



Assurance médicale internationale

Pour les étudiants, le corps enseignant, & le personnel scolaire.

VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT CETTE POLICE

POUR LES ADMISSIONS À L'HÔPITAL OU EN CAS D'INCAPACITÉ, APPELEZ LE PLUS VITE POSSIBLE LE SERVICE D'ASSISTANCE D'URGENCE, 24 h SUR 24, AU NUMÉRO GRATUIT 1-800- 995-1662 (AMÉRIQUE DU NORD) OU EN PCV AU (416) 340-8444.

Cette assurance sert à couvrir les sinistres dus à des circonstances soudaines et imprévisibles. La couverture est sujette à certaines limitations et exclusions, y compris mais sans s'y limiter, aux conditions d'exclusions préexistantes telles que définies sous la rubrique Définitions et exclusions générales de cette police.

CONTRAT D'ASSURANCE

En considération du paiement de la prime, l'assureur (divers assureurs de Lloyd's of London) s'engagera envers le souscripteur de la police, à rembourser, dans les limites dont les détails sont exposés dans cette police, les frais encourus durant la durée de la validité de la police, sous réserve des exceptions, limitations et provisions de cette police.

Tous les mots dont la définition est donnée à la rubrique Définitions de ce document, signifieront la même chose tout au long de ce document.

Pour les besoins de cette police, la monnaie est exprimée en dollars canadiens (CAD.)

COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE DE LA POLICE

Le monde entier.

DATE DE PRISE D'EFFET ET TERME DE LA POLICE

Cette police prend effet à 0h 01 heures locales à la date figurant sur le formulaire de souscription ou à la date à laquelle la couverture a été approuvée par l'assureur et à partir de laquelle les mois de couverture seront calculés. Elle reste en vigueur pendant la durée pour laquelle la prime a été payée. La couverture peut être renouvelée, sous réserve de l'approbation de l'assureur, pour d'autres termes consécutifs ne dépassant pas 12 mois, après paiement de la prime au taux et au montant déterminés par l'assureur au moment du renouvellement.

ADMISSIBILITÉ

Dans le cadre de cette police, les personnes assurées seront considérées comme étant des personnes qui :

1. Sont inscrites comme étudiant(e)s à temps plein, titulaires d'une bourse, membres du corps enseignant, membres du personnel scolaire, accompagnateur(trice)s, et participant(e)s à un programme d'échange éducatif ou culturel et qui sont affectées à l'étranger ou qui voyagent hors de leur pays d'origine pour un établissement scolaire accrédité ;
2. Ont moins de 65 ans ;
3. Sont des dépendants admissibles ;
4. Ont été enrôlées **dans le cadre de cette police** ;

5. Ont payé la prime due ou dont la prime a été payée par le souscripteur de la police ;
6. Ont demandé et obtenu l'approbation de la prolongation de la couverture après la fin de l'affectation pour la durée du voyage de retour dans leur pays de résidence et ont payé la prime pour cette période ou dont la prime a été payée par le souscripteur de la police ;

RÉSILIATION PAR L'ASSURÉ

L'assuré peut résilier ce contrat à n'importe quel moment en notifiant par écrit de cette résiliation, l'administrateur du plan pour le compte de l'assureur ou en la remettant à un agent autorisé (c'est à dire une école ou une organisation). Si cette police est résiliée avant la date de prise d'effet pour des raisons médicales, la prime payée sera entièrement remboursée à l'assuré.

Si cette police est résiliée après la date de prise d'effet, l'assureur remboursera les primes payées sous réserve de présentation de preuves qu'une autre couverture équivalente est en place.

Les remboursements sont sous condition qu'aucune demande de prestations n'ait été encourue, payée ou en cours. Il y a une période d'attente de 90 jours pour tout remboursement.

AUTRE ASSURANCE

Si, au moment du sinistre, la personne assurée a une autre assurance pour des prestations fournies dans le cadre de cette police, la police dont la date de prise d'effet arrive la première sera considérée comme devant payer la première. Toute prestation payée par les organisations suivantes, ne sera pas considérée comme frais couverts dans le cadre de cette police :

- Tout régime individuel ou collectif d'assurance médicale ou d'hospitalisation.
- Tout régime gouvernemental d'assurance médicale ou d'hospitalisation
- Toute indemnité au titre de la loi sur les accidents du travail
- Toute agence publique ou financée par les contribuables

DEFINITIONS

Accident: tout événement soudain et imprévisible arrivant pendant la durée de la validité de la police, résultant en blessures corporelles et dont les causes ou l'une des causes est extérieure au corps de la victime et au-delà de son contrôle.

Prestations : Tous les frais / services que l'assureur paiera dans le cadre de cette police.

Prestation maximum : le montant déclaré comme étant le montant maximum payable pour n'importe quelle prestation, par année de police, sauf indication contraire.

Administrateur de demande de prestations : Norfolk Mobility Benefits Inc.

Appareil correctif : un appareil requis par vous, sur avis d'un médecin, pour rectifier un handicap physique débilisant et sans lequel il vous serait physiquement impossible de continuer vos études ou d'assumer vos responsabilités d'enseignant dans l'établissement scolaire dans lequel vous êtes inscrit ou enseignez. Les « appareils correctifs » incluent les prothèses, les fauteuils roulants, les chiens d'aveugles et les appareils acoustiques.

Période de couverture : la période de temps pendant laquelle vous êtes assuré de bénéficier des prestations fournies dans le cadre de cette police, à compter de 0h01 le jour de la prise d'effet jusqu'à 12h00, minuit, à la date la plus avancée de, a) la date spécifiée comme date de fin de terme sur le formulaire de souscription ou de b)

la date de fin de prolongation de cette police. La durée maximum de la période de couverture est de 365 jours consécutifs, prolongations incluses à partir de la date de prise d'effet.

Une couverture d'une durée de 90 jours est disponible pour les assurés qui rentrent définitivement dans leur pays ou leur pays de résidence, à condition que la prime ait été payée pour ce terme.

Malade en traitement de jour : un patient qui occupe un lit d'hôpital ou à qui l'on facture un lit d'hôpital.

Franchise : le montant en dollars que l'assuré doit payer avant que les autres frais admissibles dans le cadre de cette police puissent être remboursés.

Dépendant: lorsque ce mot est utilisé dans le cadre de cette police, il signifie :

- a) L'époux(se) de la personne assurée (à l'exclusion des personnes légalement séparées) âgé(e) de moins de 65 ans.
- b) Les enfants non-mariés, les beaux-enfants, les enfants en placement familial et les enfants adoptés légalement qui sont dépendants de la personne assurée, à condition que ces enfants n'aient pas moins de 15 jours et pas plus de 18 ans à la date de souscription de la police (ou 24 ans s'il est possible de prouver qu'ils poursuivent leurs études à temps plein.) Les enfants qui souffrent d'un handicap physique ou mental, requièrent le soutien de l'assuré(e) et résident avec l'assuré(e) sont considérés admissibles, quel que soit leur âge.

