

Assurance Voyage Europ Assistance

Vous êtes entré dans un espace numérique exploité par Europ Assistance S.A. succursale canadienne (« Europ Assistance Canada »).

Le produit d'assurance est souscrit par Europ Assistance S.A. succursale canadienne (« Europ Assistance Canada ») et distribué par Tour East Holidays (Canada) Inc.

Si vous avez des questions sur la police d'assurance, vous pouvez parler à l'un des représentants agréés d'Europ Assistance Canada qui sont disponibles du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés, entre **8 h et 20 h (heure de l'Est)**.

Veuillez appeler :

Au Canada et dans la zone continentale des États-Unis : 1-888-726-1548

Ou par courriel à : service@europ-assistance.ca

Dans la province de Québec, Tour East Holidays (Canada) Inc. est titulaire d'un permis d'assureur et d'un permis en cabinet d'assurance de personnes, [numéro d'enregistrement 1148916290](#), dans le secteur de l'assurance de personnes.

Pour déposer une plainte, veuillez consulter la police, à la section intitulée '*Procédure de Plainte*'. Vous pouvez également consulter notre processus de résolution des plaintes en suivant ce [lien](#).

Résidents du Québec :

Veuillez consulter le résumé du produit et les fiches d'information [ici](#).

Les conditions générales sont accessibles [ici](#).

Sommaire du produit – Régime non médical VRBO

Offre d'une protection pour vos préparatifs de voyage

Souscrite par Europ Assistance S.A., succursale canadienne.

COMMENT NOUS JOINDRE

Europ Assistance Canada
Enregistré auprès de l'Autorité des marchés financiers sous le numéro de client 1 888 726-1548

Adresse :
PO BOX 1108 First Canadian Place RPO RPO FIRST CAN, ON
M5K 1P2

Téléphone : 1 888 726-1548

Courriel : service@europ-assistance.ca

AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS

L'Autorité des marchés financiers peut vous renseigner sur les obligations de votre assureur ou de votre distributeur de produits d'assurance.
Site web : lautorite.qc.ca

Les sommaires de produit sont destinés aux résidents du Québec seulement.



POINTS À NOTER

En référence à « vous »

Lorsque nous faisons référence à « vous », nous entendons la personne qui a souscrit l'assurance et toute autre personne assurée, sauf indication contraire.

En référence au « voyage »

Le mot « voyage » fait référence à la période commençant à partir de la date de départ et se terminant à la **date de fin** indiquée dans votre Confirmation d'assurance.

En référence aux mots en *italique* et en **gras**

Les mots et expressions en italique et en gras sont définis à la fin du résumé ([section 8. Définitions](#)). Veuillez lire ces définitions si vous avez des questions.

Le présent document est un résumé

Consultez l'exemple de police (<https://www.europ-assistance.ca/policesdassurance>) pour tous les détails.

Vous pouvez vous en procurer un exemplaire auprès de votre agence de voyages ou sur le site Web où vous avez souscrit l'assurance.

Vous pouvez aussi trouver l'exemple de police [ici](#).



POINTS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

Avant de souscrire cette assurance

Est-ce que vous et toutes les personnes que vous voulez assurer répondez à tous les critères d'admissibilité?

Si ce n'est pas le cas, vous pourriez ne pas être couvert. Pour assurer votre admissibilité, lisez la section

[1. Qui peut acheter cette assurance](#)

Est-ce que vous, ou les personnes que vous souhaitez assurer, avez une **condition médicale** qui n'est pas **stable**? Si oui, les dépenses liées à la **condition médicale** peuvent ne pas être couvertes.

Avant de voyager

Toutes les personnes assurées répondent-elles toujours à toutes les conditions d'admissibilité?

Si ce n'est pas le cas, des exclusions peuvent s'appliquer. Vérifiez avant de voyager.

Y a-t-il eu des changements dans l'état de santé des voyageurs assurés depuis que vous avez souscrit votre assurance?

Si c'est le cas, des exclusions peuvent s'appliquer.



LIGNES DIRECTRICES SUPPLÉMENTAIRES

Tous les montants figurant dans le présent résumé sont exprimés en dollars canadiens.

Toutes les garanties sont par personne, sauf indication contraire.

Fournissez des renseignements complets et exacts

Si vous faites une fausse déclaration ou omettez de déclarer certains renseignements avant ou pendant la période de garantie, nous pourrions annuler votre garantie.

Ne partez pas sans payer

Vous n'êtes pas couvert tant que vous n'avez pas payé votre assurance.

Remarque : la police d'assurance ne prévoit aucune garantie temporaire.

1. QUI PEUT SOUSCRIRE CETTE ASSURANCE

Conditions d'admissibilité à la souscription de cette assurance

Vous pouvez souscrire cette assurance si vous et toute personne que vous souhaitez assurer répondez à toutes les exigences suivantes :



- Vous vivez au Canada.
- Vous êtes couvert par un régime d'assurance maladie gouvernemental (comme la RAMQ) pendant toute la durée du voyage.
- Vous et toute personne au nom de laquelle vous souhaitez souscrire une police êtes âgés d'au moins 30 jours.
- Vous devez, ainsi que toute personne au nom de qui vous souhaitez souscrire une police, avoir 84 ans et moins au moment de l'achat.
- Ni vous ni quiconque au nom duquel vous souscrivez la police n'avez reçu de conseil médical de ne pas voyager.
- Ni vous ni personne d'autre au nom de *qui vous* achetez la police ne voyagez ou ne partez en voyage pour recevoir un traitement ou une thérapie alternative de quelque nature que ce soit.
- La durée maximale de votre voyage ne doit pas dépasser 180 jours.



Si vous ne remplissez pas les critères d'admissibilité, vous ne pouvez pas souscrire l'assurance

- Vous ne serez pas couvert; ou
- L'assurance sera annulée;
- Votre demande d'indemnisation ne sera pas payée.

2. QUI EST ASSURÉ ET COMMENT NOUS CALCULONS LE COÛT DE VOTRE ASSURANCE



Vous

Vous êtes assuré si :

- Vous répondez à toutes les conditions d'admissibilité.
- Vous avez payé l'assurance.

Vos coûts d'assurance sont basés sur les critères suivants :



- L'âge de chaque voyageur
- La durée du voyage – combien de temps voyagez-vous?
- Le montant de garantie que vous choisissez – le coût de votre voyage que vous choisissez d'assurer
- Garantie individuelle ou familiale – voyagez-vous seul ou en famille? Le coût comprend la taxe sur les primes et

tous les coûts administratifs que nous engageons.

Autres frais et coûts

L'assurance est vendue au Canada, uniquement par les distributeurs autorisés d'Europ Assistance. La vente est assujettie aux taxes de vente fédérales et provinciales/territoriales applicables. Nous facturons un montant unique et fixe, et il n'y a pas d'autres frais ou dépenses liés au coût de l'assurance. Le produit d'assurance n'est pas renouvelable.

3. LA DURÉE DE VOTRE ASSURANCE DÉPEND DE VOS DATES DE VOYAGE

Durée maximale du voyage

La durée maximale du voyage couverte par la présente police, y compris toute prolongation, est de 180 jours si votre régime d'assurance maladie gouvernementale (RAMQ) l'autorise. Votre assurance s'applique **DANS LE MONDE ENTIER** si vous souscrivez le régime international ou seulement au **CANADA** si vous achetez un régime national.



Avvertissement : Des exclusions peuvent s'appliquer si le gouvernement du Canada émet un avis déconseillant aux voyageurs de se rendre dans une région ou un pays donné.

Important : La garantie pour soins médicaux d'urgence ne s'applique qu'à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence.

4. SERVICES SUPPLÉMENTAIRES

Partout dans le monde

- Vous avez accès à un médecin par téléphone qui évaluera vos symptômes.
- Vous avez accès à un réseau de médecins qui font des visites à domicile.

5. RÉSUMÉ DES GARANTIES

GARANTIE ANNULATION ET INTERRUPTION DE VOYAGE

Dans cette section, nous décrivons quelques détails sur la garantie en cas d'annulation et d'interruption de voyage. Lisez « CE QUI EST COUVERT » dans [l'exemple de police](#) pour une liste complète des prestations d'assurance, incluant :

- Ce qui est couvert en cas d'annulation ou d'interruption de votre voyage
- Les montants que nous paierons
- Les dépenses que nous ne couvrons pas

ANNULATION DE VOYAGE

La garantie pour annulation de voyage est offerte avant votre départ et couvre jusqu'au montant que vous choisissez et souscrivez pour la valeur de votre voyage. Pour bénéficier d'une pleine garantie pour annulation de voyage, vous devez souscrire une garantie pour la valeur totale de votre voyage.

Maximum couvert : Le montant de la garantie que vous souscrivez pour votre police.

Dépenses couvertes pour l'annulation de voyage

Voici un aperçu des dépenses couvertes. Pour tous les détails, lisez « CE QUI EST COUVERT » dans [l'exemple de police](#).

- | | |
|--|-------|
| • Frais d'annulation et/ou de modification | 100 % |
| • Portion non remboursable de votre voyage | 100 % |

INTERRUPTION DE VOYAGE

La garantie pour interruption de voyage est offerte si votre voyage est interrompu ou retardé, si vous manquez une correspondance ou si vous subissez une perturbation de voyage. Si vous devez retourner à votre point de départ ou vous rendre directement à votre prochaine destination, nous payons certaines dépenses non remboursables pour la partie du voyage que vous n'avez pas pu faire. Certains événements peuvent également s'appliquer à votre **compagnon de voyage**.

Dépenses couvertes pour l'interruption de voyage

Voici un aperçu des dépenses couvertes et des montants applicables. Pour tous les détails, lisez la section « CE QUI EST COUVERT » de [l'exemple de police](#).

- | | |
|--|-------|
| • Toute partie inutilisée de votre voyage qui n'est ni remboursable ni transférable à une autre date de voyage, ou le coût supplémentaire de votre billet d'avion de même classe vers la prochaine destination de votre voyage | 100 % |
|--|-------|

Important : Nous ne payons pas le billet de retour que vous avez acheté, mais nous couvrons le coût supplémentaire de votre billet d'avion pour retourner à votre point de départ.

- Dépenses en cas de décès en voyage

L'exemple de police énumère les services et les montants maximaux

CORRESPONDANCES ET DÉPARTS MANQUÉS OU RETARDÉS

La garantie pour correspondances et départs manqués et retardés offre une couverture si votre voyage est perturbé par des correspondances manquées, des retards, des changements d'horaire et tous les autres événements imprévus indépendants de votre volonté. Nous payons certaines dépenses lorsque vos préparatifs de voyage comprenaient un temps d'escale suffisant avant vos correspondances conformément aux directives de votre fournisseur de voyages.

Dépenses couvertes

Voici un aperçu des dépenses couvertes. Pour tous les détails, lisez « CE QUI EST COUVERT » dans [l'exemple de police](#).

- Frais accessoires, comme les frais d'hébergement, de repas, d'appels téléphoniques, etc., jusqu'à votre prochaine destination 250 \$ par jour jusqu'à un maximum de 1 500 \$

Important : Nous paierons un maximum combiné de 1 500 \$ par assuré

Exclusions pour l'assurance annulation de voyage, interruption de voyage et correspondances et départs manqués ou retardés

Nous ne couvrons pas les dépenses liées aux éléments décrits dans la présente section. Pour une liste complète des exclusions, lisez « CE QUI N'EST PAS COUVERT » dans [l'exemple de police](#).

- Événements dont vous auriez dû connaître la probabilité d'occurrence
- Problèmes de santé préexistants**
- Sports professionnels
- Activités sportives à risque élevé

6. COMMENT PRÉSENTER UNE RÉCLAMATION



Vous pouvez soumettre votre réclamation en ligne sur le [Portail des réclamations électroniques](#)

Pour faciliter et accélérer votre demande, ayez tous vos documents sous la main en format électronique, comme PDF ou JPEG/JPG.



Vous pouvez aussi nous écrire à :

Europ Assistance Canada

PO BOX 1108

First Canadian Place RPO RPO FIRST CAN (Ontario) M5K 1P2



Délai de 90 jours pour présenter une réclamation

Vous devez nous envoyer une preuve écrite de votre réclamation dans les 90 jours civils suivant un événement.



Nous vous informerons dans les 30 jours si votre demande est approuvée

Nous vous informons de notre décision dans les 30 jours suivant la réception de votre réclamation et de tous les documents à l'appui. Si nous rejetons votre réclamation, nous vous en expliquerons les raisons par écrit.

VOS DROITS RECONNUS PAR LA LOI SI VOUS N'ÊTES PAS D'ACCORD AVEC NOTRE DÉCISION OU SI VOUS SOUHAITEZ DÉPOSER UNE PLAINTÉ

- Vous pouvez nous demander de réexaminer votre réclamation.
Vous pouvez communiquer avec le service à la clientèle et, si vous n'êtes toujours pas satisfait, avec le bureau de l'ombudsman d'Europ Assistance. Pour en savoir plus :
- Vous pouvez communiquer avec l'Autorité des marchés financiers.
L'Autorité des marchés financiers examine votre dossier et peut nous aider à trouver une solution ensemble, notamment offrir des services de règlement des différends. Pour en savoir plus : <https://lautorite.qc.ca/en/general-public/assistance-and-complaints>
- Vous pouvez communiquer avec l'Ombudsman des assurances de personnes. Pour en savoir plus : <https://oapcanada.ca/>
- Vous pouvez contester notre décision devant les tribunaux.
Vous devez intenter votre action en justice dans le délai de trois ans prescrit par le Code civil (délai de prescription). Nous vous recommandons de demander des conseils juridiques pour obtenir des renseignements sur vos droits et sur le processus d'appel.

7. VOTRE DROIT DE RÉSILIER UN CONTRAT D'ASSURANCE

Dans les 15 jours suivant la souscription de votre assurance : Remboursement complet

Vous êtes admissible à l'annulation seulement si vous n'êtes pas encore parti en voyage. Si vous souhaitez résilier votre contrat d'assurance, vous devez remplir un « Avis de résolution d'un contrat d'assurance ». Vous pouvez obtenir une copie de ce document auprès de votre distributeur ou en ligne à l'adresse suivante : http://www.europ_assistance.ca/avisderesolutionduncontratdassurance
Votre réservation de voyage et tout autre contrat que vous concluez avec votre agence de voyages demeurent en vigueur.

Important : Pas de remboursement dans d'autres cas.

8. DÉFINITIONS

Compagnon de voyage

Toute personne autre qu'une personne assurée qui a réservé pour voyager avec vous lors de votre voyage.

Date de départ

Date, indiquée dans votre attestation d'assurance, à laquelle vous deviez initialement commencer votre voyage.

Date de fin

Date, indiquée sur votre attestation d'assurance, à laquelle vous devez initialement revenir de votre voyage.

Enfant(s)

Votre enfant biologique, adopté ou enfant du conjoint non marié, vivant dans la même résidence que vous, pour qui vous avez la garde légale et/ou le contrôle et est financièrement à votre charge et voyage avec vous ou vous rejoint pendant votre voyage et est :

- i. âgé de moins de 18 ans; ou
- ii. âgé de moins de 26 ans, s'il est un étudiant à temps plein; ou
- iii. Votre **enfant**, peu importe l'âge, qui a un handicap mental ou physique. De plus, tous les **enfants** doivent être âgés de plus de 30 jours.

Problème de santé

Toute maladie ou blessure (y compris les symptômes d'une affection non diagnostiquée).

Problème de santé préexistant

Toute **condition médicale** existant avant que le titulaire de la police n'ait souscrit la police.

Stable

Une **condition médicale** est **stable** lorsque toutes les affirmations suivantes sont vraies :

- Aucun nouveau **traitement** n'a été prescrit ou recommandé, ni aucun changement au **traitement** existant (y compris l'arrêt de **traitement**), et
- aucun changement n'a été apporté à un médicament, aucun nouveau médicament sur ordonnance n'a été pris et aucune recommandation n'a été formulée à cet égard;
- La **condition médicale** ne s'est pas aggravée, et
- aucun nouveau symptôme n'est apparu, la fréquence des symptômes n'a pas augmenté et ceux-ci ne se sont pas aggravés;
- aucune hospitalisation n'a eu lieu et aucune recommandation vers un spécialiste n'a été effectuée;
- Aucun test, examen ou **traitement** n'a été recommandé, mais pas encore terminé, ni résultats en attente, et aucun traitement prévu ou en attente n'a **été recommandé**.

Toutes ces conditions doivent être remplies pour qu'une **condition médicale** soit **considérée comme stable**.

Traitement

Procédure prescrite, effectuée ou recommandée par un médecin ou une infirmière autorisée pour un **problème de santé**. Cela inclut, mais sans s'y limiter, les médicaments sur ordonnance, les tests exploratoires et les interventions chirurgicales.

L'objectif de cette fiche de renseignements est de vous informer sur vos droits.
Elle ne dégage ni l'assureur ni le distributeur de leurs obligations envers vous.

PARLONS ASSURANCE !

Nom du distributeur : _____

Nom de l'assureur : _____

Nom du produit d'assurance : _____



LIBERTÉ DE CHOISIR

Vous n'êtes jamais obligé d'acheter une assurance :

- qui vous est offerte chez votre distributeur;
- auprès d'une personne que l'on vous désigne;
- ou pour obtenir un meilleur taux d'intérêt ou tout autre avantage.

Même si vous êtes tenus d'être assuré, **vous n'êtes pas obligé** d'acheter l'assurance que l'on vous offre présentement. **C'est à vous de choisir** votre produit d'assurance et votre assureur.



COMMENT CHOISIR

Pour bien choisir le produit d'assurance qui vous convient, nous vous recommandons de lire le sommaire qui décrit le produit d'assurance et que l'on doit vous remettre.



RÉMUNÉRATION DU DISTRIBUTEUR

Une partie de ce que vous payez pour l'assurance sera versée en rémunération au distributeur.
Lorsque cette rémunération est supérieure à 30 %, il a l'**obligation** de vous le dire.



DROIT D'ANNULER

La Loi vous permet de mettre fin à votre assurance, **sans frais**, dans les 10 jours suivant l'achat de votre assurance. L'assureur peut toutefois vous accorder un délai plus long. Après ce délai, si vous mettez fin à votre assurance, des frais pourraient s'appliquer. **Informez-vous** auprès de votre distributeur du délai d'annulation **sans frais** qui vous est accordé.

Lorsque le coût de l'assurance est ajouté au montant du financement et que vous annulez l'assurance, il est possible que les versements mensuels de votre financement ne changent pas. Le montant du remboursement pourrait plutôt servir à **diminuer la durée du financement**. **Informez-vous** auprès de votre distributeur.

L'Autorité des marchés financiers peut vous fournir de l'information **neutre et objective**.
Visitez le www.lautorite.qc.ca ou appelez-nous au 1 877 525-0337.

Espace réservé à l'assureur :

Veuillez noter que les conditions générales en anglais suivent les conditions générales en français.

Please note the English language terms and conditions follow the French terms and conditions.

Assurance voyage VRBO: Régimes internationaux, nationaux et non médicaux

La présente *police* est souscrite par Europ Assistance S.A., succursale canadienne

La présente *police* contient des clauses qui pourraient limiter les montants payables.

Déclaration requise par la loi provinciale sur l'assurance applicable : La présente *police* contient une disposition qui supprime ou restreint le droit de la *personne assurée* de désigner des personnes à qui ou au profit desquelles les prestations d'assurance doivent être versées.

Déclaration de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (« ACCAP ») AVIS

IMPORTANT – LISEZ ATTENTIVEMENT CETTE *POLICE* AVANT DE VOYAGER

Vous avez acheté une *police* d'assurance voyage – et maintenant? ***Nous*** voulons que ***vous*** compreniez (et il est dans ***votre*** intérêt de le savoir) ce que ***votre police*** inclut, ce qu'elle exclut et ce qui est limité (payable, mais avec des limites). Veuillez prendre le temps de lire ***votre police*** d'un bout à l'autre avant de voyager. Les termes en gras et en italique sont définis dans ***votre police***.

- L'assurance voyage couvre les demandes d'indemnisation découlant de situations soudaines et inattendues (c.-à-d. ***accidents*** et ***urgences***), mais ne couvre typiquement pas les soins de suivi ou récurrents.
 - Pour être admissible à cette assurance, ***vous*** devez satisfaire à toutes les conditions d'admissibilité.
- Cette assurance comporte des limites et des exclusions (p. ex., ***problèmes de santé*** qui ne sont pas ***stables***, grossesse, ***enfant*** né pendant le ***voyage***, consommation excessive d'alcool, activités à haut risque).
- Cette assurance ne couvre pas nécessairement les demandes d'indemnisation liées à une ***condition médicale préexistante***, qu'elle ait été divulguée ou non au moment de l'achat de ***la police***.
- Prenez contact avec ***notre*** Centre d'assistance avant de chercher un ***traitement***, faute de quoi ***vos*** prestations pourraient être limitées ou refusées.
 - Dans l'éventualité d'une demande d'indemnisation, ***vos*** antécédents médicaux pourraient être examinés.

C'EST À VOUS QU'IL INCOMBE DE COMPRENDRE VOTRE COUVERTURE. SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS, COMPOSEZ LE 1 888 726-1548

Table des matières

TABLE DES MATIÈRES	2
COORDONNÉES	3
INTRODUCTION	4
DÉFINITIONS	6
MODALITÉS GÉNÉRALES – TOUS LES RÉGIMES	11
MODALITÉS PARTICULIÈRES – TOUS LES RÉGIMES	15
COUVERTURE D'ANNULATION DE VOYAGE	15
COUVERTURE D'INTERRUPTION DE VOYAGE	20
COUVERTURE POUR SOINS MÉDICAUX D'URGENCE	25
TABLEAU DES PRESTATIONS	32
AVIS DE CONFIDENTIALITÉ	34

Coordonnées

POUR UNE RECLAMATION

Si **vous** souhaitez **nous** soumettre une réclamation, **vous** pouvez vous rendre sur notre **site Web** convivial :

<https://vrbo-travel-ca.eclairs.europ-assistance.com>

Vous pouvez également **nous** écrire à l'adresse suivante :

Europ Assistance Canada

C.P. 1108

First Canadian Place RPO RPO FIRST CAN, ON, M5K 1P2

Ou envoyez un courriel à : reclamations@europ-assistance.ca

POUR UNE PLAINTÉ

Nous nous efforçons de **vous** offrir le plus haut niveau de service.

