture donnée, signifie que ce service ou cette fourniture :

- a. est approprié et cohérent avec le diagnostic selon les normes communautaires acceptées de la pratique médicale ;
- b. n'est pas de nature expérimentale ou d'investigation ;
- c. ne peut pas être omis sans affecter négativement votre état ou la qualité des soins médicaux ; et
- d. ne peut être retardée jusqu'à votre retour dans votre pays de résidence (pendant votre séjour au Canada ou lors d'une visite temporaire à l'extérieur du Canada).

" Médecin " désigne un praticien médical dont le statut juridique et professionnel dans sa juridiction équivaut à celui d'un docteur en médecine (M.D.) autorisé au Canada, qui est dûment autorisé dans la juridiction dans laquelle il exerce, qui prescrit des médicaments et/ou pratique des interventions chirurgicales et qui donne des soins médicaux dans le cadre de son autorité. Un médecin doit être une personne autre que vous-même ou un membre de votre famille

immédiate.

" **Prestataire privilégié** " désigne un fournisseur de services de soins de santé qui a été identifié comme étant un participant au réseau d'ACM. Contactez ACM au 888-997-0151 ou +519-251-0151 pour vérifier si un prestataire est un Prestataire privilégié.

"**Coûts raisonnables et coutumiers**" signifie les coûts encourus pour des services ou des fournitures médicales approuvés et admissibles qui ne dépassent pas le remboursement moyen que le fournisseur reçoit pour tous les services rendus à ses patients.

"**Maladie** " désigne une maladie ou un trouble de l'organisme qui entraîne une perte pendant que la présente couverture est en vigueur. La maladie doit être suffisamment grave pour inciter une personne raisonnablement prudente à consulter un médecin en vue d'un traitement médical.

" **Conjoint** " désigne la personne, âgée de moins de 65 ans, avec laquelle l'étudiant est légalement marié ou avec laquelle il réside dans une relation conjugale depuis 1 an.

" **Étudiant** " désigne une personne

- a. dont le pays d'origine n'est pas le Canada et qui réside au Canada de façon temporaire ; et
- b. qui est inscrite à l'Université de Saint-Boniface et qui la fréquente à temps plein.

"**Voyage**" signifie votre départ du pays de résidence et votre retour au domicile ou l'expiration de l'assurance, selon la première éventualité.

" **Vous, votre, vos et l'assuré** " désigne la personne assurée telle qu'indiquée sur la confirmation d'assurance.

SECTION X. PAIEMENT DES RÉCLAMATIONS

Pour faciliter le règlement rapide des réclamations:

Pour toute réclamation, veuillez contacter la Compagnie d'Assistance.

Frais Médicaux: Obtenez des reçus des fournisseurs de services, etc., signalant le montant payé et indiquant le diagnostic et le traitement.

Procédures de Réclamation: Avis de Réclamation: L'avis de réclamation doit être signalé dans les 30 jours suivant une perte ou dès qu'il est raisonnablement possible. Vous ou une personne de votre part pouvez donner l'avis. L'avis devrait Nous être remis ou à Notre représentant désigné et devrait inclure suffisamment d'informations pour Vous identifier.

Procédures de Réclamation: Formulaire de Réclamation: Lorsque Nous ou Notre représentant désigné recevons l'avis de réclamation, des formulaires de dépôt de la preuve de la perte seront fournis. Si ces formulaires ne sont pas envoyés dans un délai de 15 jours, les exigences en matière de preuve de perte peuvent être satisfaites en Nous envoyant une déclaration écrite de ce qui s'est passé. Cette déclaration doit être reçue dans le délai imparti pour le dépôt de la preuve de perte.

Procédures de Réclamation: Preuve de Perte: La preuve de perte doit être fournie dans les 90 jours suivant la date de la perte ou dans les meilleurs délais raisonnables. La preuve doit cependant être fournie au plus tard 12 mois à compter de la date où elle est autrement requise, sauf en cas d'incapacité juridique.

Paiement des Réclamations: Quand Elle Est Payée: Nous, ou Notre représentant désigné, paierons la réclamation en dollars américains jusqu'au montant maximum de la Prestation indiquée dans le Calendriers des Prestations après réception d'une preuve de perte acceptable.

Paiement des Réclamations: À Qui Elle Est Payée: Les prestations pour perte de vie seront versées à Votre bénéficiaire désigné. Si Vous ne désignez pas autrement un bénéficiaire, les prestations pour perte de vie seront versées au premier des bénéficiaires de préférence survivants suivants:

- a. Votre conjoint(e);
- b. Votre enfant ou vos enfants conjointement;
- c. Vos parents conjointement si les deux sont vivants ou le parent survivant si un seul survit;
- d. Vos frères et soeurs conjointement; ou
- e. Votre succession.