Services de diagnostic : services de radiologie, d'analyses de laboratoire, procédures de radiographies et de médecine nucléaire utilisées pour diagnostiquer et traiter des conditions médicales.

Date de prise d'effet : La date à laquelle vous arrivez sur le site dans le pays où vous êtes affecté ou étudiez. La couverture est automatiquement fournie pour un maximum de 10 jours de voyage à partir de votre pays d'origine ou pays de résidence, jusqu'au pays d'affectation ou d'études ou à une date ultérieure telle que mentionnée par l'administrateur du plan.

Urgence : Une situation, des événements soudains et imprévisibles ou des changements de conditions qui demandent un traitement médical immédiat.

Expatrié(e): Une personne qui quitte son pays de résidence pour habiter dans un pays étranger pour lequel il (elle) ne peut pas être titulaire d'un passeport valide.

Pays d'origine : Le pays dont l'assuré est titulaire d'un passeport. Lorsque l'assuré est titulaire de plus d'un passeport, ce sera le pays que l'assuré a déclaré sur son formulaire de demande de souscription.

Hôpital : Tout établissement médical ou chirurgical qui opère légalement dans le pays dans lequel il est situé et dont les activités principales ne sont pas celles d'un centre de rééducation, d'un spa, d'un centre d'hydrothérapie, d'un sanatorium, d'un établissement de soins infirmiers ou d'une maison de retraite. Il doit être sous la supervision constante d'un médecin résident.

Services hospitaliers : Les frais de logement, de soins, de salles d'opérations, de médicaments, de pansements, de procédures de diagnostic ou tout autre frais encouru par un hôpital pour un traitement médical.

Membre de la famille immédiate : Signifie époux(se), fils, fille, père, mère, frère, sœur, gendre, belle-fille, beau-frère, belle-sœur, petit-fils, petite-fille, grand-père ou grand-mère de l'assuré.

Blessure : Lésion inattendue et imprévisible infligée au corps humain causée par un accident arrivant pendant la durée de la validité de la police et qui entraîne, directement et indépendamment de toute autre cause, des frais médicaux pour la personne assurée.

Malade hospitalisé : Un patient qui occupe un lit d'hôpital pour plus de 24 heures pour subir un traitement médical et pour qui l'admission à l'hôpital a été recommandée par un médecin ou un chirurgien.

Assuré /vous /votre : Une personne admissible tel que défini à la rubrique admissibilité de cette police.

Assureur : Certains assureurs de Lloyd's of London, Angleterre qui sont les prestataires de cette assurance.

Soins de maternité : Signifie les frais médicaux inhérents à la grossesse et l'accouchement.

Accessoires médicaux : Accessoires mineurs comme les béquilles, les éclisses, les cannes, les écharpes, les bandages herniaires, les supports orthopédiques et la location temporaire d'un fauteuil roulant lorsque prescrit par un médecin ou un chirurgien.

Fournisseur d'assistance médicale : Travel Insurance Coordinators.

Frais médicaux : Les dépenses médicales et accessoires couverts sous la rubrique, principales prestations médicales, de cette police et qui sont inévitablement encourues lorsque l'assuré est victime de blessures ou de maladies pendant la durée de la validité de la police.

Médicalement nécessaire : Les services ou produits qui vous sont fournis et qui sont nécessaires à l'identification ou au traitement de votre blessure ou de votre maladie, à l'allègement des douleurs aiguës ou des souffrances ou, pour identifier et traiter votre blessure ou votre maladie ; ou, en ce qui concerne les services hospitaliers, ceux qui ne peuvent pas vous être administrés sans risque en tant que patient externe. Ceci exclut les traitements de routine ou de suivi de toute condition médicale préexistante.

Norfolk Mobility Benefits Inc: Le tiers administrateur et administrateur des demandes de prestations nommé par l'assureur.

Patient externe : Un assuré qui reçoit un traitement, y compris des services de diagnostic, dans un hôpital ou autre établissement médical ou dans un cabinet de médecin dans lequel l'assuré n'est pas admis ou obligé de rester sur un lit d'hôpital en tant que malade hospitalisé.

Limite maximum totale : Le total maximum de l'ensemble des prestations qui peuvent être demandées par un assuré à la suite d'une blessure ou d'une maladie. Cette limite est indiquée dans l'énoncé de cette police.

Médecin ou chirurgien : Toute personne pratiquant légalement la médecine dans le pays où le traitement est fourni et qui, en fournissant un tel traitement, pratique dans le cadre de sa certification, de ses compétences et de sa formation. Un médecin ou chirurgien ne peut pas être l'assuré ni un membre de la famille immédiate d'un assuré.

Condition médicale préexistante : Toute condition médicale pour laquelle l'assuré a eu besoin d'attention médicale, à l'exclusion des examens médicaux routiniers, pour laquelle il a obtenu un changement de médication ou pour laquelle les symptômes se sont manifestés dans les 90 jours qui précèdent la date de prise d'effet de la couverture.

Résidence primaire : Le lieu où l'assuré maintient une résidence et qui n'est pas situé dans son pays d'origine.

Frais raisonnables et habituels : Les frais encourus pour des traitements ou fournitures admissibles et approuvés qui ne dépassent pas les coûts normaux des autres fournisseurs de standing similaire dans la même région, pour le même traitement d'une maladie ou blessure similaire.

Maladie : Toute maladie ou mal inattendu et imprévu subi par l'assuré qui se manifeste pendant le terme de la police et qui cause des frais médicaux à l'assuré.

Date de fin de contrat : La date à laquelle votre couverture cesse dans le cadre de ce contrat. La couverture cesse à l'heure et à la date la plus avancée entre (a) la date à laquelle vous avez demandé que le contrat se termine sur le formulaire de suscription ou (b) la date à laquelle vous rentrez définitivement dans votre pays

d'origine, ou (c) pour **les assurés qui retournent définitivement dans leur pays d'origine**, un maximum de 90 jours à partir de la date de retour, à condition que la prime ait été payée pour couvrir cette période.

PRESTATIONS MÉDICALES MAJEURES

Limite maximum

Compte tenu des limites décrites aux différentes rubriques de cette police, la limite maximum du total des frais médicaux ne pourra pas dépasser deux millions de dollars (2 000 000 \$) durant le cycle de vie de l'assuré.

Le remboursement est de 100% sans franchise.