Toutefois, en cas d'insatisfaction, **vous** devez d'abord envoyer **votre** plainte par la poste à l'adresse suivante :

Europ Assistance Canada

C.P. 1108

First Canadian Place RPO RPO FIRST CAN, ON, M5K 1P2

Courriel : plaintes@europ-assistance.ca

POUR TOUTE QUESTION CONCERNANT VOTRE POLICE D'ASSURANCE

Si **vous** avez des questions concernant **votre police**, **vous** pouvez prendre contact avec **nous** par téléphone au numéro suivant : **1 888 726-1548** de 8 h à 20 h (heure de l'Est)

Ou envoyez un courriel à : service@europ-assistance.ca

Madame, Monsieur,

Merci de **votre** confiance!

Nous sommes reconnaissants de la confiance que **vous** accordez à Europ Assistance S.A., succursale canadienne.

Veuillez lire attentivement cette police. Si vous avez des questions ou avez besoin de précisions, appelez ou écrivez nous ou à votre représentant d'assurance et nous serons heureux de vous aider.

Cette assurance ne couvre pas tout. **Vous** devriez lire cette **police** attentivement. Une raison pour laquelle vous devriez lire la **police** attentivement est qu'elle contient des exclusions importantes, y compris une exclusion pour les **conditions médicales préexistantes**. Les détails des exclusions, des modalités, des conditions et des plafonds indiqués pour les **réclamations** dans la **police** sont disponibles dans les présentes.

Cette **police** d'assurance est délivrée au **titulaire de la police** qui a acheté un **voyage** sur un site Internet, par courrier électronique, par téléphone ou dans les locaux d'un distributeur de services de voyage (y compris l'**organisateur de voyages**).

Cette assurance n'est pas obligatoire.

RENSEIGNEMENTS COMPLETS

Vos échanges avec **nous** doivent être exactes et complets en tout temps.

Cette **police** est délivrée sur la base de l'information figurant dans **votre** demande d'assurance voyage ou fournie dans le cadre de **votre** demande d'assurance (y compris les réponses).

Nous ne paierons pas une **réclamation** si **vous**, toute personne **assurée** au titre de la présente **police** ou toute personne agissant en **votre** nom tente de **nous** tromper ou fait une déclaration ou présente une **réclamation** frauduleuse, fausse ou exagérée.

L'ASSUREUR

La présente **police** est délivrée et souscrite par Europ Assistance S.A., succursale canadienne, dans le cadre de ses activités au Canada. Europ Assistance S.A., succursale canadienne est le fournisseur de tous les services d'assistance et de traitement des **réclamations** en vertu de la présente **police**. Europ Assistance S.A., succursale canadienne peut confier d'autres tâches administratives à ses sociétés affiliées, qui ne sont pas nécessairement situées au Canada.

ADMISSIBILITÉ

Seules les personnes qui satisfont à toutes les conditions suivantes peuvent souscrire la **police** :

- **Vous** et toute personne au nom de laquelle **vous** souhaitez souscrire une **police** êtes âgés d'au moins 30 jours à la date de la souscription;
- **Vous** êtes, et toute personne au nom de laquelle **vous** souhaitez souscrire une **police** est, un **résident canadien** et est **assuré** en vertu d'un régime **d'assurance-maladie du gouvernement** provincial pendant toute la période de couverture;
- Un médecin ne **vous** a pas recommandé et n'a pas recommandé à aucune autre personne au nom de laquelle **vous** souscrivez la **police** de ne pas voyager;
- Ni **vous** ni la personne au nom de laquelle **vous** souscrivez la **police** ne voyagez ou ne partez en **voyage** pour recevoir un **traitement** ou une thérapie alternative de toute nature.
- Dans le cas du régime national, **vous** devez rester au Canada pendant toute la durée de **votre voyage**.
- Dans le cas d'un régime international, la durée maximale de **votre voyage** ne doit pas dépasser 180 jours.
- **Vous**, et toute personne au nom de laquelle **vous** souhaitez souscrire une **police**, devez être âgés de 69 ans ou moins au moment de la souscription d'un régime international.
- **Vous**, et toute personne au nom de laquelle **vous** souhaitez souscrire une **police**, devez être âgés de 84 ans ou moins au moment de la souscription d'un régime national ou non médical.

Votre **régime public d'assurance-maladie** peut limiter la durée qu'une personne peut passer à l'extérieur de la province ou du pays tout en ayant la possibilité de rester admissible à la couverture provinciale de soins médicaux. C'est à **vous** qu'il incombe de vous assurer que **vous** restez admissible pendant **votre** période de couverture. Consultez le régime d'assurance-maladie de **votre** province ou territoire pour obtenir les détails.

ANNULATION GRATUITE PENDANT 15 JOURS

Le **titulaire de police** peut annuler **votre police** et recevoir un remboursement complet de la prime jusqu'à 15 jours à compter de la date à laquelle **vous** recevez les documents de **votre police**, sauf si **vous** êtes déjà parti pour **votre voyage** ou avez entamé une **réclamation**.

Après les 15 jours, ou si **vous** êtes déjà parti pour **votre voyage** ou avez entamé une **réclamation**, **vous** ne pourrez pas annuler **votre police** et **votre** prime n'est pas remboursable.

Si **vous** souhaitez annuler **votre police**, **vous** pouvez le faire en prenant contact avec **VRBO**, dans le délai de 15 jours mentionné ci-dessus.

Si, après le délai de 15 jours mentionné ci-dessus, **l'hôte ou VRBO** ou annule **votre réservation** avant la **date du départ**, **nous** vous rembourserons la prime payée.

D'autres remboursements peuvent être offerts. Veuillez consulter la section Entrée en vigueur du contrat de **votre** police.

Définitions

Les termes en caractères gras et italiques utilisés dans la présente **police** ont la signification indiquée ci-dessous.

À L'ÉTRANGER

Tout endroit à l'extérieur de **votre** province de résidence, de **votre pays d'origine** et des pays sanctionnés indiqués ci-dessous.

ACCIDENT

Un **événement** extérieur soudain et imprévu qui cause des blessures non intentionnelles à toute personne physique.

ACTE TERRORISTE

Un acte comprenant, mais sans s'y limiter, l'usage de la force ou de la violence ou la menace d'y recourir, commis par toute personne ou tout groupe de personnes, agissant seul ou au nom ou en relation avec une organisation ou un gouvernement quelconque, à des fins politiques, religieuses, idéologiques ou similaires, y compris dans l'intention d'influencer un gouvernement ou d'effrayer le public ou une partie du public. Tout **acte terroriste** doit officiellement être considéré comme tel par une autorité publique de l'endroit où il a eu lieu.

ANIMAL D'ASSISTANCE

Tout animal/animaux formé(s) professionnellement et certifié(s) pour effectuer des tâches pour le compte d'une personne handicapée. Les tâches effectuées par un **animal d'assistance** doivent être directement liées au handicap de la personne. Les **animaux d'assistance** n'incluent pas les animaux de soutien émotionnel.

ASSUREUR / NOUS / NOTRE / NOS

Europ Assistance S.A., succursale canadienne dans le cadre de ses activités au Canada. Europ Assistance S.A., succursale canadienne est le fournisseur de tous les services d'assistance et de traitement des **demandes d'indemnisation** en vertu de la présente **police**. Europ Assistance S.A., succursale canadienne peut confier d'autres tâches administratives à ses sociétés affiliées, qui ne sont pas nécessairement situées au Canada.

ATTESTATION D'ASSURANCE

Document de confirmation écrit ou électronique fourni au **titulaire de police** afin de confirmer l'achat de la **police**. Elle comprend : **votre** demande, ainsi que les réponses à toutes les questions et la prime requise.

AVERTISSEMENT AUX VOYAGEURS

Un **avertissement aux voyageurs** signifie :

- a. le gouvernement canadien a publié, avant la **date d'entrée en vigueur** de **votre police**, un **avertissement aux voyageurs** officiel conseillant aux voyageurs d'éviter les voyages non essentiels ou d'éviter tout voyage, concernant le pays, la région ou la ville que **vous** allez visiter.
- b. **SANCTIONS INTERNATIONALES** – L'**assureur** ne fournira pas de couverture, ne paiera pas une **demande d'indemnisation** et ne fournira pas une prestation ou un service décrit dans la **police** si cela l'expose à une sanction, une interdiction ou une restriction en vertu des résolutions des Nations unies ou des sanctions commerciales ou économiques, ou des lois ou des règlements du Canada, de l'Union européenne, de la France, du Royaume-Uni et des États-Unis d'Amérique.

Pour plus de détails, veuillez visiter :

- <https://www.europ-assistance.ca/qui-sommes-nous-informations-reglementaires-internationales/>
- La **police** prévoit une **couverture dans les pays inclus dans le** voyage réservé auprès de l'**organisateur de voyages** à l'exception des pays et territoires suivants : Iran, Syrie, Corée du Nord, Crimée, Régions de Donetsk Luhansk, Kherson et Zaporizhzhia, Biélorussie, Fédération de Russie, Venezuela, Libye, Afghanistan et Myanmar (Birmanie).

BLESSURE GRAVE

Blessures subies par **vous**, un **membre de votre famille immédiate** ou **votre compagnon de voyage** (s'il y a lieu) et, plus précisément :

- lorsqu'une blessure **grave** concerne une **personne assurée**, il est nécessaire qu'un médecin autorisé déclare que **vous** ne pouvez pas partir en **voyage**
- en ce qui concerne une personne autre que la **personne assurée**, il est nécessaire qu'un médecin autorisé déclare que la personne doit rester à l'**hôpital** pour recevoir un **traitement** pendant plus de 48 heures.

COMPAGNON DE VOYAGE

Toute personne autre qu'une **personne assurée** qui a réservé pour voyager avec **vous** lors de **votre voyage**.

CONDITION MÉDICALE

Toute **maladie** ou blessure (y compris les symptômes d'une condition non diagnostiquée).

CONDITION MÉDICALE PRÉEXISTANTE

Toute **condition médicale** qui existait avant que le **titulaire de police** achète la **police**.

CONJOINT

Le partenaire de la **personne assurée**, qui vit sous le même toit et a avec la **personne assurée** une relation reconnue par les lois du **pays d'origine**.

DATE DE DÉBUT DE LA POLICE

La date à laquelle **vous** achetez **votre voyage** auprès de **VRBO** et avez payé la prime d'assurance.

DATE DE DÉPART

La date, indiquée sur **votre attestation d'assurance**, à laquelle **vous** devez initialement vous rendre directement à **votre hébergement réservé**. Si **vous** devez voyager plus de 48 heures avant la date de début de **votre** réservation, aux fins de cette **police**, la **date de départ** signifie 48 heures avant la date de début de **votre réservation**.

DATE DE FIN

La date, indiquée sur votre **attestation d'assurance**, à laquelle **vous** devez initialement revenir de **votre réservation** par un itinéraire direct vers le point où le **voyage** a commencé ou vers une autre destination prévue. Aux fins de cette **police**, toute couverture cessera 48 heures après la fin de **votre réservation**.

DOMICILE

Votre lieu de résidence dans **votre** pays d'origine où la **police** a été délivrée.

DOMMAGES GRAVES

Dépasse la somme de 5 000 \$ CA s'ils affectent **votre domicile** ou **votre** résidence secondaire ou qui nuisent à l'exercice normal de l'activité professionnelle, s'ils affectent **vos locaux professionnels**.

EMPLOYÉ CLÉ

Une personne dont la présence continue est essentielle aux affaires courantes de l'entreprise pendant **votre** absence.

ENFANT/ENFANTS

Votre fils ou **votre** fille célibataire et à charge ou **votre** ou **vos** petits-enfants qui voyagent avec **vous** ou qui **vous** rejoignent pendant votre voyage et qui sont :

- i. âgés de moins de 21 ans;
- ii. âgés de moins de 26 ans, s'ils sont des étudiants à temps plein; ou
- iii. **votre** enfant, quel que soit son âge, qui est mentalement ou physiquement handicapé.

De plus, tous les **enfants** doivent être âgés de plus de 30 jours.

ÉPIDÉMIE

Toute manifestation soudaine et inattendue à grande échelle d'une maladie infectieuse dans un pays, qui se propage rapidement et violemment dans ce pays, à condition que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ait recommandé d'annuler tous les voyages internationaux qui ne sont pas essentiels en provenance ou à destination de la zone touchée et, dans le cas des virus de la grippe, à condition que l'OMS déclare au moins une alerte pandémique de stade 5, conformément à son plan mondial de lutte contre la pandémie de grippe. La **quarantaine** des personnes concernées doit être déclarée par le ministère de la Santé ou les autorités compétentes du pays concerné.

ÉVÉNEMENT

Incident aléatoire couvert qui déclenche une prestation de la présente **police** d'assurance.

FOURNISSEUR DE VOYAGES

Un voyageur et/ou grossiste en voyages et/ou compagnie de croisières et/ou compagnie titulaire d'un permis qui fournit du transport commercial et/ou de l'**hébergement** commercial au public.

FRAIS RAISONNABLES ET HABITUELS

Frais engagés pour des biens et services comparables à ce que d'autres fournisseurs facturent pour des biens et services similaires dans la même zone géographique.

GRÈVE

Arrêt collectif du travail ou refus de travailler d'un groupe d'employés en guise de protestation.

HÉBERGEMENT

Tout établissement pour lequel une **réservation** est effectuée via **VRBO** et qui est utilisé à des fins d'hébergement temporaire pour une nuitée pour laquelle des frais sont payés et des **réservations** sont requises.

HÔPITAL

Un établissement autorisé en tant qu'**hôpital** accrédité, doté de personnel et exploité dans le but de fournir des soins et un **traitement** aux patients hospitalisés et aux patients externes. Le **traitement** doit être supervisé par un **médecin** et des infirmières autorisées doivent être présentes 24 heures sur 24. Des capacités de diagnostic et de chirurgie doivent également exister sur place ou dans des installations contrôlées par l'établissement. Un **hôpital** n'est pas un établissement utilisé principalement comme clinique, centre de soins prolongés ou palliatifs, centre de réadaptation, centre de traitement des dépendances, maison de convalescence, de repos ou de soins, résidence pour personnes âgées ou station thermale.

HÔTE

La ou les personnes avec lesquelles **vous** avez effectué une réservation pour un **hébergement** via la plate-forme **VRBO**.

INVALIDITÉ TOTALE ET PERMANENTE

Perte définitive de la capacité de la **personne assurée** à exercer n'importe quelle profession, à la suite d'une blessure.

LOCAUX PROFESSIONNELS

Propriété appartenant à la **personne assurée** ou louée par celle-ci ou entreprise appartenant à la **personne assurée** aux fins de son activité professionnelle.

MALADIE

Toute modification des conditions de santé pour des raisons autres qu'une blessure.

MALADIE GRAVE

Maladie diagnostiquée par un médecin autorisé autre que **vous** ou une personne qui **vous** est liée par le sang ou le mariage, qui est légalement qualifié et autorisé à exercer la médecine ou à effectuer des interventions chirurgicales dans le lieu où les services sont fournis et, plus spécifiquement :

- lorsqu'une maladie **grave** concerne une **personne assurée**, il est nécessaire qu'un médecin autorisé déclare que **vous** ne pouvez pas partir en **voyage**
- en ce qui concerne une personne autre que la **personne assurée**, il est nécessaire qu'un médecin autorisé déclare que la personne doit rester à l'**hôpital** pour recevoir un **traitement** pendant plus de 48 heures

MÉDECIN

Une personne qui n'est ni **vous**, ni un membre de **votre famille immédiate**, ni **votre** compagnon de voyage, autorisée dans le territoire où les services sont fournis à prescrire et à administrer un **traitement** médical.

MÉDECIN-CONSEIL

Le **médecin** nommé par l'**assureur** pour vérifier les conditions médicales de la **personne assurée**.

MEMBRE DE LA FAMILLE ÉLARGIE

Oncles et tantes de la **personne assurée**, qui sont les frères et sœurs de ses parents.

MEMBRE DE LA FAMILLE IMMÉDIATE

Mari, femme ou **partenaire civil**, fiancé(e), demi-frère, demi-sœur, parents par alliance, beaux-parents, enfants (y compris les enfants recueillis et adoptés), gendres et belles-filles, frères et sœurs, beaux-frères et belles-sœurs, grands-parents et petits-enfants de la **personne assurée**.

MISE EN QUARANTAINE

Isolement temporaire de personnes pour empêcher la propagation d'une maladie infectieuse.

ORGANISATEUR DE VOYAGE

Le fournisseur de services de voyage ou le distributeur autorisé qui a réservé **votre voyage**, ce qui inclut les services de **voyage** tels que les vols, les billets de train, les croisières, les **réservations** d'hôtel, l'**hébergement**, les réservations ou les forfaits de **voyage**.

PANNE

Dommages causés au **véhicule** par des causes accidentelles normales, donc inévitables et imprévues, empêchant sa circulation ou provoquant son immobilisation.

PARTENAIRE CIVIL

Le partenaire de la **personne assurée**, qui vit sous le même toit et a avec la **personne assurée** une relation reconnue par les lois de la province de résidence dans **votre pays d'origine**.

PAYS D'ORIGINE

Le pays où se trouve **votre** domicile.

PERSONNE ASSURÉE / VOUS / VOTRE / VOS

Le **titulaire de police** et la ou les personnes voyageant avec le **titulaire de police**, pour lesquels une prime a été payée et qui sont spécifiquement désignés dans l'**attestation d'assurance**.

PERSONNE QUI S'OCCUPE DES PERSONNES À CHARGE

La personne permanente, à temps plein, chargée de s'occuper de votre/vos personne(s) à charge et dont l'absence ne peut raisonnablement être remplacée.

POLICE

Le contrat d'assurance, qui est composé de ces **modalités générales** et de l'**attestation d'assurance**.

RÉCLAMATION

Une demande formelle de remboursement, par **vous** à Europ Assistance S.A., succursale canadienne, basée sur les modalités de la **police** d'assurance.

RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE-MALADIE

Régime public d'assurance-maladie s'entend de la couverture d'assurance-maladie fournie à ses résidents par un gouvernement provincial ou territorial canadien.

RÉSERVATION

L'**hébergement** que vous avez réservé avec un **hôte** à condition que l'**hébergement** soit à au moins un kilomètre du domicile du **titulaire** de la **police**; le but du **voyage** est d'affaires ou de loisir et n'est pas d'obtenir des soins de santé ou un **traitement** de quelque nature que ce soit; ne dépasse pas 180 jours.

RÉSIDENT CANADIEN

Une personne légalement autorisée à résider au Canada et qui maintient une résidence permanente au Canada.

Une **condition médicale** est considérée comme étant **stable** lorsque tous les énoncés suivants sont vrais :

- aucun nouveau **traitement** n'a été prescrit ou recommandé, ou aucun changement n'a été apporté au **traitement** existant, y compris l'interruption du **traitement**;
- aucun changement n'a été apporté à un médicament sur ordonnance (y compris toute augmentation, réduction ou interruption de la posologie), aucun nouveau médicament sur ordonnance n'a été pris et aucune recommandation n'a été formulée à cet égard;
- **l'état de santé** ne s'est pas aggravé ou ne s'est pas détérioré, tel que déterminé par un **médecin** ou un autre médecin agréé;
- aucun nouveau symptôme n'est apparu, la fréquence des symptômes n'a pas augmenté et ceux-ci ne se sont pas aggravés;
- aucune hospitalisation n'a eu lieu et aucune recommandation vers un spécialiste n'a été effectuée;
- aucun examen, aucune investigation ni aucun **traitement** n'a été recommandé sans être terminé, et aucun résultat n'est en attente;
- aucun **traitement** n'est prévu ou en attente.

TIERS

Toute personne qui n'est pas une **personne assurée**, un **membre de la famille immédiate** ou un **compagnon de voyage**.

TITULAIRE DE POLICE

La personne qui a acheté la **police**.

TRANSPORTEUR

Entreprise autorisée à transporter commercialement des passagers entre des villes ou des comtés, moyennant paiement, par voie terrestre, aérienne ou maritime. Cela n'inclut pas :

1. les entreprises de location de véhicules;
2. les transporteurs privés ou non commerciaux;
3. le transport nolisé, à l'exception du transport de groupe affrété par **votre** voyageur; ou
4. le transport en commun local.

TRAITEMENT, TRAITER, TRAITÉ

Une procédure prescrite, effectuée ou recommandée par un **médecin** ou un médecin agréé pour une **condition médicale**. Cela inclut, mais sans s'y limiter, les médicaments sur ordonnance, les tests exploratoires et les interventions chirurgicales.

URGENCE

Une **condition médicale** soudaine et imprévue qui nécessite un **traitement** immédiat. Il n'y a plus d'urgence lorsque les preuves que **nous** avons examinées indiquent qu'aucun **traitement** supplémentaire n'est nécessaire à destination ou que **vous** pouvez retourner dans **votre** province/territoire de résidence pour y recevoir un **traitement** supplémentaire.

VOYAGE

La période de voyage entre **votre date de départ** et la **date de fin** indiquée sur **votre** attestation d'assurance.

VRBO

Groupe d'entreprises **VRBO**, faisant partie d'**Expedia** Group inc.

Modalités générales – Tous les régimes d'assurance voyage VRBO

MISE EN GARDE

Vous ne serez couvert par la présente police que si aucun avertissement aux voyageurs applicable n'est en vigueur au moment de la prise d'effet de votre couverture.

1. ENTRÉE EN VIGUEUR DU CONTRAT

Vous avez accepté de souscrire à la présente **police** par voie électronique lorsque **vous** avez effectué **votre réservation** ou après **votre réservation**, mais avant **votre date de départ**.

Pour être admissible à une couverture en vertu de la **police**, chacune des conditions suivantes doit être remplie :

- le **titulaire de la police** doit avoir fait une **réservation**;
- la **réservation** n'a pas été annulée par **l'hôte** ou par **VRBO**; et
- la durée maximale du **voyage** est de 180 jours.