Toutes les autres prestations Vous seront versées directement, sauf à indication contraire. Toutes les prestations accumulées impayées à Votre décès seront versées à Votre succession. Si vous avez assigné Vos prestations, Nous honorerons l'assignation si une copie signée a été déposée avec Nous. Nous ne sommes pas responsables de la validité de toute assignation. Toute ou partie

des prestations fournis par la police peuvent, à Notre choix, être versés directement au fournisseur du ou des services qui Vous sont destinés. Toutes les prestations non versées au fournisseur vous seront versées.

Si une prestation est payable à: (a) une personne assurée mineure ou incapable par ailleurs de donner une quittance valide; ou (b) une succession d'une Personne Assurée, Nous pouvons verser toute somme due en vertu de la police au bénéficiaire de la Personne Assurée ou à un parent que Nous estimons avoir droit au paiement. Tout paiement effectué de bonne foi doit nous libérer totalement de toute partie dans la mesure de ce paiement.

Subrogation: Si la Compagnie a effectué un paiement pour une perte en vertu de la présente police et que la personne à qui ou pour laquelle le paiement a été versé a le droit de récupérer des dommages de la tierce partie responsable de la perte, la Compagnie sera subrogée à ce droit. Vous devez aider la Compagnie à exercer les droits de la Compagnie de toute manière raisonnable que la Compagnie peut demander: ni faire quoi que ce soit après la perte pour nuire aux droits de la Compagnie: et dans l'éventualité que Vous récupérez des dommages de la tierce partie responsable de la perte, Vous détiendrez la somme de la récupération pour la Compagnie en fiducie et rembourserez la Compagnie dans la mesure du paiement précédent de la Compagnie pour la perte.

SECTION XI. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Contrat Complet: Modifications: La présente police, la Confirmation des prestations et les pièces jointes constituent le contrat d'assurance dans son intégralité. Aucun agent ne peut le changer de quelque manière que ce soit. Seul un dirigeant de la Compagnie peut approuver un changement. Un tel changement doit être indiqué dans cette politique ou ses annexes.

Désignation et Modification du Bénéficiaire: Le(s) bénéficiaire(s) de l'Assuré est (sont) la (les) personne(s) désignée(s) par et enregistrés avec la Compagnie / Compagnie d'Assistance.

Un Assuré majeur et légalement habilité peut changer de désignation de bénéficiaire à tout moment, sauf si une désignation irrévocable a été faite, sans le consentement du ou des bénéficiaire(s) désigné(s), en faisant une demande de changement par écrit à la Compagnie / Compagnie d'Assistance. Lorsque la demande est reçue, que l'assuré soit ou non encore vivant, le changement de bénéficiaire est lié et prend effet à la date d'exécution de la demande écrite, mais sans préjudice à la Compagnie de tout paiement effectué par celle-ci avant la réception de la demande.

Déclaration Erronée de l'Âge: Si les primes sont basées sur l'âge et que l'assuré a déclaré inexactement son âge, il y aura un ajustement juste des primes en fonction de son âge réel. Si les prestations pour lesquelles la couverture est basée sur l'âge et si l'Assuré a déclaré inexactement son âge, elles seront ajustées en fonction de l'âge réel de l'Assuré. La Compagnie peut exiger une preuve d'âge satisfaisante avant de payer toute réclamation.

Examen Médical et Autopsie: La Compagnie, aux frais de celle-ci, peut Vous faire examiner quand et aussi souvent que cela est raisonnable pendant le traitement de la demande. La Compagnie peut faire faire une autopsie (aux frais de la Compagnie) lorsque cela n'est pas interdit par la loi.

Actions Légales: Tous les termes de la politique seront interprétés en vertu des lois de la province dans laquelle la police a été émise. Aucune action légale ne peut être intentée pour recouvrer sur la police dans les 60 jours suivant la fourniture d'une preuve écrite d'une perte. Aucune action légale pour une réclamation ne peut être intentée contre Nous après trois ans à compter de la date à laquelle une preuve de perte écrite doit être fournie.

Dissimulation et Fausse Déclaration: La couverture entière sera annulée si, avant, pendant ou après une perte, tout fait matériel ou circonstance lié à la présente police ou à la réclamation a été dissimulé ou déclaré de manière fausse.

Réductions du Montant de l'Assurance: Le montant de la prestation applicable sera réduit du montant des prestations, le cas échéant, versées antérieurement pour toute perte ou tout dommage en vertu de la présente police pour Votre Voyage.