Prestations hospitalières :

Lorsqu'une personne assurée doit demeurer hospitalisée en raison d'une maladie ou d'une blessure, l'assureur paiera les frais raisonnables et habituels de logement et nourriture (jusqu'à une chambre semi-privée), y compris les frais liés à l'intervention des médecins, des chirurgiens, des infirmières, à la salle d'opération, aux médicaments prescrits, aux bandages, aux services de diagnostic, aux accessoires médicaux et à tout autres frais nécessaires dus en vertu des services rendus en tant que patient hospitalisé ainsi que les frais encourus dans une unité de soins intensifs. Les assurés doivent obtenir l'autorisation préalable de Norfolk Mobility Benefits Inc. ou du prestataire de service médical.

Honoraires de médecins :

Tous les frais raisonnables et habituels liés à l'intervention d'un médecin pour ses services professionnels et le traitement médical prescrit.

Services de diagnostic, de chirurgie et d'assistance médicale :

Lorsqu'en raison d'une blessure ou d'une maladie, une personne assurée encourt des frais pour l'un quelconque des services ci-dessous alors qu'elle est sous la surveillance et reçoit des soins d'un médecin ou d'un chirurgien, l'assureur paiera les frais raisonnables et habituels pour les fournitures et services suivants :

Appareils correctifs : un appareil requis par vous, sur avis d'un médecin, pour rectifier un handicap physique débilisant et sans lequel il vous serait physiquement impossible de continuer vos études ou d'assumer vos responsabilités d'enseignant à l'établissement scolaire dans lequel vous êtes inscrit ou vous enseignez. Les « appareils correctifs » incluent les prothèses, les fauteuils roulants, les chiens d'aveugles et les appareils acoustiques.

Diagnostic, radiographies, et services de laboratoire : les radiographies ou analyses de laboratoires effectuées aux fins de diagnostic sous la surveillance d'un médecin ou d'un chirurgien. Les radiographies et les analyses de laboratoire doivent être effectuées ou requises par un médecin. Cette police ne couvre pas l'imagerie par résonance magnétique (IRM), le cathétérisme cardiaque ou la scanographie effectuées pour des raisons considérées comme non urgentes, à moins qu'elles aient été préalablement autorisées et arrangées à l'avance par l'assuré.

Médication sur ordonnance : Limitée à 60 jours de provision de n'importe quel type de médication par année de couverture sous la police à moins que prescrite en tant que patient hospitalisé.

Équipement et fournitures médicales : (Payables uniquement si requis à la suite d'une maladie ou d'une blessure couverte par la police.) L'achat de fournitures médicales y compris les bandages et les prothèses. Jusqu'à 350 \$ pour des verres correctifs ou des verres de contact et jusqu'à 500 \$ pour des appareils acoustiques, uniquement lorsqu'ils sont requis à la suite d'une maladie ou d'une blessure couverte par la police. Les frais de location de fauteuils roulants, de béquilles, de lits d'hôpital et autres appareils ne devront pas dépasser le prix d'achat.

Transport d'urgence : Le coût total du transport dans une ambulance titulaire d'un permis, à l'hôpital le plus proche, quand c'est nécessaire pour raison médicale. Les transferts d'urgence entre hôpitaux lorsqu'ils ont été ordonnés par le médecin traitant y compris les redevances. OU les frais de taxi pour aller et revenir d'un hôpital ou d'une clinique pour des soins médicaux admissibles, jusqu'à 100 \$.

Soins dentaires d'urgence : Jusqu'à 600 \$ sont remboursés pour soigner des douleurs aiguës dues à des maux de dents causés par autre chose qu'un coup au visage. Tous les traitements doivent être initiés dans les 48 heures suivant le début de l'urgence et doivent être terminés, pas plus tard que 90 jours après le début du traitement, en supposant évidemment, que la police est en vigueur pendant la période du traitement. Les conditions pour lesquelles l'assuré a reçu des traitements ou des conseils auparavant ne sont pas couvertes.

Soins dentaires dus à un accident : Jusqu'à 2 500 \$ pour un traitement de soins dentaires d'urgence pour réparer ou remplacer des dents naturelles ou des dents artificielles fixées définitivement, à la suite d'une blessure causée par un coup accidentel à la bouche. Jusqu'à 500 \$ pour réparer d'urgence des dents artificielles, y compris les bridges et les plaques de dentier. Le traitement doit avoir lieu dans les 90 jours qui suivent l'accident. Les frais encourus à la suite d'accidents de mastication ou de blessures causées par un objet placé dans la bouche ne sont pas remboursables.

Examens des yeux : Les frais raisonnables et habituels pour un examen normal des yeux tous les 365 jours, effectué par un optométriste titulaire d'un permis d'exercer, sont remboursés. *Remarque : les coûts des lunettes et des verres de contact ne sont pas remboursés à moins qu'ils soient couverts par la rubrique Prestations d'équipement et de fournitures médicales ci-dessus.*

Services paramédicaux : Les services des massothérapeutes, kinésithérapeutes, physiothérapeutes, ostéopathes, naturopathes, orthophonistes, podologues ou acupuncteurs titulaires de permis d'exercer, seront remboursés jusqu'à un maximum de 1 000 \$ par profession et par année de police d'assurance de l'assuré.

Soins psychiatriques : Jusqu'à 25 000 \$ pour les services d'un psychiatre pendant une hospitalisation due à un désordre émotionnel.

Les psychologues, psychiatres et conseillers seront couverts jusqu'à un maximum de 2 500 \$ par année de police d'assurance et par assuré, sur la base de patient externe.

Soins infirmiers privés : Jusqu'à 5 000 \$ pour les services d'un(e) infirmier(ère) diplômé(e), d'un(e) assistant(e) infirmier(ère) diplômé(e) ou d'un(e) spécialiste des soins à domicile lorsque ces services sont ordonnés par le médecin traitant.

Couverture VIH / SIDA : Les frais encourus à la suite d'un diagnostic positif pour le VIH, le SIDA ou le pré-sida, diagnostiqué après le début de la couverture, seront couverts jusqu'à un maximum de 10 000 \$ pour la durée de la vie. Les blessures ou maladies urgentes seront couvertes dans le cadre du total maximum des prestations, comme étant des traitements graves, médicalement nécessaires. Les frais encourus à la suite d'un diagnostic positif pour le VIH, le SIDA ou le pré-sida, diagnostiqué avant le début de la couverture, ne seront pas couverts.

Visite médicale annuelle : Lorsque l'assuré a payé un minimum de 6 mois de couverture, l'assureur paiera jusqu'à 100 \$ pour une visite chez un médecin généraliste pendant l'année de couverture de la police pour un examen non-urgent et les analyses qui s'en suivent.