Si la **réservation** est annulée par **l'hôte** ou par **VRBO**, la prime est remboursée au **titulaire de la police**.

Les voyages d'une valeur totale qui dépasse la limite sont autorisés. Si le total de toutes les réclamations dépasse 40 000 \$, notre responsabilité totale sera limitée à 40 000 \$.

La **police** est assujettie au paiement de la prime par le **titulaire de la police**.

2. DURÉE

DURÉE DE LA POLICE

Sous réserve du paiement de la prime par le **titulaire de la police**, la **police** prend effet à la **date de début de la police** et se termine à la **date de fin** indiquée sur **votre attestation d'assurance**. La présente **police** ne se renouvelle pas automatiquement.

DURÉE DE L'ASSURANCE

En ce qui concerne la couverture d'annulation de **voyage**, **vous** êtes couvert à partir de **00h01, heure locale, dans votre province de résidence, le jour suivant l'achat de la présente police** jusqu'à la date à laquelle **votre réservation** devait commencer.

Pour toutes les autres couvertures d'assurance et/ou services fournis par cette **police**, **vous** êtes couvert pour la durée du **voyage**.

3. DROITS DE RÉSILIATION

Le **titulaire de police** peut annuler **votre police** et recevoir un remboursement complet de la prime jusqu'à 15 jours à compter de la date à laquelle **vous** recevez les documents relatifs à **votre police**, sauf si **vous** êtes déjà parti pour **votre voyage** ou avez entamé une **réclamation**.

Après les 15 jours, ou si **vous** êtes déjà parti pour **votre voyage** ou avez entamé une **réclamation**, **vous** ne pourrez pas annuler **votre police** et **votre** prime n'est pas remboursable.

Si **vous** souhaitez annuler **votre police**, **vous** pouvez le faire en prenant contact avec **VRBO**, dans le délai de 15 jours mentionné ci-dessus.

Si, après le délai de 15 jours mentionné ci-dessus, **l'hôte ou VRBO** annule **votre réservation** avant l'enregistrement, **nous** vous rembourserons la prime payée.

D'autres remboursements peuvent être offerts. Veuillez consulter la section Entrée en vigueur du contrat de **votre**

police. **Nous** rembourserons l'intégralité des sommes versées dans un délai maximum de trente (30) jours civils à compter de la réception de **votre** demande, à condition qu'aucune demande d'indemnisation n'ait été faite, qu'aucune **réclamation** n'ait été demandée ou ne soit en cours de déclaration, et qu'aucun incident susceptible de donner lieu à une telle **réclamation** ne se soit produit.

4. PRIME

La prime est divulguée au **titulaire de la police** avant l'achat de la **police** et elle comprend la totalité des taxes et des frais. Elle est perçue par **VRBO**, sur délégation de **l'assureur** et elle est considérée comme payée à **l'assureur** à la date d'achat de la **police**, lors de la perception de la prime par **VRBO**.

5. RÈGLEMENT D'UNE RÉCLAMATION

Le montant dont **nous** pouvons être responsables sera payable dans les 30 jours suivant la réception d'une preuve de perte appropriée, ou un accord de règlement sur la réclamation a été convenu par **nous**.

Le paiement de toute indemnité due à la **personne assurée** est effectué dans la même devise que celle utilisée par le **titulaire de la police** pour le paiement de la prime.

La présente police contient une disposition qui supprime ou restreint le droit de la personne assurée de désigner des personnes à qui ou au profit desquelles les prestations d'assurance doivent être versées.

6. FAUSSE REPRÉSENTATION OU NON-DIVULGATION

Les déclarations fausses ou incorrectes de la **personne assurée** peuvent, à **notre** discrétion, rendre la **police** nulle et les **réclamations** soumises peuvent ne pas être payables, dans la mesure permise par la loi applicable.

7. OBLIGATION DE MINIMISER LES PERTES

La **personne assurée** fait tout en son pouvoir pour éviter ou minimiser le tort causé par un **événement** couvert.

8. SUBROGATION

Après avoir engagé des frais, **l'assureur** prend en charge tous les droits et toutes les **réclamations** que la **personne assurée** peut avoir à l'encontre des **tiers** responsables de l'incident vis-à-vis de la **personne assurée**.

Notre droit de recouvrement est limité au coût total que **nous** avons subi dans le cadre de l'exécution de la présente **police**.

Vous coopérerez raisonnablement avec **nous** pour l'exercice de nos droits de subrogation, si **nous** décidons d'exercer ce droit.

9. AUTRES ASSURANCES

Il s'agit d'une couverture de second payeur. **Vous** pouvez avoir d'autres régimes ou contrats en vigueur, tels que, mais sans s'y limiter, une assurance responsabilité civile, une assurance automobile ou une assurance-maladie collective ou individuelle **tierce** offrant une couverture **hospitalière**, médicale ou thérapeutique. **Vous** devez **nous** informer si **vous** disposez d'une telle couverture. Dans un tel cas, les montants payables au titre de cette assurance sont limités à la partie de **vos** dépenses admissibles qui excèdent les montants prévus par ces autres régimes ou contrats en vigueur. Le total des prestations qui **vous** sont versées par tous les **assureurs** ne peut excéder **vos** dépenses réelles. **Nous** coordonnerons le paiement des prestations avec tous les **assureurs** qui **vous** fournissent des prestations semblables à celles fournies par cette assurance.

10. LOI ET COMPÉTENCE APPLICABLES

La **police**, son interprétation ou toute question relative à sa construction, sa validité ou son fonctionnement et son exécution sont régis par les lois de **votre** province ou territoire de résidence au Canada.

Tout litige ou toute **demande d'indemnisation** découlant de la **police**, de son objet ou de sa formation (y compris les litiges ou **demandes d'indemnisation** non contractuels) sera soumis à la compétence exclusive des tribunaux de **votre** province ou territoire de résidence au Canada.

11. CESSION

Vous ne pouvez pas céder la **police** sans avoir obtenu notre consentement écrit au préalable.

12. COMMENT NOUS CONTACTER POUR PRÉSENTER UNE RÉCLAMATION

Si **vous** souhaitez **nous** soumettre une réclamation, **vous** pouvez vous rendre sur notre **site Web** convivial :

<https://vrbo-travel-ca.eclaims.europ-assistance.com>

Vous pouvez également **nous** écrire à l'adresse suivante :

Europ Assistance Canada

C.P. 1108

First Canadian Place RPO RPO FIRST CAN, ON, M5K 1P2

Courriel : reclamations@europ-assistance.ca

13. PROCÉDURE DE PLAINTE

Nous nous efforçons de **vous** offrir le plus haut niveau de service. Toutefois, en cas d'insatisfaction, **vous** devez d'abord envoyer **votre** plainte par la poste à l'adresse suivante :

Europ Assistance Canada

C.P. 1108

First Canadian Place RPO RPO FIRST CAN, ON, M5K 1P2

Courriel : plaintes@europ-assistance.ca

Nous accuserons réception de votre plainte dans un délai de trois jours ouvrables, sauf si nous pouvons y répondre directement. **Nous** nous engageons à fournir une réponse finale dans les trente 30 jours.

14. LANGUE FRANÇAISE (POUR LES RESIDENTS DU QUEBEC ET DU NOUVEAU-BRUNSWICK)

You acknowledge that **you** were provided with the French version of this **policy** and that, after first having the opportunity to examine the French version, **you** have expressly requested that this contract, as well as the documents related to it, be drafted in English exclusively.

Vous reconnaissez qu'une version française de la présente **police** d'assurance **vous** a été remise et qu'après avoir eu la possibilité de prendre connaissance de la version française, **vous** avez expressément demandé que la présente **police** d'assurance, ainsi que tous les documents s'y rattachant, soit rédigée exclusivement en anglais.

15. CONDITIONS LÉGALES

Malgré toute autre disposition de la présente **police**, celle-ci est assujettie aux conditions obligatoires de la *Loi sur les assurances* concernant les contrats d'assurance contre les **accidents** et la maladie.

16. RECOURS CONTRE L'ASSUREUR

Toute action ou procédure contre un **assureur** pour le recouvrement d'une prestation payable en vertu de la **police** est absolument interdite, sauf si elle est intentée dans les délais énoncés dans la *Insurance Act* (pour les actions ou procédures régies par les lois de l'Alberta et de la Colombie-Britannique), la *Loi sur les assurances* (pour les actions ou procédures régies par les lois du Manitoba), la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (pour les actions ou procédures régies par les lois de l'Ontario), ou d'autres lois applicables.

17. DEVISE

Toutes les limites de prestations et les primes versées sont en dollars canadiens.

18. ACTE TERRORISTE

Lorsqu'un **acte terroriste vous** cause directement ou indirectement une perte pour laquelle des prestations seraient autrement payables conformément aux modalités de la présente **police**, cette assurance vous fournit la couverture suivante :

1. pour l'assurance Soins médicaux **d'urgence** et l'assurance Annulation et Interruption **de voyage**, **nous vous** fournirons des prestations pour **vos** dépenses admissibles, sous réserve des plafonds indiqués dans la section des prestations et dans la présente disposition; et
2. les prestations payables, telles que décrites directement ci-dessus, sont en sus de toutes les autres sources potentielles de recouvrement, y compris les options de voyage alternatives ou de remplacement offertes par les compagnies aériennes, les voyagistes, les compagnies de croisières et d'autres **fournisseurs de voyages** et d'autres couvertures d'assurance et ne deviendront disponibles qu'après que **vous** aurez épuisé toutes ces autres sources.
3. Toute prestation payable conformément à **notre** assurance Soins médicaux **d'urgence** et notre assurance Annulation et Interruption **de voyage** est assujettie à un maximum global payable relatif à la totalité des polices d'assurance voyage en vigueur que **nous** avons émises, y compris la présente **police**. Si le total des **réclamations** payables par ailleurs pour un type de couverture au titre de toutes les polices d'assurance voyage émises par **nous**, résultant d'un ou de plusieurs **actes terroristes** survenant au cours d'une période donnée, dépasse ce maximum global payable, le montant payé pour chaque **réclamation** sera réduit au prorata de sorte que le montant total payé pour l'ensemble de celles-ci corresponde au maximum global payable.
4. La couverture n'est offerte que pour un maximum de deux (2) **actes terroristes** dans une année civile et le maximum global payable pour chaque **acte terroriste** s'élève à :

Type de couverture d'assurance	Total maximal pour chaque acte de terrorisme (\$ CA)
Assurance soins médicaux d'urgence	10 000 000,00 \$
Assurance annulation et interruption de voyage	2 500 000,00 \$

Si, à **notre** avis, le total de toutes les **réclamations** payables au titre d'un ou de plusieurs actes **terroristes** risque de dépasser les limites applicables, **votre réclamation** au prorata peut être payée après la fin de l'année civile au cours de laquelle **vous** remplissez les conditions requises pour bénéficier des prestations.

Exclusions applicables à cette disposition de couverture des actes terroristes :

1. **Nonobstant toute disposition contraire de la présente police ou de tout avenant à celle-ci, la présente police ne couvre aucune responsabilité, perte ou dépense ni aucun coût, quelle que soit leur nature, directement ou indirectement causé par un acte terroriste, y étant associé ou en découlant, perpétré par des moyens biologiques, chimiques, nucléaires ou radioactifs, indépendamment de toute autre cause contribuant simultanément ou dans toute autre séquence à la responsabilité, à la perte, à la dépense ou au coût.**
2. **Tout lieu inclus dans votre voyage qui a connu un acte terroriste dans les trente (30) jours civils précédant le début de votre couverture.**
3. **En ce qui concerne votre assurance annulation de voyage, un acte terroriste qui se produit trente (30) jours civils avant la date prévue de votre départ.**

Modalités particulières – Tous les régimes d'assurance voyage VRBO

COUVERTURE D'ANNULATION DE VOYAGE

CE POUR QUOI VOUS ÊTES COUVERT :

L'objet de cette couverture est de **vous** rembourser les dépenses non remboursables payées d'avance que **vous** avez engagées directement en raison de l'annulation de la **réservation** couverte au cas où l'un des **événements assurés** suivants se produirait avant le début de la **réservation**, sous réserve de l'application d'une exclusion et des limites mentionnées dans le tableau des prestations.

Vous êtes couvert à partir de la date de début de la police jusqu'à la date à laquelle votre réservation devait commencer.

Les **événements assurés** sont les suivants :

Maladie, blessures, quarantaine et décès

1. **Maladie** grave, **blessure** grave ou décès :
 - a. d'une **personne assurée**.
 - b. d'un **membre de la famille immédiate**.
 - c. d'un **membre de la famille élargie**.
 - d. de la **personne qui s'occupe des personnes à charge**.
 - e. **de votre animal d'assistance**.
 - f. d'un **employé clé**.
 - g. d'un **compagnon de voyage**.
2. Décès d'un **membre de la famille élargie**.
3. **Vous** ou **votre** compagnon de voyage n'êtes pas en mesure de **vous** faire vacciner ou de prendre des médicaments préventifs en raison de **vos** antécédents médicaux ou de ceux de votre compagnon de voyage, qui sont exigés pour entrer dans un pays ou une région figurant sur **votre** itinéraire de voyage (à condition que l'exigence soit entrée en vigueur après l'achat des préparatifs de voyage et de la présente assurance).
4. Maladie ou blessure de **votre animal d'assistance**, à condition que **vous** soyez une personne handicapée (handicap physique, psychiatrique ou mental) et que des dispositions aient été prises pour que l'**animal d'assistance vous** accompagne pendant **votre voyage**. Pour que cette prestation s'applique, les frais d'organisation du voyage de **votre animal d'assistance** doivent être inclus dans le montant **assuré**.
5. **Vous, votre conjoint, votre compagnon de voyage** ou le **conjoint** de votre **compagnon de voyage** êtes mis en **quarantaine**.

Grossesse et adoption

6. **Vous, votre conjointe, votre compagnon de voyage** ou la **conjointe** de **votre compagnon de voyage** devient enceinte après avoir réservé **votre voyage**, et **votre date de départ** tombe dans les 9 semaines avant la date d'accouchement prévue ou à tout moment après cette date.
7. **Vous** ou **votre** compagne de voyage développez une complication de grossesse au cours des trente-et-une (31) premières semaines de grossesse.
8. Une membre de **votre famille immédiate** ou **votre employée clé**, une membre de la **famille immédiate** de **votre compagnon de voyage** ou son **employée clé** développe une complication de grossesse au cours des trente-et-une (31) premières semaines de grossesse.
9. **Vous, votre conjoint, votre compagnon de voyage** ou le conjoint de votre **compagnon de voyage** adoptez légalement un enfant et la date d'adoption tombe pendant **votre voyage**.

Emploi et éducation

10. **Dommages graves** aux **locaux professionnels** d'une **personne assurée**.
11. Cessation involontaire de l'emploi de la **personne assurée**.
12. Début de l'emploi dans une nouvelle entreprise dans laquelle la **personne assurée** n'avait pas été embauchée au cours des six derniers mois au moment de la conclusion du nouveau contrat de travail. Les contrats multiples conclus par les agences de placement temporaire afin d'effectuer des tâches pour d'autres entreprises sont considérés comme des contrats pour les entreprises dans lesquelles le travailleur exerce son activité.
13. L'école que **vous** fréquentez doit prolonger sa session au-delà de son année scolaire prédéfinie en raison d'**événements** imprévisibles commençant pendant le **voyage**. Les dates de prolongation de l'année scolaire doivent correspondre à **vos** dates de **voyage** pour que cette couverture soit possible. Les prolongations dues à des **événements** parascolaires ou sportifs ne sont pas couvertes.
14. Être tenu de passer un examen académique à une date qui a été fixée après la **date de début de votre police**, et la date de l'examen se situe dans **les dates de votre voyage**.

Gouvernement et affaires juridiques

15. Assignation d'une **personne assurée** à comparaître en tant que partie, témoin, membre d'un jury devant un tribunal ou toute autre autorité publique, à condition que cette assignation n'ait pas été émise avant la date de souscription de la **police**.
16. Le gouvernement du Canada émet un **avertissement aux voyageurs** « Éviter les voyages non essentiels » ou « Éviter tout voyage » après que **vous** avez souscrit **votre** assurance annulation de **voyage**, lequel conseille ou recommande aux **résidents canadiens** de ne pas se rendre dans une destination prévue dans **votre voyage**.
17. Une **personne assurée** étant appelée au service militaire actif pour fournir de l'aide ou des secours en cas de catastrophe naturelle.
18. Le congé militaire qui **vous** a été accordé précédemment est révoqué. Le congé doit avoir été approuvé avant la **date de début** de votre police, et un avis de révocation écrit officiel de **votre** commandant sera requis.

Perturbations et incidents

19. Vol de documentation qui empêche une **personne assurée** de commencer ou de poursuivre le **voyage**.
20. **Panne** ou collision du véhicule appartenant à une **personne assurée** qui **vous** empêche de commencer le **voyage**.
21. Défaut inattendu d'octroi de visas pour une **personne assurée** pour des raisons indépendantes de sa volonté.
22. Les retards et/ou les annulations des **transporteurs** publics résultant de mauvaises conditions météorologiques, de la **panne** mécanique de l'aéronef, du navire, du bateau ou de l'autocar sur lequel **vous** deviez voyager et qui ont une incidence sur le transport en commun.
23. Une **personne assurée** étant directement impliquée dans une collision sur la route documentée lors d'un déplacement vers le lieu de **votre réservation**.
24. **Votre** transport ou un véhicule dans lequel vous voyagez est détourné alors que **vous** vous rendez sur le lieu de **votre** réservation.
25. **Votre hôte** n'est pas en mesure de fournir un **hébergement** en raison d'une **maladie** ou d'un **accident** potentiellement mortel, ou en raison d'un décès. La documentation officielle de l'**événement** sera requise.
26. Un acte de **terrorisme** qui se produit dans **votre** ville de départ prévue ou dans une ville où **vous** devez vous rendre pendant **votre voyage**, et qui se produit dans les 30 jours précédant la **date de départ** prévue, à condition que la ville n'ait pas connu d'acte de **terrorisme** au cours des 30 derniers jours avant la date de début de **votre police**.

Hébergement

27. **Votre hébergement** est rendu inaccessible en raison d'un incendie, d'une inondation, d'un volcan, d'un tremblement de terre, d'un ouragan ou d'une autre catastrophe naturelle. Aux fins de cette couverture, inaccessible signifie que **votre hébergement** ne peut pas être atteint par **votre** mode de transport d'origine, par exemple par avion ou par la route. La couverture de cet **événement** est soumise aux limites spécifiques énoncées dans « Ce qui n'est pas couvert » ci-dessous.

28. Votre hébergement est rendu inhabitable en raison d'un incendie, d'une inondation, d'un volcan, d'un tremblement de terre, d'un ouragan ou d'une autre catastrophe naturelle. Aux fins de cette couverture, inhabitable s'entend : i) le bâtiment lui-même est instable et il y a un risque d'effondrement en tout ou en partie; (ii) il y a des dommages extérieurs ou structuraux permettant l'intrusion d'éléments tels que la pluie, le vent, la grêle ou les inondations; ou (iii) les dangers immédiats pour la sécurité n'ont pas encore été éliminés, comme les débris sur les toits ou les lignes électriques en panne. La couverture de cet **événement** est soumise aux limites spécifiques énoncées dans « Ce qui n'est pas couvert » ci-dessous.

29. Une évacuation obligatoire (ou un avis d'évacuation d'un fonctionnaire public dans les zones géographiques où aucun ordre d'évacuation obligatoire n'est émis par les autorités gouvernementales) est ordonnée à l'endroit où se trouve **votre hébergement** en raison de conditions météorologiques défavorables ou de catastrophes naturelles. La couverture de cet **événement** est soumise aux limites spécifiques énoncées dans « Ce qui n'est pas couvert » ci-dessous.

30. L'interruption des services d'eau, d'électricité, d'égouts ou de gaz à **votre** destination, pendant plus de 24 heures en raison de conditions météorologiques défavorables ou d'une catastrophe naturelle. La couverture de cet **événement** est soumise aux limites spécifiques énoncées dans « Ce qui n'est pas couvert » ci-dessous.

31. L'interruption du service routier pendant 6 heures ou plus en raison de conditions météorologiques défavorables ou d'une catastrophe naturelle qui vous empêchent de **vous** rendre à **votre hébergement**. La couverture de cet **événement** est soumise aux limites spécifiques énoncées dans « Ce qui n'est pas couvert » ci-dessous.

La responsabilité de l'**assureur** est limitée aux montants indiqués dans le tableau des prestations.

Si l'**événement** ne s'applique qu'à une **personne assurée**, les autres **personnes assurées** ont le droit d'être couvertes pour le même **événement** d'annulation.

CE POUR QUOI VOUS N'ÊTES PAS COUVERT – EXCLUSIONS :

En ce qui concerne les **événements** médicaux qui **vous** touchent :

1. une **condition médicale préexistante** qui n'était pas **stable** dans les 3 mois précédant l'achat de **votre police** si vous avez moins de 60 ans; ou
2. une **condition médicale préexistante** qui n'était pas **stable** dans les 12 mois précédant la date d'achat de **votre police** si vous avez 60 ans ou plus; et/ou
3. Outre l'exigence de « **stabilité** », nous ne couvrons pas les dépenses liées à ce qui suit :
 - a. la maladie cardiaque de la **personne assurée** si, au cours des 3 mois précédant la date de souscription de l'assurance ou la date de la demande d'assurance indiquée sur **votre attestation**, la **personne assurée** souffre d'une ou de plusieurs maladies cardiaques qui ne sont pas **stables** ou si la **personne assurée** a pris de la nitroglycérine sous quelque forme que ce soit pour soulager la douleur associée à une angine de poitrine; ou
 - b. la maladie pulmonaire de la **personne assurée** si, au cours des 3 mois précédant la date de souscription de l'assurance ou la date de la demande d'assurance indiquée sur **votre attestation**, la maladie pulmonaire de la **personne assurée** n'était pas **stable** ou la **personne assurée** a eu besoin d'un **traitement** à l'oxygène ou à la prednisone pour une maladie pulmonaire quelconque.
4. Toute raison, circonstance, événement ou **condition médicale** vous affectant ou affectant toute personne, dont vous aviez connaissance à la date où vous avez souscrit cette couverture ou avant, et qui pourrait éventuellement vous empêcher d'entreprendre ou de terminer **votre voyage** couvert tel que réservé lorsque vous avez souscrit cette couverture d'assurance.
5. Toute **maladie** ou blessure résultant de la consommation de boissons alcoolisées (avec une alcoolémie supérieure à 80 milligrammes d'alcool par 100 milligrammes de sang, en cas d'incident de véhicule) par la **personne assurée** ou son **compagnon de voyage**.
6. Consommation de stupéfiants, de drogues ou de médicaments autres que ceux prescrits par un médecin.
7. Vos blessures auto-infligées, à moins qu'une preuve médicale n'établisse que ces blessures sont liées à une **maladie** mentale.