Paiement de la Prime: La couverture est conditionnelle au paiement de votre prime et ne prend effet qu'au paiement de votre prime initiale. La prime doit être payée avant votre date d'effet. La couverture sera nulle et non avenue si la prime n'est pas reçue, si un chèque n'est pas honoré pour quelque raison que ce soit, si les frais de carte de crédit sont invalides ou s'il n'existe aucune preuve de votre paiement.

Résiliation de Cette Police: La résiliation de cette police n'affectera pas une réclamation pour une perte qui survient pendant que la police est en vigueur.

AVIS EXIGÉ PAR LA LOI SUR LES ASSURANCES EN ALBERTA. Cette police contient une disposition supprimant ou limitant le droit de l'assuré de désigner des personnes à qui ou pour qui une somme d'assurance doit être versée.

Loi de Contrôle: Toute partie de cette police en conflit avec la loi provinciale ou territoriale où cette police est produite est modifiée afin de répondre aux exigences de la loi de cette province ou de ce territoire.

Malgré toute autre disposition de la présente police, celle-ci est soumise aux conditions statutaires de la Loi sur les Assurances en ce qui concerne les contrats d'assurance contre les Accidents et les Maladies.

SECTION XII. SERVICES D'ASSISTANCE MONDIALE

Une variété de services d'assistance de voyage sont fournis. Les services d'assistance de voyage ne sont pas des couvertures d'assurance incluses dans la police. Les services d'assistance voyage sont fournis par la Compagnie d'Assistance et non par Société d'assurance générale Northbridge. Les services d'assistance de voyage fournis incluent (le cas échéant):

- Référence Médicale ou Juridique • Informations sur l'Inoculation • Service de Traduction
- Récupération des Bagages Perdus • Information sur le Passeport / Visa • Avance de Fonds d'Urgence
- Cautionnement (à l'extérieur du Canada seulement) • Remplacement de Lunettes/Médicaments d'Ordonnance
- Service de Résolution de Vol d'Identité

Le remboursement du paiement à la Compagnie d'Assistance est de Votre responsabilité.

Services d'Assistance de Voyage 24/7

Urgence Médicale, Service de Concierge, Concierge pour Entreprises, Évacuation Politique et de Catastrophe Naturelle. Veuillez contacter Active Care Management (ci-après appelée la Compagnie d'Assistance)

EN CAS D'URGENCE, VEUILLEZ CONTACTER

ACTIVE CARE MANAGEMENT (ci-après appelée la Compagnie d'Assistance) IMMÉDIATEMENT,

au numéro sans frais **1-888-997-0151** ou à frais virés si disponible au **519-251-0135**.

Pour les besoins d'assistance non Urgents, vous pouvez également contacter la Compagnie d'Assistance par courriel à l'adresse northbridgeassistance@acmtravel.ca.

Par la Poste au Canada:

ACM, CP 337, Station A, Windsor, ON N9A 6K7

Par la Poste aux États-Unis:

ACM, 535 rue Griswold, Suite 111-612 Detroit, MI 48226

La Compagnie d'Assistance est là pour Vous aider 24 heures par jour, chaque jour de l'année. S'il est médicalement impossible pour Vous d'appeler, s'il vous plaît demandez à quelqu'un d'appeler en Votre nom. Vous pouvez également contacter le centre d'Aide d'Urgence de la Compagnie d'Assistance via son application mobile.

Application Mobile d'Assistance de Voyage

Pour un lien direct vers la Compagnie d'Assistance, Vous pouvez télécharger l'application d'assistance gratuite d'ACM, **AwayCare TravelAid™**. Compatible GPS, **AwayCare TravelAid™** offre aux voyageurs les services suivants, partout dans le monde:

- Lien direct vers le centre d'assistance
- Informations sur les fournisseurs de soins de santé
- Directions pour le centre médical le plus proche
- Recherche internationale 911
- Avis de voyage officiels et conseils de voyage
- Assistance à la soumission de réclamations pour les voyageurs de l'extérieur de la province et du pays

TELECHARGEMENT GRATUIT MAINTENANT

(Disponible sur Apple Store ou Google Play)