Votre assurance couvre également :

L'assistance trauma : Si un assuré souffre d'un problème couvert par la liste des blessures (autre que la perte de la vie) dans les 90 jours de la date d'un accident qui est arrivé pendant la durée de la validité de la police, l'assureur paiera jusqu'à six

séances d'assistance trauma, effectuées par un psychologue diplômé, lorsque prescrites par le médecin traitant.

Les prestations au retour de l'assuré : Une couverture de 90 jours maximum est disponible pour les assurés qui rentrent définitivement dans leur pays d'origine à condition que la prime ait été payée pour cette période.

Les prestations suivantes sont couvertes avec l'approbation préalable de SelectCare. Le montant maximum payable pour les frais de transports ci-dessous ne peut pas dépasser 1 000 000 \$ au total pour la période couverte.

- **Évacuation aérienne :** Le coût encouru pour vous transporter vers l'hôpital le plus proche ou vers un hôpital dans votre pays d'origine, si c'est médicalement nécessaire, soit :
 - a) Au tarif de voyage en civière sur un vol régulier y compris un aller retour en classe économique pour le personnel d'assistance médicale (pas un membre de la famille) et les frais liés à leur voyage ; ou
 - b) Une ambulance aérienne adéquatement équipée, y compris les frais liés à l'utilisation d'un équipage qualifié.

Les frais d'ambulance au départ et à l'arrivée du vol ou de transferts sont inclus. Le médecin traitant doit certifier que l'assuré est médicalement capable de supporter le moyen de transport choisi.

- **Allocation pour le transport de la famille et sa subsistance :** Si vous n'avez aucun membre de votre famille dans un rayon de 500 kilomètres de l'endroit où vous êtes, à l'extérieur de votre pays d'origine, si vous êtes hospitalisé et si votre hospitalisation doit durer au moins 7 jours ou dans le cas de la mort de l'assuré, l'assureur paiera un maximum de 7 500 \$ pour couvrir le coût d'un aller-retour basé sur le tarif disponible le plus bas, par l'itinéraire le plus direct, pour deux (2) personnes, nommées par vous pour venir à votre chevet ainsi que pour le logement et les repas de ces deux (2) personnes pour une période maximum de 7 jours. Le médecin traitant devra certifier que la situation est suffisamment sérieuse pour justifier la visite. Tous les reçus et factures devront être soumis à l'administrateur des demandes de prestations.
- **Rapatriement ou enterrement du défunt :** S'il y a mort durant la période de couverture à la suite de blessure ou de maladie couverte, l'assureur paiera soit (a) jusqu'à 12 500 \$ pour couvrir les frais raisonnables et habituels de préparation et de retour de la dépouille mortelle de l'assuré dans son pays d'origine dans un conteneur normal ou (b) jusqu'à 10 000 \$ pour couvrir les frais de préparation de la dépouille, de crémation ou d'enterrement et d'emplacement pour la tombe, là où, la personne assurée est décédée. Les frais de cercueil, d'urne, de pierre tombale ou de funérailles ne sont pas inclus. Dans le cas de mort par suicide, le maximum payable par l'assureur sera 50% des limites maximums indiquées ci-dessus.
- **Retour dans le pays d'origine :** Si en cas d'urgence, de blessure ou de maladie nécessitant le retour de l'assuré pour soins médicaux d'urgence, l'assureur remboursera le coût supplémentaire d'un aller au tarif économique par l'itinéraire le plus direct pour permettre à l'assuré de rentrer dans son pays d'origine, jusqu'à un maximum de 5 000 \$.
- **Coût de retour dans le pays d'origine en cas d'urgence familiale :** Si l'assuré doit rentrer dans son pays d'origine pour des raisons imprévisibles à cause du décès ou de l'hospitalisation pour une maladie sérieuse d'un membre de sa famille immédiate qui ne l'a pas accompagné sur son lieu d'affectation, l'assureur paiera jusqu'à un maximum de 2 500 \$ pour couvrir le coût d'un aller-retour basé sur le tarif le plus économique disponible, par l'itinéraire le plus direct, vers l'endroit le plus proche du lieu où se trouve le membre de la famille. L'assureur paiera

également un maximum de 1 000 \$ pour couvrir les frais de logement et de nourriture de l'assuré. Ces frais de retour dans le pays d'origine doivent être encourus durant la période de couverture de la police.

EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Cette police ne couvre pas les frais causés ou auxquels ont contribué directement ou indirectement :

1. Tout traitement médical électif ou non-urgent, y compris tout traitement suivi pour maintenir la stabilité d'une maladie ou condition chronique, y compris le renouvellement de médication, d'analyses ou d'examens faisant partie d'un régime normal ou d'un traitement non requis pour alléger la douleur ou la souffrance ou qui pourrait raisonnablement être reporté jusqu'à ce que l'assuré retourne dans son pays d'origine (sauf s'agissant des prestations d'examen médical annuel.)
2. Toute continuation d'un traitement de blessure ou de maladie pour lequel l'administrateur des demandes de prestations a requis que l'assuré retourne dans son pays d'origine à la suite d'un traitement d'urgence.
3. Les médicaments communément disponibles sans ordonnance, les contraceptifs, les vaccins ou injections, les préparations de vitamines ou les médicaments prophylactiques sauf dans le cas des prestations couvrant le VIH / SIDA ;
4. Les prestations couvrant le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou le syndrome immunodéficient acquis VIH/SIDA, sauf comme prévu dans le cadre des prestations couvrant le VIH/SIDA ;
5. Les voyages aériens autres que comme passager de vols commerciaux réguliers qui offrent un service passager et se conforment à la réglementation gouvernementale concernant la licence des pilotes et la validité des certificats de navigabilité;
6. La participation active à une guerre ou à un acte de guerre ou la participation à des exercices d'entraînement ou des manœuvres de forces armées; la contamination radioactive ou la commission ou la tentative de commission d'un acte criminel ;
7. Les blessures intentionnellement infligées à son propre corps, le suicide, la destruction de soi-même ou tentative de destruction de soi-même (que la personne soit saine d'esprit ou qu'elle ait perdu la raison ;)
8. L'alpinisme, la plongée sous-marine autonome, l'escalade de rochers ou de précipices, le deltaplane, le parapente, le parachutisme sportif, la chute libre, les activités sportives ou athlétiques rémunérées ou offrant des prix en espèces ou la conduite d'une moto, d'un véhicule ou de toute autre machine dans une course ou une compétition de vitesse.
9. Le mauvais usage de médicaments, l'usage d'intoxicants ou de drogues illégales ou les traitements et accidents qui en découlent ;
10. Toute médication prescrite considérée comme médicament de bien-être ;
11. Les blessures reçues alors que le sang de l'assuré contient 80 milligrammes d'alcool pour 100 millilitres de sang ou en l'absence d'une mesure spécifique, l'appréciation du médecin traitant ;
12. Les examens effectués par un médecin ou les services d'un médecin s'ils ne sont requis qu'à l'usage d'un tiers ;
13. Toute demande de prestation provenant d'un voyage ou d'un travail entrepris en dehors du pays étranger de résidence dans le but d'obtenir un traitement ou une thérapie, à moins qu'elle ait été préalablement approuvée par l'assureur ;
14. Les personnes âgées de 65 ans ou plus;
15. Tout les frais encourus pendant toute période pour laquelle la prime n'a pas été payée ou lorsque la police n'est pas en vigueur pour l'assuré concerné ;