Vous n'êtes couvert que pour les **événements assurés** figurant dans la section « Ce pour quoi **vous** êtes couvert » et dans la mesure décrite dans celle-ci. De plus, **vous** n'êtes pas couvert pour les conséquences d'un des **événements** suivants, qui sont exclus de la présente couverture :

1. Ceux causés intentionnellement par une *personne assurée* ou un *compagnon de voyage*.
2. Les conséquences d'une éclosion, d'une *épidémie* ou d'une pandémie de toute maladie infectieuse contagieuse ou de nouvelles souches, reconnues par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ou toute autorité compétente de *votre pays d'origine* ou de tout pays qu'il est prévu de visiter ou de traverser au cours du *voyage*. Cette exclusion ne s'applique pas si une *épidémie* entraîne une *maladie grave* ou le décès d'une *personne assurée*, d'un *membre de sa famille immédiate*, de la personne chargée de s'occuper des *enfants* ou des adultes handicapés dont *vous* avez la charge pendant *votre voyage*.
3. Les conséquences d'une *quarantaine* ou de mesures de restriction de la liberté de circulation décidées par une autorité compétente qui pourraient affecter la *personne assurée* ou un *compagnon de voyage* avant ou pendant son *voyage*.
4. Guerres, manifestations, insurrections, sabotage.
5. Tout retard causé par une *grève* qui a commencé ou a été annoncée avant la date de début de *votre police* ou d'achat du *voyage* (la date la plus tardive étant retenue).
6. L'absence ou l'impossibilité de se faire vacciner ou de suivre le *traitement* médical nécessaire pour se rendre dans certains pays.
7. Les conséquences d'un *accident* survenu avant la souscription de la *police*, troubles mentaux ou émotionnels, tels qu'une crise d'angoisse ou de panique, un état émotionnel ou une situation de stress. Un trouble mental ou émotionnel mineur est un trouble pour lequel *votre traitement* ne comprend que des tranquillisants mineurs ou des médicaments contre l'anxiété (anxiolytiques) mineurs, voire aucun médicament prescrit.
8. La participation de la *personne assurée* à des paris, des défis ou des combats.
9. La pratique de la compétition sportive ou de la compétition motorisée (course ou rallye).
10. La pratique de l'un des sports et activités dangereux suivants pour lesquels *vous* êtes rémunéré ou pour lesquels *vous* pouvez recevoir de l'argent ou des prix : boxe, haltérophilie, lutte, arts martiaux, alpinisme, bobsleigh, immersion avec des appareils respiratoires, spéléologie, saut à ski, parachutisme, parapente, vols en ULM ou en planeur, plongeon sur tremplin, plongée sous-marine, deltaplane, alpinisme, équitation, montgolfière, parachutisme, escrime, sports de défense, sports d'aventure tels que la descente en eau vive, le saut à l'élastique, la nage en eau vive, le canoë-kayak.
11. Les conséquences de la transmutation du noyau atomique, ainsi que les radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules atomiques ou toute irradiation à partir d'une source d'énergie de nature radioactive.
12. Tremblements de terre, inondations, éruptions volcaniques et, généralement, tout phénomène déclenché par les forces de la nature, qui se produit au plus tard à la date d'achat de la présente *police*.
13. Les conséquences de l'utilisation ou de la possession d'explosifs ou d'armes à feu.
14. Les conséquences d'une cirrhose alcoolique diagnostiquée chez la *personne assurée* avant la souscription de la *police*.
15. L'existence d'un *avertissement aux voyageurs* qui s'appliquait avant la souscription de la *police*.
16. Une couverture limitée s'applique à l'égard d'un *acte terroriste* comme décrit dans la disposition de la couverture contre les *actes terroristes*.
17. Toute perte résultant de l'inexécution d'obligations contractuelles ou de l'absence de prestation de services de la part d'un *fournisseur de voyages*, ou si le *fournisseur de voyages* vous indemnise.

DOCUMENTS ET RENSEIGNEMENTS REQUIS POUR PRÉSENTER UNE **RÉCLAMATION**:

Les documents suivants doivent être fournis pour permettre la gestion d'une **réclamation**:

1. Documents qui illustrent les faits constituant un **événement assuré** dans le cadre de cette couverture (rapport médical, certificat de décès, documents *hospitaliers*, rapports de police, plaintes déposées dans les postes de police ou

2. Un formulaire que **nous** fournissons et qui doit être rempli par le médecin autorisé qui soigne la **personne assurée** ou toute autre personne recevant un **traitement** médical lié à l'annulation. Ce document n'est nécessaire que dans les cas où les renseignements fournis sur la **condition médicale** de la personne sont insuffisants.
3. Une copie du courriel de confirmation ou des reçus pour la **réservation par VRBO**.
4. Une copie des documents indiquant les frais occasionnés par l'annulation de la **réservation**, délivrés par **VRBO** et détaillant les montants et les éléments concernés, ainsi qu'une copie des conditions générales de la **réservation**.
5. Une copie du document confirmant l'annulation de la **réservation**, délivré par **VRBO** indiquant les frais engagés du fait de l'annulation de la **réservation**.
6. Si l'annulation est due à l'un des **événements assurés** ci-dessus impliquant un **membre de la famille immédiate** ou un **membre de la famille élargie**, un document qui illustre la relation entre la **personne assurée** et le **membre de la famille immédiate** ou le **membre de la famille élargie** doit être présenté (par exemple, un certificat de naissance ou de parenté pour chacune des parties impliquées), si de tels documents existent dans le pays dans lequel la **personne assurée** a réservé le **voyage**.

Si **vous** n'êtes pas en mesure de fournir les documents susmentionnés, **vous** pouvez fournir un autre document ayant la même valeur juridique et contenant les renseignements pertinents.

Nous nous engageons à respecter la confidentialité de l'information fournie dans le cadre de l'assurance ou d'une **réclamation**.

COUVERTURE D'INTERRUPTION DE VOYAGE

CE POUR QUOI VOUS ÊTES COUVERT :

La couverture d'interruption de **voyage** offre une protection financière si un **événement** inattendu interrompt votre voyage à la date du départ ou après. L'objet de la couverture est de **vous** rembourser les pertes financières que **vous** avez subies directement en raison de l'interruption de la **réservation** couverte si l'un des **événements assurés** suivants se produit, sous réserve des exclusions énoncées ci-dessous.

Vous êtes couvert à partir de la **date de départ** jusqu'à la **date de fin de votre réservation**.

Veuillez prendre note : Si **vous** devez mettre fin à **votre réservation** plus tôt que prévu, **vous** devez **nous** contacter dès que possible.

L'**assureur** prend en charge les dépenses correspondant aux frais d'**hébergement** pour les jours de la **réservation** non utilisés et les coûts engagés par les **personnes assurées** pour retourner à leurs **domiciles** respectifs jusqu'à un montant maximum fixé dans le tableau des prestations.

Les éléments suivants seront exclus du montant remboursé : taxes d'aéroport, taxes portuaires, primes d'assurance, frais de service et activités réservées pendant le voyage.

Veuillez prendre note : Si le paiement a été effectué à l'aide de points de grand voyageur, de milles aériens, de points de cartes de fidélité ou autres, le règlement de **votre réclamation** sera basé sur le tarif le plus bas publié pour le vol ou l'hôtel réservé à l'origine, s'ils ne sont pas transférables.

Nous fournirons cette couverture si le raccourcissement ou l'interruption de **votre réservation** est nécessaire et inévitable à la suite de l'un des **événements assurés** suivants :

Maladie, blessures, quarantaine et décès

1. **Maladie** grave **blessure** grave ou décès :

- a. d'une **personne assurée**.
- b. d'un **membre de la famille immédiate**.
- c. d'un **membre de la famille élargie**.
- d. de **la personne qui s'occupe des personnes à charge**.
- e. **de votre animal d'assistance**.
- f. d'un **employé clé**.
- g. d'un **compagnon de voyage**.

2. Décès d'un **membre de la famille élargie**.

3. **Vous** ou **votre compagnon de voyage** n'êtes pas en mesure d'être vacciné ou de prendre des médicaments préventifs en raison de **vos** antécédents médicaux ou de ceux de **votre compagnon de voyage** qui sont requis pour entrer dans un pays ou une région qui se trouve sur **votre** itinéraire de voyage (à condition que l'exigence soit entrée en vigueur après l'achat des préparatifs de voyage et de cette assurance).

4. **Maladie grave, blessure grave** ou décès de **votre animal d'assistance**, à condition que **vous** soyez une personne handicapée (handicap physique, psychiatrique ou mental) et que des dispositions aient été prises pour que l'animal d'assistance **vous** accompagne pendant **votre voyage**. Pour que cette prestation s'applique, les frais d'organisation du voyage de **votre animal d'assistance** doivent être inclus dans le montant **assuré**.

5. **Vous, votre conjoint, votre compagnon de voyage** ou le **conjoint** de votre **compagnon de voyage** êtes mis en **quarantaine**.

Grossesse et adoption

6. **Vous, votre conjointe, votre compagnon de voyage** ou la **conjointe** de votre compagnon de voyage devient enceinte après que **vous** avez réservé **votre voyage**, et **votre date de départ** tombe dans les 9 semaines avant la date d'accouchement prévue ou à tout moment après cette date.

7. **Vous** ou **votre compagne de voyage** développez une complication de grossesse au cours des trente-et-une

(31) premières semaines de grossesse.

8. Une membre de **votre famille immédiate** ou **votre employée clé**, une membre de la **famille immédiate** de **votre compagnon de voyage** ou son **employée clé** développe une complication de grossesse au cours des trente-et-une (31) premières semaines de grossesse.
9. **Vous, votre conjoint, votre compagnon de voyage** ou le **conjoint** de votre **compagnon de voyage** adoptez légalement un enfant et la date d'adoption tombe pendant **votre voyage**.

Emploi et éducation

10. **Dommages graves aux locaux professionnels de la personne assurée.**
11. Cessation involontaire de l'emploi de la **personne assurée**.
12. Début de l'emploi dans une nouvelle entreprise dans laquelle la **personne assurée** n'avait pas été embauchée au cours des six derniers mois au moment de la conclusion du nouveau contrat de travail. Les contrats multiples conclus par les agences de placement temporaire afin d'effectuer des tâches pour d'autres entreprises sont considérés comme des contrats pour les entreprises dans lesquelles le travailleur exerce son activité.

Gouvernement et affaires juridiques

13. Assignation d'une **personne assurée** à comparaître en tant que partie, témoin, membre d'un jury devant un tribunal ou toute autre autorité publique, à condition que cette assignation n'ait pas été émise avant la date d'achat de l'assurance.
14. Perte ou vol de documents gouvernementaux qui empêche une **personne assurée** de commencer ou de poursuivre le **voyage**.
15. Le gouvernement du Canada émet un **avertissement aux voyageurs** « Éviter les voyages non essentiels » ou « Éviter tout voyage » après que **vous** avez souscrit **votre** assurance interruption de **voyage**, lequel conseille ou recommande aux **résidents canadiens** de ne pas se rendre dans une destination prévue dans **votre voyage**.

Perturbations et incidents

16. **Panne** ou collision du véhicule appartenant à une **personne assurée** qui **vous** empêche de commencer le **voyage**.
17. Défaut inattendu d'octroi de visas pour une **personne assurée** pour des raisons indépendantes de sa volonté.
18. Les conditions météorologiques, un tremblement de terre ou des éruptions volcaniques causent des retards à au moins 30 % de **votre voyage** et **vous** choisissez de ne pas voyager.
19. **Vous, votre conjoint, votre compagnon de voyage** ou le **conjoint** de votre **compagnon de voyage** êtes pris en otage.

Départ manqué

20. **Vous** n'arrivez pas au point de départ à l'heure indiquée dans votre itinéraire de **voyage** (plans) pour les raisons suivantes :
 - les transports publics (y compris les vols réguliers) ne respectent pas leurs horaires; ou
 - le véhicule dans lequel **vous** voyagez a un incident ou tombe en **panne**.

Départ retardé

21. **Vous** êtes retardé dans **votre voyage** de plus de 4 heures à son point de départ à partir de l'heure indiquée dans votre itinéraire de **voyage** (plans) en raison d'une **grève**; de mauvais temps; d'une **panne** mécanique du train ou du navire maritime international; ou l'immobilisation au sol de l'aéronef en raison d'un défaut mécanique ou structurel.

Hébergement

22. **Votre hébergement** est rendu inaccessible en raison d'un incendie, d'une inondation, d'un volcan, d'un tremblement de terre, d'un ouragan ou d'une autre catastrophe naturelle. Aux fins de cette couverture, inaccessible signifie que **votre hébergement** ne peut pas être atteint par **votre** mode de transport d'origine, par exemple par avion ou par la route. La couverture de cet **événement** est soumise aux limites spécifiques énoncées dans « Ce qui n'est pas couvert » ci-dessous.
23. **Votre hébergement** est rendu inhabitable en raison d'un incendie, d'une inondation, d'un volcan, d'un tremblement de terre, d'un ouragan ou d'une autre catastrophe naturelle. Aux fins de cette couverture, inhabitable s'entend : i) le bâtiment lui-même est instable et il y a un risque d'effondrement en tout ou en partie; (ii) il y a des dommages extérieurs ou structuraux permettant l'intrusion d'éléments tels que la pluie, le vent, la grêle ou les inondations; ou (iii) les dangers

immédiats pour la sécurité n'ont pas encore été éliminés, comme les débris sur les toits ou les lignes électriques en panne. La couverture de cet **événement** est soumise aux limites spécifiques énoncées dans « Ce qui n'est pas couvert » ci-dessous.

24. Une évacuation obligatoire (ou un avis d'évacuation d'un fonctionnaire public dans les zones géographiques où aucun ordre d'évacuation obligatoire n'est émis par les autorités gouvernementales) est ordonnée à l'endroit où se trouve **votre hébergement** en raison de conditions météorologiques défavorables ou de catastrophes naturelles. La couverture de cet **événement** est soumise aux limites spécifiques énoncées dans « Ce qui n'est pas couvert » ci-dessous.
25. L'interruption des services d'eau, d'électricité, d'égouts ou de gaz à **votre** destination, pendant plus de 24 heures en raison de conditions météorologiques défavorables ou d'une catastrophe naturelle. La couverture de cet **événement** est soumise aux limites spécifiques énoncées dans « Ce qui n'est pas couvert » ci-dessous.
26. L'interruption du service routier pendant 6 heures ou plus en raison de conditions météorologiques défavorables ou d'une catastrophe naturelle qui vous empêchent de **vous** rendre à **votre hébergement**. La couverture de cet **événement** est soumise aux limites spécifiques énoncées dans « Ce qui n'est pas couvert » ci-dessous.

La responsabilité de l'**assureur** est limitée aux montants indiqués dans le tableau des prestations.

Si l'**événement** ne s'applique qu'à une **personne assurée**, les autres **personnes assurées** ont le droit d'être couvertes pour le même **événement** d'interruption.

PARTICULARITÉS DE CETTE COUVERTURE :

Vous devez d'abord prendre contact avec **nous** afin d'autoriser **votre** retour anticipé à **votre domicile** respectif.

Nous calculons les **réclamations** pour interruption de voyage à partir du jour où **vous** retournez à **votre domicile** ou du jour où **vous** entrez à l'**hôpital** en tant que patient hospitalisé. **Votre réclamation** sera basée uniquement sur le nombre de jours complets que **vous** n'avez pas utilisés, y compris le jour où **vous** avez quitté l'hôtel pour rentrer à **votre domicile**.

Si **vous** devez interrompre **votre voyage** et que **vous** ne retournez pas à **votre domicile**, **nous** ne serons responsables que des coûts équivalents que **vous** auriez engagés si **vous** étiez retourné à votre **domicile**.

En cas d'interruption de **votre voyage**, **nous** ne paierons que les frais de voyage supplémentaires liés aux modifications requises à **votre** voyage de retour original réservé.

Pour les **événements** couverts liés aux départs manqués, **nous** rembourserons le coût de **l'hébergement** et du transport supplémentaires que **vous** devez payer pour vous rendre à **votre** destination de voyage ou retourner à votre **domicile**, à concurrence du montant maximum indiqué dans le **tableau des prestations**.

Pour les **événements** couverts liés aux départs retardés, **nous vous** rembourserons jusqu'à concurrence du montant inscrit dans le **tableau des prestations** pour **l'hébergement**, l'hôtel, les repas, les appels téléphoniques, le transport local et les frais de stationnement des véhicules.

CE POUR QUOI VOUS N'ÊTES PAS COUVERT – EXCLUSIONS :

1. une **condition médicale préexistante** qui n'était pas **stable** dans les 3 mois précédant l'achat de **votre police** si **vous** avez moins de 60 ans; ou
2. une **condition médicale préexistante** qui n'était pas **stable** dans les 12 mois précédant la date d'achat de votre police si **vous** avez 60 ans ou plus; et/ou
3. Outre l'exigence de « **stabilité** », **nous** ne couvrons pas les dépenses liées à ce qui suit :
 - a. la maladie cardiaque de la **personne assurée** si, au cours des 3 mois précédant la date de souscription de l'assurance ou la date de la demande d'assurance indiquée sur **votre attestation**, la **personne assurée** souffre d'une ou de plusieurs maladies cardiaques qui ne sont pas **stables** ou si la **personne assurée** a pris de la nitroglycérine sous quelque forme que ce soit pour soulager la douleur associée à

une angine de poitrine; et/ou

- b. la maladie pulmonaire de la *personne assurée* si, au cours des 3 mois précédant la date de souscription de l'assurance ou la date de la demande d'assurance indiquée sur *votre* attestation, la maladie pulmonaire de la *personne assurée* n'était pas *stable* ou la *personne assurée* a eu besoin d'un *traitement* à l'oxygène ou à la prednisone pour une maladie pulmonaire quelconque.

Vous n'êtes couvert que pour les **événements assurés** figurant dans la section « Ce pour quoi **vous** êtes couvert » et dans la mesure décrite dans celle-ci. De plus, **vous** n'êtes pas couvert pour les conséquences d'un des **événements** suivants, qui sont exclus de la présente couverture :

1. Ceux causés intentionnellement par une *personne assurée*, un membre de la famille *immédiate* ou un *compagnon de voyage*.
2. Toute raison, toute circonstance, tout événement ou toute *condition médicale vous* affectant ou affectant toute personne, dont *vous* aviez connaissance à la date où *vous* avez souscrit cette couverture ou avant, et qui pourrait éventuellement *vous* empêcher d'entreprendre ou de terminer *votre voyage* couvert tel que réservé lorsque *vous* avez souscrit cette couverture d'assurance.
3. *Maladies* ou blessures dérivées de la consommation de boissons alcoolisées (avec une alcoolémie supérieure à 80 milligrammes d'alcool par 100 milligrammes de sang, en cas d'incident de véhicule) par la *personne assurée* ou son *compagnon de voyage*.
4. Consommation de stupéfiants, de drogues ou de médicaments autres que ceux prescrits par un médecin.
5. Vos blessures auto-infligées, à moins qu'une preuve médicale n'établisse que ces blessures sont liées à une *maladie* mentale.
6. Toute *épidémie* ou maladie infectieuse qui apparaît soudainement et se propage rapidement dans la population, ainsi que celles causées par la pollution ou la contamination de l'atmosphère.
7. Les conséquences d'une éclosion, d'une *épidémie* ou d'une pandémie de toute maladie infectieuse contagieuse ou de nouvelles souches, reconnues par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ou toute autorité compétente de votre *pays d'origine* ou de tout pays qu'il est prévu de visiter ou de traverser au cours du voyage. Cette exclusion ne s'applique pas si une *épidémie* entraîne une *maladie grave* ou le décès d'une *personne assurée*, d'un membre de sa famille immédiate, de la personne chargée de s'occuper de vos enfants ou des adultes handicapés dont vous avez la charge pendant *votre* voyage.
8. Les conséquences d'une *quarantaine* ou de mesures de restriction de la liberté de circulation décidées par une autorité compétente qui pourraient affecter la *personne assurée* ou un *compagnon de voyage* avant ou pendant son *voyage*.
9. Guerres, manifestations, insurrections et sabotage.
10. Tout retard causé par une *grève* qui a commencé ou a été annoncée avant la date de début de votre *police* ou l'achat du voyage (la date la plus tardive étant retenue).
11. La mise hors service d'un avion, d'un train ou d'un navire (de manière temporaire ou permanente), à bord duquel *vous* avez réservé votre voyage, par le transporteur ou sur la recommandation ou l'ordre de tout gouvernement, autorité de l'aviation civile, autorité portuaire, autorité ferroviaire ou autre autorité semblable dans n'importe quel pays.
12. Billets achetés en utilisant des points de grand voyageur, des miles aériens, des points de carte de fidélité, des bons échangeables ou un autre système similaire.
13. Une couverture limitée s'applique à l'égard d'un acte *terroriste* comme décrit dans la disposition de la couverture contre les *actes terroristes*.
14. L'absence ou l'impossibilité de se faire vacciner ou de suivre le *traitement* médical nécessaire pour se rendre dans certains pays.
15. Les conséquences d'un *accident* qui s'est produit avant la souscription de la *police*.
16. Un trouble mental ou émotionnel mineur, tel qu'une crise d'angoisse ou de panique, un état émotionnel ou une situation de stress. Un trouble mental ou émotionnel mineur est un trouble pour lequel *votre* traitement ne comprend que des tranquillisants mineurs ou des médicaments contre l'anxiété (anxiolytiques) mineurs, voire aucun médicament prescrit.