RECHERCHE: **AWAYCARE TRAVELAID**

<https://awaycare.ca/fr/travelaid/>

Les services d'assistance de voyage sont fournis par la Compagnie d'Assistance et non par Société d'assurance générale Northbridge. Il peut arriver que des circonstances hors du contrôle de la Compagnie d'Assistance entravent ses efforts pour fournir des services d'assistance de voyage. Cependant, ils feront tous les efforts raisonnables pour fournir des services d'assistance de voyage et Vous aider à résoudre Votre situation d'Urgence. Si Vous avez besoin d'une **Évacuation d'Urgence Non Médicale**, la Compagnie d'Assistance organisera l'évacuation d'un point de départ sécurisé vers le lieu sûr le plus proche. Vous devez contacter la Compagnie d'Assistance dès que possible après que votre pays d'accueil a publié la déclaration officielle de catastrophe, car des

retards pourraient rendre impossible un transport sûr. Le moyen de transport choisi sera le plus approprié pour assurer votre sécurité. Si l'évacuation devient inexploitable en raison de conditions hostiles ou dangereuses, la Compagnie d'Assistance restera en contact avec Vous et Vous avisera jusqu'à ce que l'évacuation devienne viable ou que la situation de catastrophe naturelle ou de bouleversement politique ou social ait été résolue. Si un moyen de transport commercial est disponible, mais que le transport jusqu'au point de départ du moyen de transport commercial vous exposera à des dommages corporels imminents, la Compagnie d'Assistance organisera et payera, dans la mesure du possible, Votre transport sécurisé jusqu'au point de départ. Les frais de transport commercial et / ou les frais de modification sont à Votre charge une fois que Vous avez atteint le point de départ du transport commercial normal. La prestation est soumise aux termes et conditions du plan et tel que déterminé par le personnel de sécurité de Active Care Management, conformément aux autorités locales et canadiennes. Les services fournis sans la coordination et les approbations de Active Care Management ne sont pas couverts. Aucune demande de remboursement ne sera acceptée. Si Vous êtes en mesure de quitter votre pays d'accueil par les moyens habituels, Active Care Management Vous assistera dans la modification des réservations de vols ou d'autres moyens de transport.

DISPONIBILITE DES SERVICES

Vous êtes admissible aux services d'information et de conciergerie à tout moment après Votre achat de ce plan. Les services d'assistance de voyage deviennent disponibles lorsque Vous commencez réellement Votre Voyage. Les services d'Assistance de Voyage, de Conciergerie et d'information prennent fin au plus tôt de: minuit le jour de l'expiration du programme; lorsque Vous atteignez votre destination de retour; ou lorsque Vous terminez Votre Voyage. Les services de Résolution de Vol d'Identité deviennent disponibles à Votre Date Départ Prévue pour Votre Voyage. Les services sont fournis uniquement pour un événement de Vol d'Identité qui se produit pendant Votre Voyage. La Résolution sur le Vol d'Identité ne garantit pas que son intervention pour Vous aboutira à un résultat particulier ni que ses efforts pour Vous aboutiront à un résultat qui Vous semblera satisfaisant. La Résolution sur le Vol d'Identité n'inclut pas et ne Vous aidera pas pour les vols impliquant des comptes bancaires non canadiens.

SERVICES DE CONCIERGE

Les services de concierge sont fournis par le fournisseur désigné de la Compagnie d'Assistance. Les services fournis par le fournisseur sont gratuits. Vous êtes responsable du coût des services fournis et facturés par des tiers ainsi que du coût réel des marchandises, des divertissements, des sports, des billets, de la nourriture et des boissons ainsi que d'autres éléments de déboursement. Les services offerts comprennent (le cas échéant):

- Profils de Destinations • Besoins Épicuriens • Billetterie pour Événements • Services Floraux
- Réservations d'heure de départ (golf) • Logement dans un Hôtel • Services de Rencontre
- Services d'Assistance pour le Magasinage • Assistance Avant le Voyage
- Approvisionnement d'Articles Difficiles à Trouver • Références et Réservations de Restaurants
- Réservations de Voitures de Location • Réservations Aériennes

SERVICES DE CONCIERGE POUR ENTREPRISES

Les services de concierge sont fournis par le fournisseur désigné de la Compagnie d'Assistance. Les services fournis par le fournisseur sont gratuits. Vous êtes responsable du coût des services fournis et facturés par des tiers. Les services offerts comprennent (le cas échéant):

- Correspondance d'Urgence et Assistance à la Communication Professionnelle • Assistance pour Localiser les Services Professionnels Disponibles, tels que: Sites de Livraison Express/du Lendemain, Cybercafés, Services d'Impression/de Copies • Assistance ou Organisation d'une Conférence Par Téléphone ou par Web • Messagerie d'Urgence aux Clients, Associés et Autres (Téléphone, Fax, Email, Texte, etc.) • Information en Temps Réel sur la Météo, les Retards de Voyage et l'État des Vols • Répertoire Mondial des Entreprises pour la Réparation/Remplacement d'Équipement, le Service de Garantie, etc. • Arrangements de Voyage d'Urgence