16. Les voyages contraires à l'avis du médecin ou du généraliste ou dans le but d'obtenir un traitement médical ou lorsqu'un pronostic final a été donné à l'assuré avant la période de couverture ;
17. Les traitements de routine ou suivis de toute condition médicale préexistante, et,
18. Les grossesses, les fausses couches, les accouchements ou les interruptions de grossesse ou les frais qui y sont liés.

Cette police inclut également les clauses / avenants suivants :

CLAUSE D'EXCLUSION DE GUERRE LIMITÉE

Sous réserve de clause contraire contenue dans ce document, cette assurance ne couvre pas les sinistres causés par :

- la guerre, déclarée ou pas, entre n'importe lesquels des pays suivants : la Chine, la France, le Royaume Uni, la fédération de Russie et les Etats-Unis d'Amérique, ou
- la guerre en Europe, déclarée ou pas, autre que :
 - la guerre civile,
 - toute mesure coercitive imposée par ou pour le compte des Nations Unies, dans laquelle l'un quelconque des pays nommés ci-dessus, ou l'une quelconque des forces armées, est engagée.

EXCLUSION CONCERNANT LE TERRORISME NUCLÉAIRE, CHIMIQUE, BIOLOGIQUE

Sous réserve de provision contraire, qu'elle soit contenue dans cette assurance ou dans un avenant s'y rapportant, il est convenu que cette assurance exclut tout sinistre qui résulte, est lié à, ou a été causé directement ou indirectement par un acte de terrorisme nucléaire, chimique ou biologique (tel que défini ci-dessous) ou tout sinistre auquel il a contribué quelles que soient les autres causes ou événements contribuant au sinistre, qu'ils arrivent en même temps ou en différentes séquences.

Dans le cadre de cet avenant :

"*Terrorisme nucléaire, chimique, biologique*" signifie l'utilisation de n'importe quelle arme ou dispositif nucléaire ou l'émission, la décharge, la dispersion, la libération ou la fuite de n'importe quel agent chimique et/ou biologique, pendant le terme de cette assurance par n'importe quelle personne ou groupe(s) de personnes, qu'ils agissent seuls ou qu'ils soient liés à une organisation ou un gouvernement quel qu'il soit, pour des raisons politiques, religieuses ou idéologiques ou dans le but d'influencer un gouvernement ou d'effrayer le public ou une partie quelconque du public.

Agent "*chimique*" signifie tout mélange qui, lorsqu'il est sciemment disséminé, a des effets incapacitants, dévastateurs ou fatals pour les gens, les animaux, les plantes ou les biens.

Agent "*biologique*" signifie tout micro-organisme pathogène (qui produit des épidémies) et/ou des toxines produites biologiquement (y compris des organismes génétiquement modifiés et des toxines chimiquement synthétisées) qui causent des maladies et/ou la mort chez les humains, les animaux et les plantes.

PROCÉDURES À SUIVRE POUR LES DEMANDES DE PRESTATIONS MÉDICALES

L'assureur paiera les prestations à condition que :

1. la personne assurée ait contacté et reçu l'autorisation préalable pour les coûts à venir, soit en tant que malade en traitement de jour, soit en tant que patient hospitalisé. En cas d'urgence, lorsque l'administrateur des demandes de prestations ne peut pas être joint à l'avance, il faut rendre compte de l'hospitalisation le plus rapidement possible ;

2. les détails de toutes les demandes aient été envoyés par écrit à l'administrateur des demandes de prestations, le plus tôt possible et dans tous les cas, pas plus de 365 jours après le début du traitement médical ;
3. tous les documents liés à la demande y compris le formulaire de demande et les comptes soient des originaux et non des copies ; et que :
4. la prime due ait été payée pour la personne qui dépose la demande.

Il est entendu que :

1. l'assureur peut demander des renseignements de caractère médical à n'importe quel médecin ou chirurgien aussi souvent qu'il en a besoin et examiner l'assuré(e) le cas échéant ; et
2. l'assureur sera averti de toute circonstance qui pourrait conduire à une plainte contre un tiers ou une autre assurance ; et
3. dans le cas d'une demande dans le pays d'origine de l'assuré, une preuve de la date de retour de l'assuré dans son pays d'origine sera fournie.

Tous les renseignements pertinents seront envoyés à :

**Norfolk Mobility Benefits Inc.
Suite 1100, 940 – 6 Ave. SW
Calgary, AB
T2P 3T1**

EN CAS D'URGENCE MÉDICALE, CONTACTEZ

Travel Insurance Coordinators

Travel Insurance Coordinators

Numéro d'urgence, 24 heures sur 24

NO D'IDENTIFICATION : GFRW1062

**À partir de tous les pays autres que le Canada et les États-Unis,
Appelez en PCV le : (416) 340-8444**

À partir du Canada et des États-Unis, appelez le : 1-800-995-1662

Les renseignements suivants devront être fournis au moment de l'appel téléphonique :

- Le nom, le numéro de téléphone de la personne qui appelle et ses liens de parenté avec le patient.
- Le nom, l'âge et le sexe du patient ainsi que l'endroit où il se trouve.
- Le numéro d'identification Travel Insurance Coordinators (GFRW1062.)
- La nature du problème médical.
- Les numéros de téléphone des personnels médicaux impliqués.
- Quand et comment la prochaine communication aura lieu.

IMPORTANT

Pour que les frais d'évacuation puissent être couverts par le programme, vous devez demander à Travel Insurance Coordinators, soit de l'autoriser, soit d'organiser le voyage.

Toutes les admissions à l'hôpital doivent également être organisées par l'intermédiaire de Travel Insurance Coordinators. Ne pas contacter Travel

Insurance Coordinators en cas d'hospitalisation aura des conséquences sur le règlement de votre demande de prestations.

MORT & DÉMEMBREMENT ACCIDENTELS (AD&D)

Prestations

La somme principale est de 50 000 \$

Limite maximum globale de la responsabilité : 5 000 000 \$

L'assureur ne sera pas tenu de payer un montant dépassant la limite maximum globale de la responsabilité.