17. La participation de la *personne assurée* à des paris, des défis ou des combats.
18. La pratique de la compétition sportive ou de la compétition motorisée (course ou rallye).
19. La pratique de l'un des sports et activités dangereux suivants pour lesquels *vous* êtes rémunéré ou pour lesquels *vous* pouvez recevoir de l'argent ou des prix : boxe, haltérophilie, lutte, arts martiaux, alpinisme, bobsleigh, immersion avec des appareils respiratoires, spéléologie, saut à ski, parachutisme, parapente, vols en ULM ou en planeur, plongeon sur tremplin, plongée sous-marine, deltaplane, alpinisme, équitation, montgolfière, parachutisme, escrime, sports de défense, sports d'aventure tels que la descente en eau vive, le saut à l'élastique, la nage en eau vive, le canoë-kayak.
20. Les conséquences de la transmutation du noyau atomique, ainsi que les radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules atomiques ou toute irradiation à partir d'une source d'énergie de nature radioactive.
21. Tremblements de terre, inondations, éruptions volcaniques et, généralement, tout phénomène déclenché par les forces de la nature, qui se produit au plus tard à la date d'achat de la présente *police*.
22. Les conséquences de l'utilisation ou de la possession d'explosifs ou d'armes à feu.
23. Les conséquences d'une cirrhose alcoolique diagnostiquée chez la *personne assurée* avant la souscription de la *police*.
24. L'existence d'un *avertissement aux voyageurs* qui s'appliquait avant la souscription de la *police*.
25. Toute perte résultant de l'inexécution d'obligations contractuelles ou de l'absence de prestation de services de la part d'un *fournisseur de voyages*, ou si le *fournisseur de voyages* vous indemnise.

DOCUMENTS ET RENSEIGNEMENTS REQUIS POUR PRÉSENTER UNE *RÉCLAMATION* :

Les documents suivants doivent être fournis pour permettre la gestion d'une *réclamation* :

1. Documents qui illustrent les faits constituant un *événement assuré* dans le cadre de cette couverture (rapport médical, certificat de décès, les documents *hospitaliers*, les rapports de police, les plaintes déposées dans les postes de police ou des documents similaires).
2. Un formulaire que *nous* fournissons et qui doit être rempli par le médecin autorisé qui soigne la *personne assurée* ou toute autre personne recevant un *traitement* médical lié à l'interruption de la réservation. Ce document n'est nécessaire que dans les cas où les renseignements fournis sur la *condition médicale* de la personne sont insuffisants.
3. Une copie de courriel de confirmation et/ou des reçus pour la *réservation*.
4. Une copie des documents indiquant les frais occasionnés par l'interruption du *voyage* détaillant les montants et les éléments concernés, ainsi qu'une copie des conditions générales de la vente.
5. Si l'interruption est due à l'un des *événements assurés* ci-dessus impliquant un *membre de la famille immédiate* ou un *membre de la famille élargie*, un document qui illustre la relation entre la *personne assurée* et le *membre de la famille immédiate* ou le *membre de la famille élargie* doit être présenté (par exemple, un certificat de naissance ou de parenté pour chacune des parties impliquées).

Si *vous* n'êtes pas en mesure de fournir les documents susmentionnés, *vous* pouvez fournir un autre document ayant la même valeur juridique et contenant les renseignements pertinents.

L'*assureur* s'engage à respecter la confidentialité de l'information fournie dans le cadre de l'assurance ou d'une *réclamation*.

COUVERTURE POUR SOINS MÉDICAUX D'URGENCE

CONDITIONS PARTICULIÈRES DE CETTE COUVERTURE :

En cas d'**urgence**, vous pouvez prendre contact avec nous par téléphone au numéro suivant :

Sans frais : 1 888 726-1548

Appel à frais virés : +1 416 934-2048

Cette couverture n'est pas admissible pour les **assurés** qui ont souscrit un régime non médical.

La couverture mentionnée dans cette section est organisée par l'**assureur** et la prise en charge est limitée aux prestations qu'il a organisées ou, dans des circonstances précises, autorisées.

En cas d'**urgence**, appelez immédiatement Europ Assistance Canada au 1 888 726-1548 sans frais des États-Unis et du Canada ou au +1 416 934-2048 à frais virés, le cas échéant. Vous devez appeler le Centre d'assistance avant de recevoir le **traitement** d'urgence, afin que nous puissions confirmer la couverture ou donner notre accord préalable au **traitement**. S'il vous est médicalement impossible d'appeler avant d'obtenir un **traitement** d'urgence, nous vous demandons d'appeler ou de demander à quelqu'un d'appeler en votre nom dès que possible. Dans le cas contraire, si vous n'appellez pas le Centre d'assistance avant d'obtenir un **traitement d'urgence**, vous devrez payer 25 % de vos frais médicaux couverts par la présente **police**.

Après le début de **votre traitement d'urgence**, le Centre d'assistance doit évaluer et approuver au préalable le **traitement** supplémentaire. Si vous subissez des tests dans le cadre d'un examen médical, d'un **traitement** ou d'une intervention chirurgicale, si vous recevez un **traitement** ou si vous subissez une intervention chirurgicale qui n'a pas été approuvée au préalable, votre **réclamation** ne sera pas payée. Cela comprend, sans s'y limiter, l'IRM, la CPRM, la tomodensitométrie, l'angiographie par tomodensitométrie, les échographies, les tests de stress nucléaire, les biopsies, l'angiographie, l'angioplastie, la chirurgie cardiovasculaire, y compris tout test diagnostique associé, le cathétérisme cardiaque ou toute intervention chirurgicale. En cas d'**urgence**, l'**assureur** ne peut se substituer aux services publics locaux. Dans certaines circonstances, l'utilisation des services publics locaux est obligatoire en vertu des règlements locaux ou internationaux.

Toutes les couvertures d'assurance sont fournies à la condition que l'intervention de l'**assureur** soit autorisée par les services d'**urgence** ou les lois et règlements applicables dans le pays où vous avez besoin d'aide.

Vous êtes couvert à partir de la **date de départ** jusqu'à la **date de fin** de votre **réservation**.

FRAIS MÉDICAUX QUE NOUS PAYONS :

L'assurance soins médicaux d'urgence vous couvre pour les **frais raisonnables et habituels** que vous avez engagés pour un traitement d'**urgence** nécessaire pendant votre voyage si une **condition médicale** survient inopinément après votre départ, mais seulement si ces dépenses ne sont pas couvertes par votre **régime public d'assurance-maladie** ou par tout autre régime d'assurance ou d'avantages sociaux. Les soins médicaux doivent être requis dans le cadre de votre traitement d'urgence et ordonnés par un **médecin** (ou un dentiste dans le cas d'un **traitement** dentaire).

MONTANTS DES FRAIS MÉDICAUX QUE NOUS PAYONS :

Nous paierons jusqu'à la limite établie dans le tableau des prestations.

CE POUR QUOI VOUS ÊTES COUVERT :

Frais raisonnables et habituels pour les dépenses médicales d'urgence à l'étranger engagées pendant le voyage

Si **vous** subissez une blessure, une **maladie** ou un **accident** au cours de **votre voyage à l'étranger**, **nous** paierons :

- les **frais raisonnables et habituels** pour les dépenses médicales d'**urgence** ou les frais engagés **à l'étranger**
- les médicaments prescrits par un médecin ou un chirurgien;
- les coûts d'**hôpital** :
- les coûts d'une ambulance, pour un trajet vers l'**hôpital** le plus proche si cela est demandé par un médecin.

Conditions particulières de cette couverture :

Si, pour des raisons d'urgence, **nous** ne sommes pas intervenus directement dans le processus, pour que ces dépenses soient remboursables, **vous** devrez fournir la copie des factures correspondantes ainsi qu'un rapport médical complet précisant les circonstances, le diagnostic et le **traitement** prescrit, permettant ainsi d'identifier la blessure, la **maladie** ou l'**accident** subi, et l'avis de remboursement de votre **régime public d'assurance-maladie** et de votre régime privé d'assurance-maladie (s'il y a lieu).

Si **notre** Centre d'assistance indique une date, déterminée par **notre médecin-conseil**, à laquelle il est possible et pratique de **vous** rapatrier, mais que **vous** choisissiez plutôt de rester à **l'étranger**, **notre** responsabilité de payer tous les frais supplémentaires au titre de cette section de la **police** après cette date sera limitée à ce que **nous** aurions payé si **votre** rapatriement avait eu lieu à la date indiquée par **notre** Centre d'assistance.

Hospitalisation en raison d'une blessure, d'une maladie ou d'un accident pendant le voyage

Nous organisons et prenons en charge les frais de transfert vers l'**hôpital** ou la clinique le plus proche et le retour – soit à **votre** domicile, soit à **votre** lieu de vacances (décision à prendre par **notre** Centre d'Assistance) – uniquement en cas de blessure, de **maladie** ou d'**accident** nécessitant des conseils médicaux immédiats.

La responsabilité de l'**assureur** est limitée aux montants indiqués dans le tableau des prestations.

Frais couverts pour les soins dentaires

Si **vous** subissez une blessure ou une maladie qui nécessite un **traitement** dentaire **d'urgence** par un dentiste, **nous** **vous** rembourserons, jusqu'à un montant indiqué dans le tableau des prestations, les frais dentaires **d'urgence** suivants :

1. les services et les fournitures pour le soulagement des douleurs dentaires; et
2. la réparation ou le remplacement de dents ou d'implants dentaires.

La couverture pour les soins dentaires **d'urgence** ne s'applique pas si le **traitement** ou les dépenses sont engagés après que **vous** ayez atteint **votre** destination de retour, quelle qu'en soit la raison.

Transfert vers un hôpital près de votre domicile

Si **vous** êtes atteint d'une **maladie** ou avez un **accident** au cours de **votre voyage à l'étranger** et pour autant que cet **événement** **vous** empêche de poursuivre **votre voyage**, **nous** organiserons, dès que **nous** en serons informés, les contacts nécessaires entre **notre médecin-conseil** et les médecins qui **vous** fournissent un **traitement**.

Si **notre** Centre d'assistance autorise **votre** transfert vers un **hôpital** mieux équipé ou spécialisé proche de **votre domicile**, **nous** organisons et payons, à **notre** discrétion, ce transfert :

- conformément au degré de gravité de **votre** condition; et
- en utilisant le moyen de transport le plus approprié.

La décision du moyen de transport, le choix de l'**hôpital**, le moment du transfert et ses conditions relèvent exclusivement de **notre médecin-conseil**. La décision est prise par **notre** médecin-conseil sur la base des renseignements fournis par vous ou le demandeur ou en **votre** nom.

Si vous refusez le transfert au moment et aux conditions précisées par notre médecin-conseil, la totalité des prestations et de l'assistance découlant d'une telle décision seront automatiquement suspendues.

Hospitalisation à l'étranger pendant plus de 7 jours sans la présence d'un membre de la famille immédiate à vos côtés

Si, au cours du **voyage**, **vous** avez dû être **hospitalisé** pendant plus de sept jours et qu'aucun **membre de votre famille immédiate** ne **vous** accompagnait, **nous** organisons et payons un billet d'avion aller-retour sur un vol régulier (classe économique) ou un billet de train aller-retour (première classe) de **votre pays d'origine** pour un **membre de votre famille immédiate** de **votre** choix afin qu'il puisse **vous** accompagner de l'**hôpital** à **votre domicile**.

Nous remboursons les frais de séjour à l'hôtel de ce **membre de la famille immédiate** qui s'est déplacé pour **vous** accompagner de l'**hôpital** à **votre domicile**, sur présentation des copies des reçus, pour un montant maximum par jour indiqué dans le tableau des prestations et pour un nombre maximum de jours indiqué dans le tableau des prestations.

Soins à une personne handicapée ou à vos enfants de moins de 14 ans voyageant avec vous

Si **vous** voyagez avec une personne handicapée ou un **ou plusieurs enfants** de moins de 14 ans qui sont également **assurés** et que, pendant que la **police** est en vigueur, il **vous** est impossible de vous occuper d'eux en raison d'une blessure, d'une **maladie** ou d'un **accident**, et que personne d'autre ne peut s'occuper d'eux pendant le **voyage**, **nous** organiserons et prendrons en charge le voyage d'une personne désignée par :

- **vous** ou par l'un des **membres de votre famille immédiate** qui réside dans **votre pays d'origine** ou;
- un accompagnateur désigné par **nous** soins afin qu'il puisse accompagner le plus rapidement possible **l'enfant ou les enfants** de moins de 14 ans ou les personnes handicapées jusqu'à leur **domicile**.

La responsabilité de l'**assureur** est limitée aux montants indiqués dans le tableau des prestations.

Prolongation du voyage dans un hôtel à la suite d'une blessure, d'une maladie ou d'un accident

Si la nature de la blessure, de la **maladie** ou de l'**accident** **vous** empêche de poursuivre **votre voyage**, mais qu'il n'est pas nécessaire que **vous** soyez admis dans un **hôpital** ou une clinique, **nous** paierons le montant résultant de la prolongation de **votre** séjour à l'hôtel sur prescription d'un médecin à cet effet.

La responsabilité de l'**assureur** est limitée aux montants indiqués dans le tableau des prestations.

Frais de rapatriement et d'obsèques en cas de décès d'une personne assurée au cours du voyage

Si la **personne assurée** décède pendant le voyage, **nous** organisons et prenons en charge les frais de transport de la dépouille mortelle jusqu'au lieu des funérailles dans le **pays d'origine**, ainsi que les frais liés à l'embaumement, au cercueil minimum obligatoire et aux formalités administratives.

Si **nous** avons organisé le transport, **nous** couvrons également le remboursement des frais engagés pour les services funéraires en cas de décès de la **personne assurée**, y compris l'organisation d'un service funéraire et l'inhumation ou la crémation.

La responsabilité de l'**assureur** est limitée aux montants indiqués dans le tableau des prestations.

Retour anticipé d'un compagnon de voyage

En cas de décès d'une **personne assurée** ou si **nous** avons organisé le transport ou le rapatriement d'une **personne assurée** à son **domicile**, et que les autres **compagnons de voyage** sont empêchés de rentrer à leur **domicile** par les moyens initialement prévus, **nous** organisons et prenons en charge les frais liés au transport de ces **compagnons de voyage** (a) à leur **domicile** ou (b) au lieu où la **personne assurée** transférée a été admise à l'**hôpital** pendant le **voyage**, par un billet d'avion sur une ligne régulière (classe économique) ou par un billet de train (première classe).

La responsabilité de l'**assureur** est limitée aux montants indiqués dans le tableau des prestations.

Recommandation médicale

Si une **urgence** survient pendant **votre** voyage et que **vous** devez consulter un médecin, **vous** devez **nous** appeler pour obtenir les noms de médecins locaux qualifiés qui parlent **votre** langue. Si des services médicaux supplémentaires sont nécessaires, le fournisseur d'assistance est prêt à consulter le **médecin** traitant et à fournir l'assistance qu'il estime être dans **votre** intérêt.

Remplacement de médicaments et de lunettes

Dans la mesure du possible, **nous** ferons exécuter une ordonnance perdue, volée ou nécessitant un renouvellement, sous réserve des lois locales. **Nous** organiserons également l'envoi de lunettes de remplacement. C'est à **vous** qu'incombent les frais d'envoi de médicaments, de lunettes, de renouvellement d'ordonnance, etc. Le renouvellement peut nécessiter une visite à un **médecin** local. **Vous** devez être prêt à fournir au fournisseur d'assistance une copie de **votre** ordonnance

Interprétation / Traduction

Nous vous aiderons à obtenir une interprétation par téléphone dans toutes les langues principales ou **nous vous** renverrons à un service d'interprétation ou de traduction pour les documents écrits.

Relais de messages en cas d'urgence

Les messages d'**urgence** peuvent être relayés vers et depuis les amis, la famille, le **médecin** personnel et l'employeur.

Télémédecine

Nous offrons un accès 24 heures sur 24 et sept jours sur sept à notre réseau national exclusif de **médecins** à couverture croisée pour des consultations médicales par téléphone et par courrier électronique sécurisé. Les **médecins** fournissent des réponses précises aux questions médicales et des conseils concernant les **conditions médicales** courantes et non **urgentes**. Les médecins discutent des symptômes, recommandent des options de **traitement**, diagnostiquent de nombreuses conditions courantes et prescrivent des médicaments lorsque cela est approprié et autorisé par la loi. **Nos** services peuvent ne pas être offerts dans tous les pays et les services internationaux peuvent être limités.

Pas de frais médicaux à la charge de la personne assurée

Si, au cours de **votre** voyage, **vous** développez une **maladie** aiguë nécessitant un **traitement** médical, **vous** devez d'abord **nous** appeler pour obtenir le nom d'un **médecin** local qualifié faisant partie de **notre** réseau. Si un **médecin** membre du réseau est disponible, **nous** organiserons la visite médicale et garantirons le paiement au **médecin** pour une visite médicale jusqu'au montant indiqué dans le tableau des prestations. Ce service n'est disponible qu'à condition que la **maladie** aiguë soit couverte par la couverture des soins médicaux d'urgence et est assujéti à toutes les restrictions, limitations et exclusions prévues dans la **police**. **Ce service ne s'applique pas aux dépenses associées à un traitement dentaire d'urgence.**

CE POUR QUOI VOUS N'ÊTES PAS COUVERT – EXCLUSIONS :

Vous n'êtes couvert que pour les événements assurés figurant dans la section « Ce pour quoi vous êtes couvert » et dans la mesure décrite dans celle-ci. De plus, vous n'êtes pas couvert pour les situations ou les coûts suivants :

I) Conditions médicales préexistantes (applicable uniquement au régime international) :

1. une **condition médicale préexistante** qui n'était pas **stable** dans les 3 mois précédant la date d'entrée en vigueur de **votre police** si **vous** avez moins de 60 ans; et/ou
2. une **condition médicale préexistante** qui n'était pas **stable** dans les 12 mois précédant la date d'entrée en vigueur de **votre police** si **vous** avez 60 ans ou plus; et/ou
3. une maladie cardiaque, si, au cours des 3 mois précédant la date d'entrée en vigueur de **votre police**, une maladie cardiaque n'a pas été **stable**, ou **vous** avez pris n'importe quelle forme de nitroglycérine pour le soulagement de la douleur de l'angine de poitrine; et/ou
4. une affection pulmonaire, si, au cours des 3 mois précédant la date d'entrée en vigueur de **votre police**, une affection pulmonaire n'a pas été **stable**, ou **vous** aviez besoin d'un **traitement** à l'oxygène ou à la prednisone pour toute affection pulmonaire.

II) Les soins dentaires suivants :

1. les coûts de tout **traitement** dentaire permanent ou de routine;
2. tout **traitement** dentaire ou toute procédure de diagnostic planifié ou connu à l'avance;
3. un **traitement** qui, de l'avis de notre **médecin-conseil**, peut raisonnablement être retardé jusqu'à votre retour dans **votre pays d'origine**;
4. tout **traitement** dentaire ou toute procédure de diagnostic qui ne sont pas destinés exclusivement au soulagement immédiat de la douleur ou de l'inconfort, ou au soulagement de difficultés à manger;
5. l'usure normale des dents ou d'une prothèse;
6. les dommages à une prothèse;

7. un *traitement* dentaire impliquant la pose de prothèses ou l'utilisation de métaux précieux.

III) Autre

1. Toute *condition médicale* pour laquelle, avant la date de votre départ, vous ne remplissiez pas toutes les conditions d'admissibilité.
2. Les dépenses qui dépassent un maximum de 25 000 \$ CA si vous n'êtes pas couvert par un régime public d'assurance-maladie valide pour toute la durée de votre voyage.
3. Les dépenses couvertes qui dépassent les *frais raisonnables et habituels* lorsque l'*urgence* médicale se produit.
4. Les dépenses couvertes qui dépassent 75 % du coût que nous devrions normalement payer au titre de cette assurance, si vous ne prenez pas contact avec le Centre d'assistance au moment de l'*urgence*, à moins que votre condition médicale ne vous mette dans l'impossibilité médicale d'appeler (dans ce cas, la coassurance de 25 % ne s'applique pas).
5. Tout *traitement* qui n'est pas pour une *urgence*.
6. Tout *traitement* non *urgent*, expérimental ou facultatif comme la chirurgie esthétique, les soins chroniques, la réadaptation, y compris les frais liés aux complications directement ou indirectement associées au *traitement*.
7. Le *traitement* continu d'une *condition médicale* ou d'une condition connexe, après un *traitement d'urgence* pendant votre voyage, si notre médecin détermine que votre *urgence* est terminée.
8. Une *condition médicale* :
 - dont vous saviez ou pour laquelle il est raisonnable de penser ou de s'attendre à ce qu'un *traitement* soit nécessaire au cours de votre voyage;
 - pour lequel une investigation ou un *traitement* futur était prévu avant que vous ne quittiez votre domicile;
 - qui a provoqué des symptômes qui auraient incité une personne normalement prudente à rechercher un *traitement* dans les 3 mois précédant la date d'entrée en vigueur de votre police;
 - pour laquelle votre médecin vous avait conseillé de ne pas voyager.
9. Tout voyage effectué dans le but d'obtenir un diagnostic, un *traitement*, une intervention chirurgicale, une investigation, des soins palliatifs ou toute autre thérapie parallèle, ainsi que toute complication directement ou indirectement liée.
10. Pour les prolongations de *police* : toute *condition médicale* qui est apparue pour la première fois, a été diagnostiquée ou a nécessité un *traitement* après la date de départ et avant la date d'entrée en vigueur de la prolongation de l'assurance.
11. Une *urgence* résultant d'un *accident* survenu pendant que vous participez à :
 - tout sport, toute plongée en apnée ou toute plongée sous-marine lorsque ce sport, cette plongée en apnée ou cette plongée sous-marine constitue votre principale activité rémunérée;
 - tout sport ou toute activité indiqués ci-dessous :
 - toute forme de saut extrême (c'est-à-dire le vol en combinaison ailée);
 - le deltaplane;
 - l'escalade;
 - l'alpinisme qui implique l'ascension ou la descente d'une montagne nécessitant l'utilisation d'un équipement spécialisé, notamment des crampons, des piolets, des ancrs, des boulons, des mousquetons et de l'équipement d'ancrage en tête ou en moulinette;
 - toute compétition, épreuve de vitesse ou autre activité à haut risque impliquant l'utilisation d'un véhicule à moteur sur terre, sur l'eau ou dans les airs, y compris les activités d'entraînement, que ce soit sur des pistes homologuées ou ailleurs.
12. Vos blessures auto-infligées, à moins qu'une preuve médicale n'établisse que ces blessures sont liées à une *maladie* mentale.
13. Toute *réclamation* résultant de ou liée à la commission ou à la tentative de commission par vous d'un acte

14. Toute *condition médicale* qui découle du fait que *vous* n'avez pas suivi le *traitement* qui *vous* a été prescrit, y compris les médicaments sur ordonnance.
15. Toute *condition médicale*, y compris les symptômes de sevrage, découlant de, ou de quelque façon que ce soit liée à, *vos* consommation chronique d'alcool, de drogues ou d'autres substances intoxicantes, que ce soit avant ou pendant *vos* voyage.
16. Toute *condition médicale* qui survient durant *vos* voyage en raison de, ou de quelque façon que ce soit liée à, l'abus d'alcool, de drogues ou d'autres substances intoxicantes.
17. Toute perte découlant de *vos* trouble mental ou émotionnel mineur.
18. Les soins prénatals ou postnatals de routine.
19. La grossesse, l'accouchement ou des complications de l'un ou l'autre, survenant 9 semaines avant la date prévue de l'accouchement ou 9 semaines après.
20. La naissance de *vos* enfant pendant le *voyage*.
21. Pour les *enfants* assurés âgés de moins de 2 ans : toute *condition médicale* associée à une anomalie congénitale.
22. Tout *traitement*, tout service ou toute fourniture non nécessaire d'un point de vue médical, ou une procédure médicale ou un test quelconque (y compris, mais sans s'y limiter, l'IRM, la CPRM, la tomodensitométrie, l'angiographie par tomodensitométrie, les tests de stress nucléaire, l'angiographie ou le cathétérisme cardiaque) non autorisé à l'avance par le Centre d'assistance. Toute intervention chirurgicale doit être autorisée par le Centre d'assistance avant d'être pratiquée, sauf dans des circonstances extrêmes où l'intervention est pratiquée de façon *urgente*.
23. Tout autre *traitement* médical si *notre médecin-conseil* estime que *vous* devriez être transféré dans un autre établissement ou retourner dans *vos* province ou territoire de résidence pour y recevoir un traitement, et que *vous* choisissiez de ne pas le faire.
24. Toute prestation devant faire l'objet d'une autorisation ou d'un arrangement préalable par le Centre d'assistance lorsque celui-ci n'a pas donné d'autorisation ou n'a pas pris d'arrangement pour le versement de cette prestation.
25. Un acte de guerre ou un *acte terroriste*. Une couverture limitée s'applique à l'égard d'un *acte terroriste* comme décrit dans la disposition de la couverture contre les *actes terroristes*.
26. Tout *acte terroriste* ou toute *condition médicale* dont *vous* souffrez ou que *vous* contractez lorsqu'un avertissement aux voyageurs officiel avait été émis par le gouvernement canadien avertissant les résidents canadiens d'« éviter tout voyage non essentiel » ou d'« éviter tout voyage » dans le pays, la région ou la ville de *vos* destination, avant la date d'entrée en vigueur de *vos* police. Pour consulter les avertissements aux voyageurs, visitez le site Voyage du gouvernement du Canada. Cette exclusion ne s'applique pas aux *réclamations* découlant d'une *urgence* ou d'une *condition médicale* qui n'est pas liée à l'*avertissement aux voyageurs*.
27. Les dépenses engagées lorsqu'il y avait un *avis aux voyageurs* applicable avant *vos* départ.

DOCUMENTS ET RENSEIGNEMENTS REQUIS POUR PRÉSENTER UNE *RÉCLAMATION* :

Si *vous* présentez une *réclamation* pour des soins médicaux d'*urgence*, *nous* aurons besoin des documents suivants :

- a) Les reçus détaillés originaux pour toutes les factures;
- b) Une preuve de paiement par *vous* et par tout autre régime d'assurance ou de prestations;
- c) Les dossiers médicaux, y compris le diagnostic complet par le *médecin* traitant ou les documents de *l'hôpital*, qui doivent appuyer que le *traitement* était :
 1. approprié et conforme au diagnostic et ne pouvait pas être omis sans nuire à *vos* état et à la qualité des soins médicaux;
 2. ne peut pas être retardé jusqu'à *vos* retour à *domicile*;

- d) La preuve de l'**accident** si **vous** présentez une **demande d'indemnisation** de frais dentaires résultant d'un **accident**;
- e) Une preuve de voyage (comprenant la **date de départ** et la date de retour); et
- f) **Vos** antécédents médicaux (si **nous** estimons qu'ils sont applicables).

Europ Assistance, le logo d'Europ Assistance avec le slogan : « you live, we care » sont des marques de commerce d'Europ Assistance Holding et sont utilisées par elle, ainsi que par ses sociétés affiliées sous licence.

Tableau des prestations

Les montants indiqués ci-dessous s'entendent sous réserve de l'application d'éventuelles exclusions et des conditions décrites dans les modalités générales et particulières.

PRESTATIONS	LIMITES (\$ CA)
COUVERTURE D'ANNULATION DE VOYAGE	Jusqu'à concurrence du coût total du voyage
COUVERTURE D'INTERRUPTION DE VOYAGE	Jusqu'à concurrence de 100 % du coût total du voyage
Couverture pour départ manqué	250 \$/jour, jusqu'à 1 500 \$
Couverture pour départ retardé	250 \$/jour, jusqu'à 1 500 \$
COUVERTURE POUR SOINS MÉDICAUX D'URGENCE	5 000 000 \$ pour le régime international de VRBO
	25 000 \$ pour le régime national de VRBO
	Aucune couverture pour le régime non médical
Limite des dépenses dentaires d'urgence	1 000 \$
Dépenses médicales à l'étranger engagées pendant le voyage	Limite globale pour les soins médicaux d'urgence
L'admission à l'hôpital en raison d'une <i>maladie</i> ou d'un <i>accident</i> pendant le voyage	Limite globale pour les soins médicaux d'urgence
Transfert vers un hôpital près de votre domicile	Limite globale pour les soins médicaux d'urgence
Admission à un hôpital à l'étranger pendant plus de 7 jours sans la présence d'un <i>membre de la famille</i> à vos côtés	Voyage aller-retour en classe économique jusqu'à 3 000 \$ + 250 \$/jour jusqu'à 1 500 \$ pour les dépenses
Soins à une personne handicapée ou à vos <i>enfants</i> de moins de 14 ans voyageant avec vous	250 \$/jour, jusqu'à 1 500 \$
Prolongation du voyage dans un hôtel à la suite d'une <i>maladie</i> ou d'un <i>accident</i>	250 \$/jour, jusqu'à 1 500 \$
Frais de rapatriement et d'obsèques en cas de décès d'une <i>personne assurée</i> au cours du voyage	10 000 \$
Retour anticipé d'un <i>compagnon de voyage</i>	Billet aller-retour en classe économique
Recommandation médicale	Services d'assistance
Remplacement de médicaments et de lunettes	Services d'assistance
Interprétation / Traduction	Services d'assistance
Relais de messages en cas d' <i>urgence</i>	Services d'assistance
Télé médecine	Services d'assistance

FIN de la police d'assurance

Avis de confidentialité

Le présent avis de confidentialité explique comment, et à quelles fins, nous, Europ Assistance S.A. succursale canadienne (opérant sous le nom de « Europ Assistance Canada ») et nos fournisseurs de services et sociétés affiliées, selon le cas, recueillons, utilisons et divulguons vos renseignements personnels. Veuillez le lire attentivement. Nous pouvons modifier et mettre à jour le présent avis de confidentialité de temps à autre. La version la plus récente sera publiée sur notre site Web à l'adresse www.europ-assistance.ca.

Le présent avis de confidentialité s'applique aux renseignements personnels de nos clients ou clients potentiels auprès desquels nous recueillons des renseignements personnels, que ce soit directement ou indirectement. Il ne s'applique pas aux renseignements sur nos employés ou aux renseignements qui ne sont pas des renseignements personnels.

Quelle personne morale utilisera vos renseignements personnels?

Votre assureur Europ Assistance Canada recueillera, utilisera et divulguera vos renseignements personnels dans le cadre de ses activités au Canada. Europ Assistance Canada et ses sociétés affiliées, qui fournit des services d'assistance d'urgence et de gestion des réclamations liées à votre assurance voyage, recueillera, utilisera et divulguera également vos renseignements personnels.

Comment recueillons-nous, utilisons-nous et divulguons-nous vos renseignements personnels?

Nous recueillons, utilisons et divulguons vos renseignements personnels à des fins d'assurance, notamment :

- Afin d'exécuter et de respecter votre contrat, nous recueillons, utilisons et divulguons vos renseignements personnels pour :
 - souscrire des assurances et gérer les risques qui y sont liés,
 - effectuer des vérifications de l'admissibilité,
 - vous fournir un devis d'assurance,
 - traiter vos paiements,
 - administrer votre police d'assurance,
 - vous fournir des services d'assurance voyage,
 - enquêter sur vos réclamations au titre de l'assurance voyage et les administrer,
 - répondre à vos questions et à vos plaintes.
- Pour satisfaire nos intérêts légitimes, nous pouvons également recueillir, utiliser et divulguer vos renseignements personnels pour :
 - effectuer des activités de prévention et de gestion de la fraude,
 - mener et gérer des sondages et des contrôles de satisfaction de la clientèle,
 - améliorer continuellement nos produits et la façon dont ils sont mis en place et offerts,
 - améliorer constamment l'efficacité et la rapidité de notre système de gestion des réclamations (par exemple, effectuer des analyses, améliorer l'expérience de l'utilisateur,

déboguer et mener des recherches, fournir un service à la clientèle et de la formation).

- Pour nous acquitter de nos obligations légales, nous pouvons également recueillir, utiliser et divulguer vos renseignements personnels pour :
 - lutter contre le blanchiment d'argent,
 - lutter contre le financement du terrorisme,
 - respecter les sanctions économiques et financières canadiennes et internationales,
 - respecter les autres lois qui s'appliquent à nous.

Pourquoi avons-nous besoin de vos renseignements personnels?

Nous avons besoin de vos renseignements personnels pour vous fournir des services d'assurance voyage. Si vous choisissez de ne pas nous fournir de renseignements personnels, nous ne serons pas en mesure d'exécuter le contrat et de vous fournir les services d'assurance voyage appropriés.

Quels renseignements personnels recueillons-nous?

Nous ne recueillons que les renseignements personnels qui sont strictement nécessaires pour les fins susmentionnées. En particulier, nous recueillerons :

- votre nom, vos coordonnées, votre date de naissance et vos documents d'identité (par exemple, votre passeport),
- vos renseignements bancaires ou de paiement,
- vos renseignements médicaux et de santé, s'il y a lieu,
- les renseignements relatifs à votre voyage, y compris des renseignements concernant les autres personnes qui voyagent avec vous,
- les renseignements contenus dans tout document que vous nous fournissez pour traiter

vos réclamations ou votre plainte. Les renseignements personnels ne comprennent pas les coordonnées professionnelles d'un employé d'une organisation lorsque ces renseignements sont utilisés pour communiquer avec l'employé au sujet de son emploi, ni les renseignements agrégés qui sont rendus anonymes de sorte qu'ils ne peuvent pas être associés à une personne précise.

Recueillons-nous des renseignements personnels sans consentement?

Nous ne recueillerons, n'utiliserons et ne divulguerons vos renseignements personnels qu'avec votre consentement, sauf disposition contraire de la loi.

Votre consentement peut être explicite ou, dans certaines conditions, implicite (par exemple, si vous demandez un service et que vous fournissez ensuite les renseignements personnels nécessaires à ce service). Pour déterminer la forme de consentement appropriée, nous tiendrons compte de la sensibilité des renseignements personnels et de vos attentes raisonnables. Lors de la collecte de renseignements sensibles, comme des renseignements sur la santé, nous vous demanderons votre consentement explicite. Votre consentement peut nous être fourni directement par vous, ou être donné par un représentant autorisé agissant en votre nom ou à un tiers agissant en notre nom, pour que nous le recevions.

Recueillons-nous des renseignements personnels à votre sujet auprès de tiers?

Dans la plupart des cas, nous recueillons des renseignements personnels directement auprès de vous. Toutefois, nous pouvons également recueillir des renseignements personnels auprès d'autres

organisations et personnes qui détiennent des renseignements sur vous, notamment des médecins autorisés, des professionnels de la médecine, des cliniques hospitalières ou d'autres établissements médicaux ou liés à la médecine, d'autres compagnies d'assurance, des régimes publics d'assurance-maladie, vos compagnons de voyage, des agents/courtiers d'assurance, votre fournisseur de services de voyage et nos fournisseurs de services..

Nous pouvons également recueillir des renseignements personnels sur d'autres personnes qui voyagent avec vous. En nous fournissant des renseignements sur les personnes qui voyagent avec vous, vous confirmez que vous avez le consentement de ces autres personnes pour la collecte, l'utilisation et la divulgation de leurs renseignements personnels comme indiqué dans le présent avis de confidentialité.

À qui transmettons-nous vos renseignements personnels?

Nous pouvons transmettre vos renseignements personnels avec d'autres filiales d'Europ Assistance et du Groupe Generali et des organisations externes telles que nos auditeurs, réassureurs, coassureurs, gestionnaires de réclamations, agents et distributeurs qui doivent de temps à autre fournir les services couverts par votre police, et d'autres organisations qui effectuent des activités techniques, organisationnelles et opérationnelles à l'appui de l'assurance.

Nous pouvons également divulguer vos renseignements personnels dans le cadre d'une transaction commerciale réelle ou potentielle, y compris une vente d'Europ Assistance S.A. ou une réorganisation d'entreprise, à condition que les renseignements personnels que nous divulguons ne puissent être utilisés par l'autre partie que pour évaluer la transaction possible ou, une fois la transaction réalisée, aux fins énoncées dans le présent avis de confidentialité.

Nous pouvons également partager certains renseignements pertinents concernant votre plainte (par exemple, le statut de la plainte, le type, la raison) avec votre fournisseur de services de voyage dans la mesure où ces renseignements sont nécessaires pour exécuter correctement le contrat que le fournisseur de services de voyage a conclu avec vous.

Comment protégeons-nous vos renseignements personnels?

Nous avons des pratiques internes qui régissent la collecte, l'utilisation, la divulgation, la protection, la conservation et la destruction des renseignements personnels.

Les renseignements personnels consignés sur des documents papier sont conservés en toute sécurité dans nos bureaux au Canada ou dans des installations de stockage sécurisées hors site au Canada. Les renseignements enregistrés électroniquement sont stockés sur des systèmes informatiques gérés par nous, nos affiliés et nos fournisseurs de services. Vos renseignements personnels peuvent être divulgués en dehors de votre province de résidence, peuvent être traités et stockés dans des pays autres que le Canada et peuvent être assujettis aux lois de ces pays. Par exemple, les renseignements personnels traités ou stockés à l'extérieur du Canada peuvent être accessibles aux gouvernements, aux tribunaux, aux organismes d'application de la loi ou aux organismes de réglementation de ces pays en vertu de leurs lois locales.

Nous établirons un fichier à partir duquel vos renseignements personnels seront utilisés pour vous fournir des services d'assurance voyage et traiter les demandes d'indemnisation. Nous protégerons vos renseignements personnels contre des risques tels que la perte ou le vol, l'accès non autorisé, la divulgation, la copie, l'utilisation, la modification ou la destruction par des mesures de sécurité

adaptées à la sensibilité des renseignements. Ces contrôles comprennent des mesures de protection physiques, technologiques et organisationnelles. Seuls nos employés et nos sous- traitants qui ont besoin d'accéder à ces renseignements pour exercer leurs fonctions sont autorisés à accéder à vos renseignements personnels, et ils sont tenus de protéger la confidentialité des renseignements personnels et de se conformer à toutes les lois applicables en matière de protection de la vie privée. Les contrats que nous avons conclus avec nos fournisseurs de services exigent que ceux-ci préservent la confidentialité et la sécurité de tous les renseignements personnels et qu'ils appliquent des politiques de protection de la vie privée et des normes de sécurité comparables aux nôtres en ce qui concerne les renseignements personnels.

Quels sont vos droits en ce qui concerne vos renseignements personnels?

Vous pouvez exercer les droits suivants concernant vos renseignements personnels :

Accès – Vous pouvez demander accès à vos renseignements personnels. Cela inclut le droit d'être informé de la source de tout renseignement personnel vous concernant que nous recueillons auprès de tiers.

Correction – Vous pouvez vous demander de corriger les renseignements personnels qui sont inexacts ou incomplets.

Retrait du consentement – Vous pouvez demander à retirer votre consentement à tout moment pour la collecte, l'utilisation ou la divulgation de vos renseignements personnels pour lesquels vous avez précédemment donné votre consentement en nous donnant un préavis raisonnable, sous réserve de certaines exceptions. Si vous retirez votre consentement, nous pouvons être dans l'impossibilité de continuer à vous fournir des services d'assurance. Vous pouvez prendre contact avec nous pour obtenir de plus amples renseignements sur les conséquences du retrait du consentement.

Vous pouvez exercer les droits en prenant contact avec notre agent de protection de la vie privée à : respectconfidentialite@europ-assistance.ca.

Sous réserve d'une preuve satisfaisante de votre identité, vous recevrez un accès approprié à vos renseignements personnels. Dans certaines situations, il se peut que nous ne soyons pas légalement autorisés à donner accès à tous vos renseignements personnels. Par exemple, nous ne pouvons pas donner accès à des renseignements personnels concernant d'autres personnes ou à des renseignements personnels protégés par un privilège juridique. Si nous refusons votre demande d'accès à vos renseignements personnels, nous vous en donnerons la raison.

Vous pouvez exercer vos droits d'accès gratuitement. Toutefois, nous pouvons facturer des frais raisonnables pour la copie et la transmission de vos renseignements personnels. Nous vous informerons à l'avance des frais, le cas échéant.

Quels sont vos droits si nous utilisons des processus automatisés de prise de décisions?

Pour traiter votre demande et vous répondre plus rapidement, nous pouvons utiliser un système de gestion des réclamations qui numérise et analyse le contenu de votre demande et des documents qui l'accompagnent. L'évaluation de votre réclamation est donc entièrement automatisée et il n'y a pas d'intervention humaine dans le processus de décision. Sur la base de la lecture et de l'interprétation des documents justificatifs que vous avez fournis, le système de gestion des réclamations évaluera si votre demande répond aux modalités de votre police et s'il convient d'accepter ou de rejeter votre demande, en tout ou en partie.

Nous vérifions régulièrement notre système de gestion des réclamations afin de nous assurer qu'il reste équitable, efficace et exact.

Dans tous les cas, vous avez le droit d'obtenir une explication de la décision concernant votre réclamation, de la contester et de demander qu'un de nos opérateurs revoie la décision manuellement. Pour ce faire, vous pouvez envoyer un courriel à respectconfidentialite@europ-assistance.ca, comme vous pouvez toujours le faire pour le traitement manuel des demandes d'indemnisation.

Nous utiliserons également vos renseignements personnels pour améliorer constamment l'efficacité et la rapidité de notre système de gestion des réclamations. Vous avez le droit de nous demander de ne pas utiliser vos renseignements personnels à ces fins précises.

UTILISONS-NOUS VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS POUR VOUS PROPOSER D'AUTRES PRODUITS ET SERVICES?

Lorsque la loi le permet, nous pouvons utiliser les renseignements personnels que vous nous fournissez pour communiquer avec vous et vous proposer d'autres produits et services. La collecte, l'utilisation et la divulgation de vos renseignements personnels à de telles fins de marketing sont facultatives et ne constituent pas une condition pour faire des affaires avec nous. Vous pouvez retirer votre consentement à ces utilisations facultatives à tout moment en nous contactant à respectconfidentialite@europ-assistance.ca.

Nous ne vendons pas, n'échangeons pas et ne divulguons pas nos listes de clients à des fins de marketing.

Pendant combien de temps conservons-nous vos renseignements personnels?

Nous conservons vos renseignements personnels aussi longtemps que nécessaire aux fins énoncées ci-dessus, ou aussi longtemps que la loi l'exige. Selon les circonstances, lorsque des renseignements personnels ont été utilisés pour prendre une décision à votre sujet, nous conservons, pendant une période raisonnablement suffisante pour vous permettre d'y accéder, soit les renseignements proprement dits, soit les raisons qui ont motivé la décision.

Lorsque les renseignements personnels ne sont plus nécessaires, nous les détruisons ou les rendons anonymes. Compte tenu de l'exposition continue à d'éventuelles réclamations, certains des renseignements personnels recueillis à des fins d'assurance peuvent, le cas échéant, être conservés indéfiniment.

Qui contacter pour toute question ou plainte concernant nos pratiques en matière de protection de la vie privée?

Si vous avez des questions, des préoccupations ou des plaintes concernant nos pratiques en matière de protection de la vie privée, vous pouvez contacter notre agent de la protection de la vie privée, qui est chargé de la protection des renseignements personnels, à :

Agent de protection de la vie privée

Europ Assistance S.A. (succursale canadienne)

respectconfidentialite@europ-assistance.ca

Nous examinerons toutes les plaintes concernant nos pratiques en matière de protection de la vie

privée et nous vous informerons des résultats de l'enquête concernant votre plainte. Si une plainte est jugée justifiée, nous prendrons les mesures appropriées pour la résoudre, y compris, si nécessaire, en modifiant nos politiques et procédures.