Si le montant total des indemnités dues dans le cadre des garanties prévues par ce contrat dépasse la limite globale de responsabilité, l'assureur ne sera pas redevable envers l'assuré de l'indemnité excédant cette limite.

Admissibilité

Telle qu'exposée dans cette police, avec une exception cependant : les dépendants de l'employé(e) assuré(e) ne sont pas admissibles en ce qui concerne les prestations de mort et démemberement accidentels.

Couverture

Si les conséquences de telles blessures incluent l'une quelconque des pertes particulières exposées ci-dessous dans un délai d'un an à partir de la date de l'accident, l'assureur paiera les prestations ici prévues, en se basant sur la somme principale mentionnée sur la demande faite par la personne assurée, étant entendu cependant que, pas plus d'une (la plus importante) de ces prestations ne sera payée pour toutes les blessures résultant d'un seul accident.

Perte de la vie	La somme principale
Perte des deux mains ou des deux pieds.....	La somme principale
Perte totale de la vue des deux yeux.....	La somme principale
Perte d'une main et d'un pied.....	La somme principale
Perte d'une main et perte totale de la vue d'un oeil.....	La somme principale
Perte d'un pied et perte totale de la vue d'un oeil	La somme principale
Perte de la parole et de l'ouïe.....	La somme principale
Perte d'usage des deux bras ou des deux mains	La somme principale
Quadriplégie.....	La somme principale
Paraplégie.....	La somme principale
Hémiplégie.....	La somme principale
Perte d'un bras ou d'une jambe.....	Trois quarts de la somme principale
Perte d'usage d'un bras ou d'une jambe.....	Trois quarts de la somme principale
Perte d'une main ou d'un pied.....	Deux tiers de la somme principale
Perte totale de la vue d'un oeil.....	Deux tiers de la somme principale
Perte d'usage d'une main.....	Deux tiers de la somme principale
Perte de la parole ou de l'ouïe	Deux tiers de la somme principale
Perte du pouce et de l'index de la même main.....	Un tiers de la somme principale
Perte de quatre doigts de la même main.....	Un tiers de la somme principale
Perte de l'ouïe d'une oreille.....	Un quart de la somme principale
Perte de tous les orteils d'un même pied.....	Un huitième de la somme principale

« Perte » signifiera :

- En ce qui concerne le pied ou la main, que le membre est complètement coupé à partir du poignet ou de la cheville ou plus haut ;
- En ce qui concerne le bras ou la jambe, que le membre est complètement coupé à partir du coude ou du genou ou plus haut ;
- En ce qui concerne les yeux, la perte totale et irrévocable de la vue ;
- En ce qui concerne la parole, la perte totale et irrévocable de la parole, ne permettant aucune communication audible quelle qu'elle soit ;

- En ce qui concerne l'ouïe, une perte totale et irrévocable de l'ouïe qui ne peut pas être corrigée par un appareil acoustique quel qu'il soit ;
- En ce qui concerne le pouce et l'index, que les membres sont complètement coupés à partir de la première phalange ou plus haut ;
- En ce qui concerne les doigts, que les membres sont complètement coupés à partir de la première phalange ou plus haut ;
- En ce qui concerne les orteils, que les deux phalanges de tous les orteils d'un même pied sont coupés.

« *Perte* » lorsqu'il s'agit de quadriplégie (paralysie à la fois des membres inférieurs et supérieurs), paraplégie (paralysie des deux membres inférieurs), et hémiplegie (paralysie totale des membres supérieurs et inférieurs d'un côté du corps) signifie la paralysie complète et irrévocable de ces membres.

« *Perte d'usage* » signifie la perte de fonction totale et irrévocable d'un bras, d'une main ou d'une jambe, à condition que cette perte de fonction soit continue pendant douze mois consécutifs et que cette perte de fonction soit par la suite jugée comme étant permanente sur la base d'évidences qui sont satisfaisantes pour l'assureur.

Exposition et disparition

Les pertes résultant d'une exposition inévitable aux éléments ou aux risques décrits plus haut seront couvertes au niveau des prestations de la personne assurée.

Si le corps de la personne assurée n'a pas été retrouvé dans l'année qui suit la disparition, l'échouage, le naufrage ou la destruction du moyen de transport dans lequel la personne assurée voyageait au moment de l'accident, il sera présumé, sous réserve de toutes les autres conditions de la police, que l'assuré a perdu la vie à la suite des blessures causées par l'accident et la perte sera couverte dans le cadre de cette police.

PROVISIONS

Avis de demande de prestations : Un avis de demande de prestations doit être remis à l'assureur dans les 30 jours qui suivent la date de l'événement ou du début des effets de la perte couverte dans le cadre de cette police ou le plus tôt possible après, dans la mesure du raisonnable. La notification de l'assureur ou de tout agent autorisé de l'assureur, par ou au nom de l'assuré, contenant des renseignements suffisants pour identifier la personne assurée, sera considérée comme étant un avis de demande de prestations à l'assureur.

Formulaire de demandes de prestations : L'assureur, sur réception de l'avis de demande de prestations, fournira au demandeur les formulaires habituellement utilisés pour rendre compte de la perte et en apporter les preuves. Si ces formulaires n'ont pas été fournis dans les quinze jours qui suivent l'envoi de l'avis, le demandeur sera considéré comme ayant satisfait aux conditions imposées par cette police en ce qui concerne la soumission des preuves de la perte, dans les délais imposés par cette police pour soumettre les preuves de la perte, la preuve écrite de l'événement, la nature et la gravité de la perte motivant cette demande de prestations.

Preuves de perte : La preuve écrite de la perte doit être remise à l'assureur dans les 90 jours qui suivent cette perte. Ne pas fournir cette preuve dans les délais requis n'invalidera pas ou ne réduira pas la demande de prestations s'il n'était pas vraiment possible de le faire, à condition que cette preuve soit fournie dès que possible, dans des délais raisonnables.

Date de paiement de la demande de prestations : Les indemnités payables dans le cadre de cette police seront payées immédiatement après réception de la preuve écrite de cette perte.

Paiement des demandes de prestations : L'indemnité de perte de vie accidentelle sera payable au bénéficiaire désigné en un paiement unique. Ce

paiement unique sera effectué immédiatement après la réception des preuves requises.

Si, à la mort de la personne assurée, il n'y a pas de bénéficiaire survivant, l'indemnité de perte accidentelle de la vie sera versée à la succession de la personne assurée.

Toutes les autres indemnités seront payables à la personne assurée.