Europ Assistance Travel Insurance

You have entered a digital space operated by
Europ Assistance S.A. Canada Branch ("Europ Assistance Canada").

The insurance product is underwritten by Europ Assistance S.A. Canada Branch ("Europ Assistance Canada") and distributed by Tour East Holidays (Canada) Inc.

If you have any questions about the insurance policy, you may speak with one of Europ Assistance Canada's licensed representatives who are available from Monday – Friday, excluding holidays, between the hours of **8:00am ET– 8:00 pm ET**.

Please call:

In Canada and Continental U.S.: 1-888-726-1548

Or by email at: service@europ-assistance.ca

In the Province of Quebec, Tour East Holidays (Canada) Inc. is licensed as an insurer and as a firm, [Registration No. 1148916290](#), in the Insurance of Persons sector.

In order to file a complaint, please consult the policy under the section titled '*Complaints Procedure*'. Alternatively, our complaint resolution process is available by following this [link](#).

Quebec Residents:

Please review the product summary and fact sheets [here](#).

The terms and conditions can be accessed [here](#).

Product Summary – VRBO Non-Medical Plan

Offering protection for your travel arrangements

Underwritten by Europ Assistance Canada Branch.

HOW TO CONTACT US

Europ Assistance Canada
Registered with Autorité des marchés financiers under client number 1-888-726-1548
Address:
PO BOX 1108 First Canadian Place RPO RPO FIRST CAN, ON
M5K 1P2
Telephone: 1-888-726-1548
Email: service@europ-assistance.ca

AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS

The Autorité des marchés financiers can provide you with information about your insurer's or your insurance distributor's obligations.
Website: lautorite.qc.ca

Product summaries are intended for residents of Quebec only.



THINGS TO NOTE

With reference to “You”

When referring to “you,” we mean the person who purchased the insurance and any other insured person, unless stated otherwise.

With reference to “Trip”

The word “trip” refers to the period beginning on the departure date and ending on the **end date** shown in your Confirmation of Insurance.

With reference to words in *italics* and **bold**

Words and expressions in italics and bold are defined at the end of the summary ([section 8. Definitions](#)). Read these definitions if you have any questions.

This is a summary

Review the sample policy (<https://www.europ-assistance.ca/policesdassurance>) for complete details.

You can get a copy from your travel agency, or on the website where you bought your insurance. You can also find the sample policy [here](#).



THINGS TO CONSIDER

Before you buy this insurance

Do you, and all the people you want to insure, meet all the eligibility requirements? If not, you may not be covered. To ensure your eligibility, read section

[1. Who can buy this insurance.](#)

Do you, or any of the people you want to insure, have a **medical condition** that is not **stable**? If so, expenses relating to the **medical condition** may not be covered.

Before you travel

Do all insured people still meet all eligibility requirements? If not, exclusions may apply. Check before you travel.

Have there been any changes in health for any insured travellers since you purchased your insurance? If so, exclusions may apply.



ADDITIONAL GUIDELINES

All amounts in this summary are shown in Canadian dollars.

All coverages are per person unless stated otherwise.

Provide full and accurate information

If you make a false statement or fail to declare certain information before or during the coverage period, we may cancel your coverage.

Don't leave without paying

You are not covered until you pay for your insurance.

Note: The insurance policy doesn't provide any temporary coverage.

1. WHO CAN BUY THIS INSURANCE

Eligibility requirements for purchasing this insurance

You can buy this insurance if you, and any person(s) you want to insure, meet all the following requirements:



- You live in Canada.
- You are covered under a government health insurance plan (such as RAMQ) for the entire trip duration.
- You are, and anyone on whose behalf you wish to purchase a policy, is 30 days and older.
- You are, and anyone on whose behalf you wish to purchase a policy, must be 84 years old and younger at the time of purchase.
- Neither you nor anyone else on whose behalf you are purchasing the policy has been advised by a physician not to travel.
- Neither you nor anyone else on whose behalf *you* are purchasing the policy is travelling or going on your trip to receive treatment or alternative therapy of any kind.
- The maximum duration of your trip must not exceed 180 days.



If you don't meet the eligibility requirements, you cannot purchase the insurance

- You will not be covered; or
- The insurance will be cancelled; or
- Your claim will not be paid.

2. WHO IS INSURED AND HOW WE CALCULATE YOUR INSURANCE COST



You

You are insured if:

- You meet all the eligibility requirements.
- You paid for the insurance.

Your insurance costs are based on the following criteria:



- The age of each traveller
- The length of the trip – how long are you travelling?
- The amount of coverage you choose – the cost of your trip that you choose to insure
- Single or family coverage – travelling alone or with family?

The cost includes premium tax and the cost of any administration by us.

Other fees and costs

The insurance is sold within Canada, only by authorized Europ Assistance distributors. The sale is subject to applicable federal and provincial/territorial sales taxes. We charge a single, fixed amount and there are no other fees or expenses related to the cost of the insurance. The insurance product is not renewable.

3. THE LENGTH OF YOUR INSURANCE DEPENDS ON YOUR TRAVEL DATES

Maximum trip duration

The maximum trip duration this policy will cover including any extensions is 180 days if authorized by your government health insurance provider (RAMQ). Your insurance applies WORLDWIDE if you purchase the international plan or only in CANADA if you purchase a domestic plan.



Warning: Exclusions may apply if the Government of Canada issues an advisory against travel to a certain region or country.
Important: Emergency Medical coverage applies only outside your province or territory of residence.

4. ADDITIONAL SERVICES

Anywhere in the world

- You have phone access to a physician to assess your symptoms.
- You have access to a network of physicians who make house call visits.

5. SUMMARY OF COVERAGES

TRIP CANCELLATION & TRIP INTERRUPTION

In this section, we outline some details about the Trip Cancellation and Trip Interruption coverage. Read “WHAT YOU ARE COVERED FOR” in the [sample policy](#) for a full list of insurance benefits, including:

- What is covered when cancelling or interrupting your trip
- The limits to the amounts we will pay
- The expenses we do not cover

TRIP CANCELLATION

Trip Cancellation coverage is available before you leave on your trip and covers up to the amount that you select and purchase for the value of your trip. To have full coverage under Trip Cancellation, you should purchase coverage for the full value of your trip.

Covered maximum: The amount of insurance coverage you purchase for your policy.

Covered expenses for Trip Cancellation

This is an overview of covered expenses. For full details, read “WHAT YOU ARE COVERED FOR” in the [sample policy](#).

- | | |
|---------------------------------------|------|
| • Cancellation and/or amendment fees | 100% |
| • Non-refundable portion of your trip | 100% |

TRIP INTERRUPTION

Trip Interruption coverage is available if your trip is interrupted, delayed, a connection is missed, or you experience a travel disruption. If you must return to your departure point or go directly to your next destination, we pay certain non-refundable expenses for the portion of the trip you were unable to take. Some events may also apply to your **travel companion**.

Covered expenses for Trip Interruption

This is an overview of covered expenses and applicable limits. For full details read “WHAT YOU ARE COVERED FOR” section of the [sample policy](#).

- | | |
|---|------|
| • Any unused portion of your trip that is non-refundable and non-transferable to another travel date, or the extra cost of your same-class airfare to the next destination on your trip | 100% |
|---|------|

Important: We don't pay for the return ticket you purchased, but we cover the extra cost of your airfare to return to your departure point.

- | | |
|--|---|
| • Expenses in the case of death while travelling | Sample policy lists services and maximums |
|--|---|

MISSED AND DELAY DEPARTURES/CONNECTIONS

Missed and Delayed Departures/Connections provides coverage if your trip is disrupted by missed connections, delays, schedule changes, and all other unexpected events that are beyond your reasonable control. We pay for certain expenses when your travel arrangements included enough connection time based on your travel supplier's guidelines.

Covered expenses

This is an overview of covered expenses. For full details, read "WHAT YOU ARE COVERED FOR" in the [sample policy](#).

- Charges for incidentals, such as overnight accommodations, meals, phone calls, etc. until you reach your next destination \$250 per day to a maximum of \$1,500

Important: We will pay a combined maximum of \$1,500 per insured

Exclusions for Trip Cancellation, Trip Interruption & Missed and Delayed Departures/Connections

We do not cover expenses related to the items outlined in this section. For a full list of exclusions, read "WHAT YOU ARE NOT COVERED FOR" in the [sample policy](#).

- Events that you should have known may arise
- Pre-existing medical conditions**
- Professional sports
- High risk sport activities

6. HOW TO MAKE A CLAIM



You can submit your claim online at [E – Claims Portal](#)

For faster and easier submissions, have all your documents available in electronic format, such as PDF or JPEG/JPG.



You can also write to us at:

Europ Assistance Canada

PO BOX 1108

First Canadian Place RPO RPO FIRST CAN, ON, M5K 1P2



90 days to make your claim

You must send us written proof of your claim within 90 calendar days of an event.



We will notify within 30 days if your claim is approved

We notify you of our decision within 30 days after receiving your claim and all supporting documents. If we decline your claim, we explain our reasons to you in writing.

YOUR LEGAL RIGHTS IF YOU DISAGREE WITH OUR DECISION OR WANT TO FILE A COMPLAINT

- You can ask us to reconsider your claim.
You can contact Customer Service, and, if you are still not satisfied, the Europ Assistance Ombuds Office. For more information:
- You can contact the Autorité des marchés financiers.
The Autorité des marchés financiers reviews your file and can help us find a solution together, such as offering dispute resolution services.
For more information: <https://lautorite.qc.ca/en/general-public/assistance-and-complaints>
- You can contact the OmbudService for Life and Health Insurance. For more information: <https://olhi.ca/>
- You can contest our decision in court.
Your legal action must be taken within the 3-year time frame prescribed by the Civil Code (prescription period). We recommend that you seek legal advice for information on your rights and the appeal process.

7. YOUR RIGHT TO RESCIND AN INSURANCE CONTRACT

Within 15 days after purchasing your insurance: Full refund

You are eligible for cancellation only if you have not left on your trip. If you want to cancel your insurance contract, you must complete a Notice of Rescission of an Insurance Contract. You can get a copy of this document from your distributor or online at: <http://www.europ-assistance.ca/avisderesolutionduncontratdassurance>

Your travel booking and any other contract you enter with your travel agency remains in effect.

Important: No refund in other cases.

8. DEFINITIONS

Child/Children

Your unmarried biological, adopted or stepchild, living in the same residence as you, for whom you have legal custody and/or control and is financially dependent on you and travelling with you or joins you during your trip and is either:

- i. Under 18 years of age;
- ii. Under 26 years of age if a full-time student; or
- iii. Your **child** of any age who is mentally or physically disabled. In addition, any **child(ren)** must be older than 30 days of age.

Departure Date

The date, as shown in your Confirmation of Insurance, on which you are originally scheduled to begin your trip.

End Date

The date, as shown in your Confirmation of Insurance, on which you are originally scheduled to return from your trip.

Medical Condition

Any disease, illness, or injury (including symptoms of undiagnosed conditions).

Pre-existing Medical Condition

Any **medical condition** that exists before the policyholder purchased the policy.

Stable

A **medical condition** is **stable** when all the following statements are true:

- There has not been any new **treatment** prescribed or recommended, or change(s) to existing **treatment** (including a stoppage in **treatment**), and
- There has not been any change in medication, or any recommendation or starting of a new prescription drug, and
- The **medical condition** has not become worse, and
- There have not been any new, more frequent or more severe symptoms, and
- There has been no hospitalization or referral to a specialist, and
- There have not been any tests, investigation or **treatment** recommended, but not yet complete, nor any outstanding test results, and There is no planned or pending **treatment**.

All these conditions must be met for a **medical condition** to be considered **stable**.

Travel companion

Any person other than an insured that has booked to travel with you on your trip.

Treatment

A procedure prescribed, performed, or recommended by a physician or registered nurse for a **medical condition**. This includes, but is not limited to, prescribed medication, investigative testing, and surgery.

The purpose of this fact sheet is to inform you of your rights.
It does not relieve the insurer or the distributor of their obligations to you.

LET'S TALK INSURANCE!

Name of distributor: _____

Name of insurer: _____

Name of insurance product: _____



IT'S YOUR CHOICE

You are never required to purchase insurance:

- that is offered by your distributor;
- from a person who is assigned to you; or
- to obtain a better interest rate or any other benefit.

Even if you are required to be insured, **you do not have to** purchase the insurance that is being offered. **You can choose** your insurance product and your insurer.



HOW TO CHOOSE

To choose the insurance product that's right for you, we recommend that you read the summary that describes the insurance product and that must be provided to you.



DISTRIBUTOR REMUNERATION

A portion of the amount you pay for the insurance will be paid to the distributor as remuneration.

The distributor **must** tell you when the remuneration exceeds 30% of that amount.



RIGHT TO CANCEL

The Act allows you to rescind an insurance contract, **at no cost**, within 10 days after the purchase of your insurance. However, the insurer may grant you a longer period of time. After that time, fees may apply if you cancel the insurance. **Ask** your distributor about the period of time granted to cancel it **at no cost**.

If the cost of the insurance is added to the financing amount and you cancel the insurance, your monthly financing payments might not change. Instead, the refund could be used **to shorten the financing period**. **Ask your distributor for details**.

The Autorité des marchés financiers can provide you with unbiased, objective information.
Visit www.lautorite.qc.ca or call the AMF at 1-877-525-0337.

Reserved for use by the insurer:

VRBO Travel Insurance: International, Domestic and Non-Medical Plans

This *policy* is underwritten by Europ Assistance S.A. Canada Branch

This *policy* contains clauses which may limit the amounts payable.

Statement Required by Applicable Provincial Insurance Legislation:

This *policy* contains a provision removing or restricting the right of the *insured* to designate persons to whom or for whose benefit insurance money is to be payable.

Statement from the Canadian Life & Health Insurance Association (“CLHIA”)

IMPORTANT NOTICE - READ THIS *POLICY* CAREFULLY BEFORE *YOU* TRAVEL

You have purchased a travel insurance ***policy*** – what’s next? ***We*** want ***you*** to understand (and it is in ***your*** best interests to know) what ***your policy*** includes, what it excludes, and what is limited (payable but with limits). Please take time to read through ***your policy*** before ***you*** travel. Bolded and italicized terms are defined in ***your policy***.

- Travel insurance covers claims arising from sudden and unexpected situations (i.e.: ***accidents*** and ***emergencies***) and typically not follow-up or recurrent care.
- To qualify for this insurance, ***you*** must meet all of the eligibility requirements.
- This insurance contains limitations and exclusions (e.g.: ***medical conditions*** that are not ***stable***, pregnancy, ***child*** born on ***trip***, excessive use of alcohol, high risk activities).
- This insurance may not cover claims related to ***pre-existing medical condition***, whether disclosed or not at time of ***policy*** purchase.
- Contact ***our*** Assistance Centre before seeking ***treatment*** or ***your*** benefits may be limited or denied.
- In the ***event*** of a claim ***your*** prior medical history may be reviewed.

IT IS *YOUR* RESPONSIBILITY TO UNDERSTAND *YOUR* COVERAGE. IF *YOU* HAVE QUESTIONS,

CALL 1-888-726-1548

Table of Contents

TABLE OF CONTENTS	2
CONTACT INFORMATION	3
INTRODUCTION	4
DEFINITIONS	6
GENERAL TERMS AND CONDITIONS – ALL PLANS	12
PARTICULAR TERMS AND CONDITIONS – ALL PLANS	16
TRIP CANCELLATION COVERAGE	16
TRIP INTERRUPTION COVERAGE	20
EMERGENCY MEDICAL COVERAGE	25
TABLE OF BENEFITS	32
PRIVACY NOTICE	34

Contact Information

FOR A CLAIM

If **you** wish to submit a **claim** to **us**, **you** can go to our easy-to-use **website**:

<https://vrbo-travel-ca.eclaims.europ-assistance.com>

You can also write **us** at the following address:

Europ Assistance Canada

PO Box 1108

First Canadian Place RPO RPO FIRST CAN, ON, M5K 1P2

Or send an email to: claims@europ-assistance.ca

FOR A COMPLAINT

We strive to offer **you** the highest level of service.

However, in case of dissatisfaction **you** must first send **your** complaint by mail to the following address:

Europ Assistance Canada

PO Box 1108

First Canadian Place RPO RPO FIRST CAN, ON, M5K 1P2

Email: complaints@europ-assistance.ca

FOR ANY QUESTIONS ABOUT YOUR INSURANCE POLICY

If **you** have any questions about **your policy**, **you** can contact **us** by phone at the following number: **1-888-726-1548** from 8 am to 8 pm (**EST** time).

Or send an email to: service@europ-assistance.ca

Introduction

Dear **policyholder**,

Thank **you** for **your** trust!

We are grateful for the faith **you** have placed in Europ Assistance S.A. Canada Branch.

Please read this *policy* carefully. If *you* have any questions or need any clarification, please call, or write to *us* or *your* insurance representative and we shall be pleased to assist *you*.

This insurance does not cover everything. **You** should read this ***policy*** carefully. One reason for reading the ***policy*** carefully is that it contains important exclusions, including an exclusion for ***pre-existing medical conditions***. Details of the ***policy*** exclusions, terms, conditions, and maximum specified ***claim*** limits may be found herein.

This insurance ***policy*** is issued to the ***policyholder*** who has purchased a ***trip*** through an internet website, by email, by telephone or at the premises of a travel services distributor (including the ***travel organizer***).

This insurance is not mandatory.

FULL AND COMPLETE INFORMATION

You must be accurate and complete in ***your*** dealings with ***us*** at all times.

This ***policy*** is issued on the basis of information in ***your*** application or provided in connection with ***your*** application (including answers).

We will not pay a ***claim*** if ***you***, any person ***insured*** under this ***policy*** or anyone acting on ***your*** behalf attempts to deceive ***us*** or makes a fraudulent, false, or exaggerated statement or ***claim***.

THE INSURER

This ***policy*** is issued and underwritten by Europ Assistance S.A. Canada Branch in the course of its business in Canada. Europ Assistance S.A. Canada Branch is the provider of all assistance and ***claims*** administration services under this ***policy***. Europ Assistance S.A. Canada Branch may assign other administrative services to its affiliates, which may or may not be in Canada.

ELIGIBILITY

Only those who meet all of the following conditions may purchase the ***policy***:

- **You** are, and anyone on whose behalf **you** wish to purchase a ***policy*** is, at least 30 days old at the time of purchase;
- **You** are, and anyone on whose behalf **you** wish to purchase a ***policy***, is a ***Canadian resident*** and is ***insured*** for benefits under a provincial ***government health insurance plan*** during the entire coverage period;
- Neither **you** nor anyone else on whose behalf **you** are purchasing the ***policy*** has been advised by a ***physician*** to not travel;
- Neither **you** nor anyone else on whose behalf **you** are purchasing the ***policy*** is travelling or going on ***your trip*** to receive ***treatment*** or alternative therapy of any kind.
- For the domestic plan only, **you** must remain in Canada for the entire duration of ***your trip***.
- The maximum duration of ***your trip*** must not exceed 180 days for an international plan.
- **You** are, and anyone on whose behalf **you** wish to purchase a ***policy***, must be 69 years old and younger at the time of purchase for an international plan.
- **You** are, and anyone on whose behalf **you** wish to purchase a ***policy***, must be 84 years old and younger at the time of purchase for a non-medical or domestic plan.

Your government health insurance plan may limit the amount of time that a person may be out of the province or country and still remain eligible for provincial medical coverage. It is ***your*** responsibility to ensure ***you*** remain eligible during ***your coverage period***. Check ***your*** province or territory's health insurance plan for details.

15DAY FREE LOOK

The **Policyholder** may cancel **your policy** and receive a full refund of the premium up to 15 days from the date **you** receive **your policy** documentation, unless **you** have already departed on **your trip** or started a **claim**.

After the 15 days, or if **you** have already departed on **your trip** or started a **claim**, **you** will not be able to cancel **your policy** and **your** premium is non-refundable.

If **you** would like to cancel **your policy**, **you** can do so by contacting **VRBO**, within the 15 days period mentioned above.

If, after the 15-day period mentioned above, the **host or VRBO** cancels **your reservation** prior to **departure date**, **we** will refund the premium paid.

Other refunds may be available. Please review the Entering the Contract section of **your policy**.

Definitions

Bolded and italicized terms used in this **policy** shall have the meanings set out below.

ABROAD

Anywhere outside **your** province of residence **your home country** and the sanctioned countries specified below.

ACCIDENT

A sudden and unforeseen external **event** which causes unintentional bodily injury to any natural person.

ACCOMMODATION

Any establishment for which a **reservation** is made through **VRBO** and is used for the purpose of temporary overnight lodging for which a fee is paid, and **reservations** are required.

BREAKDOWN

Damage to or affecting the **vehicle** by virtue of normal accidental causes, therefore unavoidable and unforeseen, preventing its movement or causing its immobilization.

CANADIAN RESIDENT

A person legally authorized to reside in Canada and who maintains a permanent residence in Canada.

CAREGIVER

The permanent, full-time person entrusted with the care of **your** dependent(s) and whose absence cannot reasonably be replaced.

CHILD/CHILDREN

Your unmarried, dependent son or daughter or **your grandchild(ren)** travelling with **you** or joins **you** during **your trip** and is either:

- i. Under 21 years of age;
- ii. Under 26 years of age if a full-time student; or
- iii. **your child** of any age who is mentally or physically disabled.

In addition, any **child(ren)** must be older than 30 days of age.

CIVIL PARTNER

The live-in partner of the **insured** living under the same roof and having with the **insured** a relationship recognized by the laws of the province of residence of **your home country**.

CLAIM

A formal request for reimbursement, by **you** to Europ Assistance S.A., based on the terms of the insurance **Policy**.

CONFIRMATION OF INSURANCE

Confirmation written or electronic document provided to the **policyholder** in order to confirm the purchase of the **policy**. It includes **your** application and answers to any questions and the required premium.

DEPARTURE DATE

The date, as shown in **your Confirmation of Insurance**, on which **you** are originally scheduled to travel directly to **your accommodation reservation**. If **you** are scheduled to travel more than 48 hours before **your reservation** start date, for purposes of this **policy** the **departure date** shall mean 48 hours before **your reservation** start date.