Examen physique et autopsie : L'assureur aura le droit et pourra, à ses frais, examiner le corps de toute personne assurée dont les blessures sont à la base de la demande de prestations si et quand il en a besoin pendant le cours d'une demande dans le cadre de cette police et de faire faire une autopsie en cas de décès, à condition que ce ne soit pas interdit par la loi.

Actions judiciaires : Aucune action judiciaire ou en recours ne pourra être intentée pour recouvrer, dans le cadre de cette police, avant un délai de 60 jours après que la preuve écrite a été fournie en conformité avec les clauses de cette police. Aucune action ne pourra être intentée au-delà d'un délai de trois ans (ou la durée minimum, si de plus de trois ans, permise par la loi dans la province de résidence de la personne assurée) après la date de soumission de la preuve écrite.

Désignation ou changement de bénéficiaire : Sous réserve de restrictions imposées par la loi, une personne assurée admissible peut désigner un bénéficiaire qui, en cas de décès de l'assuré recevra les prestations payables dans le cadre de cette police ou peut changer un bénéficiaire déjà désigné en envoyant une notification écrite. Aucune désignation ou changement de bénéficiaire n'engagera l'assureur dans le cadre de cette police, tant que la lettre originale désignant le bénéficiaire ou une copie de la dite lettre n'aura pas été reçue par le responsable désigné des dossiers des bénéficiaires. Aucun transfert d'intérêt n'engagera l'assureur tant que la lettre de transfert originale ou une copie de la dite lettre n'aura pas été reçue par l'assureur. L'assureur ne peut pas être tenu pour responsable de la validité ou de la légalité d'une telle désignation ou d'un tel changement de désignation.

Conformité avec la réglementation provinciale : Toute provision de cette police qui est en conflit à sa date de prise d'effet, avec la réglementation provinciale où la police a été souscrite ou émise est amendée par le présent document pour être conforme aux exigences minimums de cette province.

Lois concernant les indemnités pour accidents du travail : Cette police ne remplace et n'affecte aucune des conditions requises pour être couvert dans le cadre des lois concernant les indemnités pour accidents du travail.

PROVISIONS ET LIMITATIONS GÉNÉRALES

Le contrat. La demande d'assurance, cette police, les documents joints à cette police lorsqu'elle est émise et les amendements au contrat acceptés par écrit après que la police a été émise, constituent l'entièreté du contrat et aucun agent n'a l'autorité nécessaire pour changer le contrat ou renoncer à l'une de ses provisions.

Clause de renonciation. L'assureur sera considéré comme n'ayant renoncé à aucune des conditions de ce contrat, que ce soit en partie ou en entier, à moins que la clause de renonciation soit clairement exprimée par écrit et signée par l'assureur.

Paiement de la prime. Le paiement en entier de la prime est dû et payable au moment de votre demande d'assurance. Si pour une raison quelconque, la prime payée pour la couverture demandée est incorrecte, l'assureur a) facturera et se fera payer la différence ou b) raccourcira la période de couverture s'il ne parvient pas à se faire payer la différence ou c) remboursera tout trop-perçu. La couverture sera nulle et non avenue si, pour une raison quelconque, l'institution financière n'honore pas votre paiement. La prime est calculée en utilisant les tarifs de prime les plus à

jour à la date à laquelle vous demandez la couverture, ainsi que votre âge et la date de prise d'effet. Nous nous réservons le droit de refuser toute demande d'assurance.

Arbitrage. Tout différend en ce qui concerne une opinion médicale sera résolu par deux experts médicaux désignés par les deux parties. La résolution de la dispute sera mise par écrit. Toute différence d'opinion entre les deux experts médicaux sera portée devant un arbitre qui aura été désigné par écrit dès le début, par les deux experts médicaux.

Procédures légales. Aucune procédure légale ne commencera avant 60 jours après la soumission correcte de la demande de prestations et aucune action ne pourra être intentée à moins qu'elle ait commencé dans les trois ans qui suivent la première date du traitement.

Les lois du Canada et de la province de l'Alberta ont juridiction sur cette police et toute dispute concernant cette police sera réglée devant les tribunaux de l'Alberta.

Fausse déclaration et fraude. Toutes les prestations dans le cadre de cette police seront résiliables si l'assureur détermine, soit avant, soit après le sinistre, que la personne assurée a caché ou fait de fausses déclarations concernant des faits matériels ou des circonstances liés à cette police ou à son intérêt par conséquent, ou alors en cas de fraude ou fausse déclaration sous serment de votre part ou si vous refusez de dévoiler des renseignements ou permettez l'utilisation de ces renseignements concernant n'importe laquelle des personnes assurées dans le cadre de cette police. Le formulaire de demande, rempli et signé est la base et fait partie intégrante de cette police et par conséquent toute réponse erronée constitue une fausse déclaration. Toute demande de prestations pour laquelle des faits déterminants ont fait l'objet de fausse déclaration ou ont été cachés ne sera pas payable dans le cadre de cette police et vous serez entièrement responsable de tous les frais concernant cette demande de prestations, y compris les frais d'évacuation médicale d'urgence.

Paiement des prestations. L'administrateur des demandes de prestations effectuera les paiements à la personne assurée ou à son représentant légal ou directement aux fournisseurs du traitement ou du service de soins, au nom de l'assureur. Le paiement sera effectué en monnaie canadienne.

Remboursements. Les remboursements sont effectués au prorata à partir de la date du cachet de la poste sur votre demande écrite ou le jour où la télécopie ou le courriel est reçu par l'administrateur du plan et sont sujets à une limite minimum de 10 \$.

Autorisation préalable. Tous les patients hospitalisés, les patients en traitement de jour et les patients en soins spéciaux externes doivent obtenir une autorisation préalable et les soins doivent être arrangés à l'avance par Norfolk Mobility Benefits Inc. ou le fournisseur de l'assistance médicale.

Résiliation par l'assureur

- 1) L'assureur peut à tout moment résilier ce contrat en donnant un préavis de résiliation minimum de 30 jours par écrit à l'assuré.
- 2) Le préavis de résiliation peut être envoyé à l'assuré par la poste, par photocopie ou par courriel ; lorsqu'un tiers ou un agent a envoyé l'admission à la couverture, ce tiers ou cet agent peut être notifié par courrier, photocopie ou courriel.
- 3) La résiliation est effective à la fin de la période de validité de la police pour laquelle la prime a été payée.

Prolongations de la police. La période maximum de couverture dans le cadre de cette police est de 365 jours consécutifs, à partir de la date de prise d'effet. Toute demande de prolongation doit être faite par l'intermédiaire de l'administrateur du plan, avant la date de fin de votre période de couverture actuelle. La couverture pour cette prolongation de la police sera annulée dès le début si votre institution financière refuse d'honorer le paiement.

Les assurés revenant définitivement dans leur pays d'origine peuvent prolonger la couverture dans le cadre de cette police pour une durée de 90 jours consécutifs, à condition que la prime due soit acquittée avant le départ de l'assuré. L'assureur ne sera pas tenu de payer les demandes de prestations quand la prime due n'a pas été payée.

Prolongation automatique de la couverture : Si l'assuré est victime d'un délai de caractère inévitable pour des raisons indépendantes de sa volonté, au-delà de la période normale de couverture, cette police restera en vigueur sans prime supplémentaire, pour une période ne pouvant dépasser :

- a) 72 heures, s'il est retardé pendant son voyage en tant que passager payant, utilisant un moyen de transport public titulaire d'un permis ou un véhicule privé qui est tombé en panne, a eu un accident ou a été victime du mauvais temps ;
ou
- b) la durée de la période pendant laquelle vous êtes hospitalisé(e) ou de la période pendant laquelle vous ne pouvez pas voyager pour des raisons médicales acceptables pour l'administrateur des demandes de prestations. Après le renvoi de l'hôpital ou après avoir reçu l'aval médical pour voyager, une prolongation supplémentaire de 72 heures sera accordée.

Subrogation

Si une personne assurée est victime d'un sinistre couvert par cette police, l'assuré(e) accorde à l'assureur le droit de prendre les mesures nécessaires pour faire respecter tous les droits, pouvoirs, privilèges et recours de la personne assurée, en ce qui concerne les prestations payées dans le cadre de cette police contre la personne ou l'organisation qui a causé le sinistre. De plus, si des indemnités d'assurance sans égard à la responsabilité ou d'autres sources collatérales de paiement des frais sont à la disposition de la personne assurée, quelle que soit la faute, l'assureur a le droit de faire une demande et de recouvrer ces indemnités. Si l'assureur intente une action, il peut le faire à ses frais, au nom de la personne assurée et la personne assurée assistera à l'endroit du sinistre pour appuyer l'action. Si la personne assurée émet une demande ou intente une action pour un sinistre qui est couvert, elle devra immédiatement notifier l'assureur pour qu'il puisse préserver ses droits. La personne assurée ne prendra aucune mesure après un sinistre qui pourrait porter atteinte aux droits de l'assureur.

Conformité à la réglementation.

La demande d'assurance, la police et tous les documents joints à la police lorsqu'elle est émise ainsi que tout amendement au contrat accepté par écrit après l'émission de la police, constituent l'entièreté du contrat. Toute provision de la police qui serait à la date de sa prise d'effet, en conflit avec la réglementation de la juridiction dans laquelle la police est émise, est amendée par la présente, pour être en conformité avec les conditions minimums exigées par cette réglementation.

Identification de l'assureur/Action contre l'assureur

Cette assurance a été émise en conformité avec l'autorisation accordée au soussigné par des assureurs de Lloyd's, dont les noms et les quotes-parts qu'ils assurent peuvent être vérifiées en se référant à cette police à laquelle est apposé le sceau de l'Officier des signatures des polices d'assurance et qui a été certifiée par le fondé de pouvoir des assureurs au Canada et que l'on peut consulter au bureau du soussigné. Les assureurs identifiés dans ce contrat seront responsables, chacun de sa quote-part et non les uns des autres, proportionnellement aux divers montants auxquels chacun a souscrit dans le cadre de ce contrat.

ANNEXE B – PROCÉDURE À SUIVRE POUR LES PLAINTES DES SOUSCRIPTEURS DE POLICES D'ASSURANCE DE LLOYD

Si un souscripteur de police d'assurance souhaite déposer une plainte concernant une police émise par un correspondant, ce souscripteur doit être muni du protocole de plainte ci-dessous, en vigueur à Lloyd :

COMMENT DÉPOSER UNE PLAINTE

Si vous avez une plainte concernant un aspect quelconque de votre assurance auprès de Lloyd, veuillez vous adresser à l'agent / le courtier qui a établi la police pour vous.

Si vous n'êtes pas satisfait, veuillez soumettre votre plainte par écrit à :

Lloyd's Canada Inc.
Broker & Management Services
1155 rue Metcalfe, Suite 1540
Montreal, Quebec H3B 2V6

Téléphone : 1-877-4LLOYDS
Télécopie : (514) 861-0470
Courriel : lineage@lloyds.ca

Votre plainte écrite sera envoyée au Département des Plaintes de Lloyd à Londres, qui vérifie que les assureurs de Lloyd et leurs représentants s'occupent des plaintes et des demandes de prestations de manière acceptable. Il agit comme un médiateur impartial. Lorsqu'il entreprend un contrôle, ce département prend en compte les principes légaux généraux, le code de bonne pratique de l'assurance et examine si tous les événements entourant le cas donné ont été impartialement pris en considération.

RESIDENTS DE L'ONTARIO

Vous pouvez vous prévaloir des services de protection du citoyen en demandant une lettre au courtier / agent qui a établi la police d'assurance pour vous (en précisant leur position finale sur votre plainte) et en envoyant cette lettre avec votre plainte par écrit à :

Insurance Ombudsman
Financial Services Commission of Ontario
Box 85, 5160 Yonge Street
North York, Ontario M2N 6L9
Fax: (416) 590-8480

DIRECTIVES CONCERNANT LE RESPECT DE LA VIE PRIVÉE

Norfolk Mobility Benefits Inc., reconnaît et respecte le droit de chacun à la vie privée. Lorsque vous faites une demande d'assurance ou soumettez une demande de prestations, nous établissons un dossier confidentiel de renseignements personnels. Nous utilisons ces renseignements pour administrer le plan individuel de prestations qui vous couvrira. Ceci inclut de nombreuses tâches comme :

- La détermination de votre admissibilité à la couverture dans le cadre du plan
- Votre inscription pour bénéficier d'une couverture
- L'évaluation de vos demandes de prestations et la provision de paiements
- La gestion de vos demandes de prestations
- La vérification et l'audition de l'admissibilité et des demandes de prestations.
- Les activités de réassurance comme la détermination du coût du plan et l'analyse des options de conception du plan.
- La préparation des rapports exigés par la réglementation, comme les formulaires destinés aux impôts.

Nous limitons l'accès à ces renseignements figurant dans votre dossier aux employés ou personnes qui ont l'autorisation de Norfolk Mobility Benefits Inc. et qui en ont besoin pour faire leur travail, aux personnes à qui vous en avez accordé l'accès, et aux personnes autorisées par la loi. Norfolk Mobility Benefits Inc., fournisseur de vos soins de santé, d'autres compagnies d'assurance et de réassurance, et l'administrateur de votre plan peuvent également échanger des renseignements lorsque ces renseignements sont nécessaires à l'administration du régime collectif de prestations.