EMERGENCY

A sudden and unforeseen **medical condition** that requires immediate **treatment**. An **emergency** no longer exists when the evidence, as reviewed by us, indicates that no further **treatment** is required at destination, or **you** are able to return to **your** province/territory of residence for further **treatment**.

END DATE

The date, as shown in **your Confirmation of Insurance**, on which **you** are originally scheduled to return from **your reservation** through a direct route to the point where the **trip** started or to an alternate planned destination. For the purpose of this **policy**, all Coverage will cease 48 hours after **your reservation** ends.

EPIDEMIC

Any sudden and unexpected large-scale manifestation of an infectious disease in a country that spreads rapidly and violently through said country, provided that the World Health Organization (WHO) has recommended cancelling any international **trips** that are not essential from or to the affected area and, in cases of influenza viruses, provided that the WHO declares at least a Stage 5 Pandemic Alert, according to its World Plan for Pandemic Influenza. The **quarantine** for the affected persons must be declared by the relevant department of health or the competent authorities of the affected country.

EVENT

Random covered incident which triggers a benefit of this insurance **policy**.

EXTENDED FAMILY MEMBER

Uncles and aunts, being the siblings of the **insured's** parents, nieces, and nephews.

GOVERNMENT HEALTH INSURANCE PLAN

Government health insurance plan means the health insurance coverage that a Canadian provincial or territorial government provides to its residents.

HOME

Your place of residence in **your home country** where the **policy** has been issued.

HOME COUNTRY

The Country where **your home** is.

HOSPITAL

An institution that is licensed as an accredited **hospital** that is staffed and operated for the care and **treatment** of inpatients and out-patients. **Treatment** must be supervised by a **Physician** and there must be registered nurses on duty 24 hours a day. Diagnostic and surgical capabilities must also exist on the premises or in facilities controlled by the establishment. A **hospital** is not an establishment used mainly as a clinic, extended or palliative care facility, rehabilitation facility, addiction treatment center, convalescent, rest or nursing **home**, **home** for the aged or health spa.

HOST

The person(s) with whom **you** have made a reservation for an **accommodation** through the **VRBO** platform.

ILLNESS

Any alteration of the health conditions, for reasons other than a bodily injury.

IMMEDIATE FAMILY MEMBER

Husband, wife or **civil partner**, fiancé(e), step-brother, step-sister, step-parent parents, parents-in-law, children (including fostered and adopted children), sons-in-law and daughters-in-law, brothers and sisters, brothers-in-law and sisters-in-law, grandparents and grandchildren of the **insured**.

INSURED / YOU / YOUR

The **policyholder** and the person(s) travelling with the **policyholder** and for whom a premium has been paid and who is specifically named in the **confirmation of insurance**.

INSURER / WE / US / OUR

Europ Assistance S.A. Canada Branch in the course of its business in Canada. Europ Assistance S.A. Canada Branch is the provider of all assistance and **claims** administration services under this **policy**. Europ Assistance S.A. Canada Branch may assign other administrative services to its affiliates, which may or may not be in Canada.

KEY EMPLOYEE

A person whose continued presence is critical to the ongoing affairs of the business during **your** absence.

MEDICAL CONDITION

Any disease, **illness**, or injury (including symptoms of undiagnosed conditions).

OUR MEDICAL OFFICER

The doctor or **physician** appointed by the **insurer** in order to ascertain health conditions of the **insured**.

PERMANENT TOTAL DISABILITY

Definitive loss of the ability for the **insured** to work in any occupations, as a consequence of a bodily injury.

PHYSICIAN

A person who is not **you** or a member of **your immediate family** or **your** traveling companion, licensed in the jurisdiction where the services are provided, to prescribe and administer medical **treatment**.

POLICY

The insurance contract, which is comprised of these **terms and conditions** document and the **confirmation of insurance**.

POLICYHOLDER

The individual who purchased the **Policy**.

POLICY START DATE

The date **you** purchase **your trip** from **VRBO** and have paid the insurance premium.

PRE-EXISTING MEDICAL CONDITION

Any **medical condition** that exists before the **policyholder** purchased the **policy**.

PROFESSIONAL PREMISES

Property owned or rented by the **insured** or a company owned by the **insured** for the purposes of his/her professional activity.

QUARANTINE

Temporary isolation of people to prevent an infectious disease from spreading.

REASONABLE AND CUSTOMARY CHARGES

Charges incurred for goods and services that are comparable to what other providers charge for similar goods and services in the same geographical area.

RESERVATION

The **accommodation you** booked with a **host** provided that the **accommodation** is at least one kilometre away from the **policyholder's home**; the purpose of the **trip** is business or pleasure and is not to obtain health care or **treatment** of any kind; does not exceed 180 days in length.

SERIOUS DAMAGE

Exceeds an amount above CAD 5,000, if it affects **your home** or **your** secondary residence, or that affects the normal conduct of the business of **your professional premises**.

SERIOUS ILLNESS

Illness diagnosed by a licensed doctor other than **you**, or a person related to **you** by blood or marriage, who is legally qualified and licensed to practice medicine or perform surgery in the location where the services are performed and, more specifically:

- when a **Serious Illness** relates to an **Insured**, it is necessary that a licensed doctor states that **you** cannot go on **your trip**
- with regard to persons other than an **insured**, it is necessary that a licensed doctor states that the person has to stay in **hospital** for **treatment** for more than 48 hours

SERIOUS INJURY

Injury suffered by **you**, **an immediate family member**, or **your travel companion** (if applicable) and, more specifically:

- when a **serious injury** relates to an **insured**, it is necessary that a licensed doctor states that **you** cannot go on **your trip**;
- with regard to persons other than an **insured**, it is necessary that a licensed doctor states that the person has to stay in **hospital** for **treatment** for more than 48 hours.

SERVICE ANIMAL

Any animal(s) that is professionally trained and certified to perform tasks for the benefit of a person with a disability. The tasks performed by a **service animal** must be directly related to the person's disability. **Service animal(s)** do not include emotional support animal(s).

SPOUSE

The live-in partner of the **insured** living under the same roof and having with the **insured** a relationship recognized by the law of the **home country**.

STABLE

A **medical condition** is considered **stable** when all the following statements are true:

- there has not been any new **treatment** prescribed or recommended, or change(s) to existing **treatment** (including a stoppage in **treatment**), and
- there has not been any change to any existing prescribed drug (including an increase, decrease, or stoppage to prescribed dosage, or any recommendation or starting of a new prescription drug), and
- the **medical condition** has not become worse or deteriorated as determined by a **physician** or other registered medical practitioner, and
- there have not been any new, more frequent, or more severe symptoms, and
- there has been no admission to a **hospital** or referral to a specialist, and
- there have not been any tests, investigation or **treatment** recommended, but not yet complete, nor any outstanding test results, and
- there is no planned or pending **treatment**.

STRIKE

The collective ceasing of work or refusal to work by a body of employees as a form of protest.

TERRORISM

An act including, but not limited to, the use of force or violence and/or the threat thereof, carried out by any person or group(s) of persons, whether acting alone or on behalf of or in connection with any organization(s) or governments, committed for political, religious, ideological or similar purposes including with the intention of influencing any government or putting the public, or any section of the public, in fear. Any act of **terrorism** must be officially regarded as such by a public authority of the place where it occurred.

THIRD-PARTY

Anyone who is not an **insured**, an **immediate family member**, or a **travel companion**.

TRAVEL ADVISORY

A **travel advisory** means:

- a. a published formal **travel advisory** has been issued by the Canadian government, before the **effective date** of **your policy**, advising travellers to avoid non-essential travel or to avoid all travel, regarding the country, region, or city that **you** are scheduled to visit.
- b. **INTERNATIONAL SANCTIONS** - The **insurer** will not provide coverage nor pay a **claim** nor provide any benefit or a service described in the **policy** if this would expose the **insurer** to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws, or regulations Canada, of the European Union, France, United Kingdom, and United States of America.

For further details please visit:

<https://www.europ-assistance.com/who-we-are-international-regulatory-information/>

- The **policy** provides a coverage in the countries included in the **trip** booked with the **travel organizer** except the following countries and territories: Iran, Syria, North Korea, Crimea, Donetsk Luhansk, Kherson and Zaporizhzhia Regions, Belarus, Russian Federation, Venezuela, Libya, Afghanistan, and Myanmar (Burma).

TRAVEL CARRIER

A company licensed to commercially transport passengers between cities or counties for a fee by land, air, or water. It does not include:

1. Rental Vehicle Companies;
2. Private or non-commercial transportation carriers;
3. Chartered transportation, except for group transportation chartered by **your** tour operator; or
4. Local public transportation

TRAVEL COMPANION

Any person other than an **insured** that has booked to travel with **you** on **your trip**.

TRAVEL ORGANIZER

The travel service provider or authorized distributor who booked **your trip**, which includes **trip** services such as, flights, train tickets, cruise, hotel **reservations**, **accommodation**, booking and/or **trip** package.

TRAVEL SUPPLIER

A licensed: tour operator and/or travel wholesaler and/or cruise line and/or companies in the business of providing commercial transportation and/or commercial **accommodation** to the public.

TREATMENT, TREAT, TREATING, TREATED

A procedure prescribed, performed, or recommended by a **physician** or registered medical practitioner for a **medical condition**. This includes but is not limited to prescribed medication, investigative testing, and surgery.

TRIP

The period of travel from **your departure date** to the **end date** as shown in **your** Confirmation of Insurance.

VRBO

VRBO group of companies, part of the **Expedia** Group inc.

General Terms and Conditions – All Plans for VRBO Travel Insurance

CAUTION

You will be covered under this *policy* only if there is no applicable *travel advisory* in place at the time *your* coverage begins.

1. ENTERING THE CONTRACT

You agreed to purchase this *policy* electronically when **you** were making *your reservation* or after *your reservation*, but before *your departure date*.

In order to be eligible for coverage under the *policy*, each of the following conditions must be met:

- the *policyholder* must have made a *reservation*;
- the *reservation* has not been cancelled by the *host* or by *VRBO*;
- the maximum duration of the *trip* is 180 days

If the *reservation* is cancelled by the *host* or by *VRBO*, the premium will be refunded to the *policyholder*.

Trips totalling over the limit are permitted. If the total of all claims is in excess of \$40,000, our total liability will be limited to \$40,000.

The *policy* is subject to the payment of the premium by the *policyholder*.

2. DURATION

DURATION OF THE *POLICY*

Subject to the payment of the premium by the *policyholder*, the *policy* starts on the *policy start date* and ends *on the end date* as shown in *your Confirmation of Insurance*. This *policy* does not renew automatically.

DURATION OF THE INSURANCE

Concerning the *Trip Cancellation* coverage, **you** are covered from **12:01 A.M. local time at your province of residence on the day after you purchased this policy** until the date *your reservation* was due to start.

For all other insurance coverages and/or services provided by this *policy*, **you** are covered for the duration of the *trip*.

3. CANCELLATION RIGHTS

The *Policyholder* may cancel *your policy* and receive a full refund of the premium up to 15 days from the date **you** receive *your policy* documentation, unless **you** have already departed on *your trip* or started a *claim*.

After the 15 days, or if **you** have already departed on *your trip* or started a *claim*, **you** will not be able to cancel *your policy* and *your* premium is non-refundable.

If **you** would like to cancel *your policy*, **you** can do so on by contacting *VRBO*, within the 15 days period mentioned above.

If, after the 15-day period mentioned above, *the host or VRBO* cancels *your Reservation* prior to check in, **we** will refund the premium paid.

Other refunds may be available. Please review the Entering the Contract section of *your policy*. **We** will refund full amounts paid within a maximum of thirty (30) calendar days from the receipt of *your* request provided that no *claim* for compensation has been made or *claim* report requested or is in the process of being reported, and that no incident likely to give rise to such *claim* occurred.

4. PREMIUM

The premium is disclosed to the **policyholder** prior to the **policy** being purchased and it includes all taxes and charges. It is collected by **VRBO**, upon delegation of the **insurer** and it is considered paid to the **insurer** at the date of purchase of the **policy**, upon collection of the premium by **VRBO**.

5. SETTLEMENT OF CLAIM

The amount of loss for which **we** may be liable shall be payable within 30 days after suitable proof of loss is received, or a settlement agreement on the **claim** has been agreed by **us**.

The payment of any indemnity owed to the **insured** shall be made in the same currency used by the **policyholder** to pay the premium.

This policy contains a provision removing or restricting the right of the insured to designate persons to whom or for whose benefit insurance money is to be payable.

6. MISREPRESENTATION OR NON-DISCLOSURE

False or incorrect statements by the **insured** may, at **our** option, render the **policy** void, and any **claims** submitted may not be payable, to the extent permitted by applicable law.

7. OBLIGATION TO MINIMIZE LOSS

The **insured** shall do everything in his/her power to avoid or minimize the harm caused by a covered **event**.

8. SUBROGATION

After incurring costs, the **insurer** shall take over all rights and **claims** that the **insured** may have against any **third parties** liable to the **insured** for the incident.

Our right of recovery is limited to the total cost incurred by **us** in performance of this **policy**.

You will reasonably cooperate with **us** for the exercise of **our** subrogation rights, should **we** decide to exercise such right.

9. OTHER INSURANCE

This is second payor coverage. **You** may have other in-force plans or contracts such as, but not limited to, **third-party** liability, auto insurance, group or individual health insurance providing **hospital**, medical or therapeutic coverage. **You** shall advise **us** if **you** have any such coverage. In this case, the amounts payable under this insurance are limited to that portion of **your** eligible expenses that are in excess of the amounts provided by those other in-force plans or contracts. Total benefits paid to **you** by all **insurers** cannot exceed **your** actual expenses. **We** will coordinate the payment of benefits with all **insurers** who provide **you** with benefits similar to those provided under this insurance.

10. APPLICABLE LAW AND JURISDICTION

The **policy**, its interpretation, or any issue relating to its construction, validity or operation and performance shall be governed by the laws of **your** Canadian province or territory of residence.

Any dispute or **claim** arising out of or in connection with the **policy**, or its subject matter or formation (including non-contractual disputes or **claims**) shall be subject to the exclusive jurisdiction of the courts of **your** Canadian province or territory of residence.

11. ASSIGNMENT

You may not assign the **policy** without **our** prior written consent.

12. TO CONTACT US FOR A CLAIM

If **you** wish to submit a **claim** to **us**, **you** can go to our easy-to-use **website**:

<https://vrbo-travel-ca.eclaims.europ-assistance.com>

You can also write **us** at the following address:

Europ Assistance Canada

PO Box 1108

First Canadian Place RPO RPO FIRST CAN, ON, M5K 1P2

Email: claims@europ-assistance.ca

13. COMPLAINTS PROCEDURE

We strive to offer **you** the highest level of service. However, in case of dissatisfaction **you** must first send **your** complaint by mail to the following address:

Europ Assistance Canada

PO Box 1108

First Canadian Place RPO RPO FIRST CAN, ON, M5K 1P2

Email: complaints@europ-assistance.ca

We will acknowledge receipt of **your** complaint within 3 business days unless **we** can directly provide an answer. **We** commit to providing a final answer within 30 days.

14. FRENCH LANGUAGE (FOR QUEBEC AND NEW BRUNSWICK RESIDENTS)

You acknowledge that **you** were provided with the French version of this **policy** and that, after first having the opportunity to examine the French version, **you** have expressly requested that this contract, as well as the documents related to it, be drafted in English exclusively.

*Vous reconnaissez qu'une version française de la présente **police** d'assurance **vous** a été remise et qu'après avoir eu la possibilité de prendre connaissance de la version française, **vous** avez expressément demandé que la présente **police** d'assurance, ainsi que tous les documents s'y rattachant, soient rédigés exclusivement en anglais.*

15. STATUTORY CONDITIONS

Despite any other provision of this **policy**, this **policy** is subject to the statutory conditions in the *Insurance Act* respecting contracts of **accident** and sickness insurance.

16. ACTION AGAINST INSURER

Every action or proceeding against an **insurer** for the recovery of insurance money payable under the **policy** is absolutely barred unless commenced within the time set out in the *Insurance Act* (for actions or proceedings governed by the laws of Alberta and British Columbia), *The Insurance Act* (for actions or proceedings governed by the laws of Manitoba), the *Limitations Act, 2002* (for actions or proceedings governed by the laws of Ontario), or other applicable legislation.

17. CURRENCY

All benefit limits and premiums paid are in Canadian funds.

18. ACT OF *TERRORISM*

Where an act of ***terrorism*** directly or indirectly causes ***you*** a loss for which benefits would otherwise be payable in accordance with the terms and conditions of this ***policy***, this insurance will provide coverage as follows:

1. for ***Emergency Medical Insurance*** and ***Trip Cancellation & Trip Interruption Insurance*** coverage, ***we*** will provide benefits to ***you*** for ***your*** eligible expenses, subject to the maximums shown in the benefits section and this provision; and
2. the benefits payable, as described directly above, are in excess to all other potential sources of recovery, including alternative or replacement travel options offered by airlines, tour operators, cruise lines and other ***travel suppliers*** and other insurance coverage and will only become available after ***you*** have exhausted all such other sources.
3. Any benefits payable pursuant to ***our Emergency Medical Insurance*** and ***Trip Cancellation & Trip Interruption Insurance*** shall be subject to an overall maximum aggregate payable limit relating to all in-force travel policies issued by ***us***, including this ***policy***. If total ***claims*** otherwise payable for a type of coverage under all travel policies issued by ***us***, resulting from one or more acts of ***terrorism*** occurring within an applicable time period, exceed this maximum aggregate payable limit, then the amount paid on each ***claim*** shall be reduced on a pro rata basis so that the total amount paid in respect of all such ***claims*** shall be the maximum aggregate payable limit.
4. Coverage is only available for up to two (2) acts of ***terrorism*** within a calendar year and the maximum aggregate payable limit for each act of ***terrorism*** is:

Type of Insurance Coverage	Maximum Aggregate for each act of <i>Terrorism</i> (CAD)
<i>Emergency Medical</i>	\$10,000,000.00
<i>Trip Cancellation & Trip Interruption</i>	\$2,500,000.00

If, in ***our*** judgment, the total of all payable ***claims*** under one or more acts of ***terrorism*** may exceed the applicable limits, ***your*** prorated ***claim*** may be paid after the end of the calendar year in which ***you*** qualify for benefits.

Exclusions applicable to this Act of ***terrorism*** Coverage provision:

1. **Notwithstanding any provision to the contrary within this *policy* or any endorsement thereto, this *policy* does not cover any liability, loss, cost or expense of whatsoever nature which is directly or indirectly caused by, resulting from, arising out of or in connection with any act of ***terrorism*** perpetrated by biological, chemical, nuclear or radioactive means, regardless of any other cause contributing concurrently or in any other sequence to the liability, loss, cost or expense.**
2. **Any location included in *your trip* that has experienced an act of ***terrorism*** in the thirty (30) calendar days before *your* coverage begins.**
3. **With respect to *trip* cancellation insurance, an act of ***terrorism*** that occurs thirty (30) calendar days or more ahead of *your* scheduled *departure date*.**

Particular Terms and Conditions – All Plans for VRBO Travel Insurance

TRIP CANCELLATION COVERAGE

WHAT YOU ARE COVERED FOR:

The object of this coverage is to reimburse **you** for the prepaid non-refundable expenses **you** incurred directly due to the cancellation of the covered **reservation** in case one of the following **insured events** occurring before the **reservation** starts, which is subject to the application of the exclusion and limits mentioned in the Table of Benefits.

You are covered from the Policy Start Date to the date your Reservation was due to start.

The **insured events** are:

Sickness, Injury, Quarantine and Death

1. **Serious Illness, Serious Injury**, or death of:
 - a. An **insured**.
 - b. An **Immediate Family member**.
 - c. An **Extended family member**.
 - d. The **caregiver**.
 - e. **Your service animal**.
 - f. The **key employee**.
 - g. A **travel companion**.
2. Death of an **extended family member**.
3. **You** or **your travel companion** are unable to be immunized or take preventative medication based on **your** or **your travel companion's** medical history that is required for entry into a country or region that is on **your** travel itinerary (provided the requirement became effective after the purchase of the travel arrangements and this insurance).
4. Sickness or injury of **your service animal**, provided that **you** are an individual with a disability (physical, psychiatric or mental disability), and travel arrangements have been made for the **service animal** to accompany **you** on **your trip**. For this benefit to apply, the travel arrangement cost for **your service animal** must be included in the covered amount **insured**.
5. **You, your spouse, your travel companion, or your travel companion's spouse** is/are **quarantined**.

Pregnancy and Adoption

6. **You, your spouse, your travel companion or your travel companion's spouse** become(s) pregnant after **you** book **your trip**, and **your departure date** falls in the 9 weeks before the expected delivery date or any time after that date.
7. **You** or **your travel companion** develop(s) any complication of pregnancy within the first thirty-one (31) weeks of pregnancy.
8. A member of **your immediate family** or **your key employee**, a member of **your travel companion's immediate family** or their **key employee** develops any complication of pregnancy within the first thirty-one (31) weeks of pregnancy.
9. **You, your spouse, your travel companion, or your travel companion's spouse** legally adopt(s) a **child** and the date of the adoption falls during **your trip**.

Employment and Education

10. **Serious Damage** to the **professional premises** of an **Insured**.

11. Involuntary termination of the **insured's** employment.

12. Commencement of employment in a new company in which an **insured** had not been engaged during the previous six months at the time when entering into the new employment contract. The multiple contracts entered into by temporary employment agencies in order to carry out tasks for other companies shall be considered as contracts for the companies in which the worker undertakes his or her activity.

13. The school where **you** attend must extend its operating session beyond its predefined school year due to unforeseeable **events** commencing during the **trip**. The school year extension dates must fall in **your trip** dates in order for this coverage to be available. Extensions due to extra-curricular or athletic **events** are not covered.

14. Being required to take an academic examination on a date that has been fixed after **your policy start date**, and the examination date falls within **your trip** dates.

Government and Legal

15. Summons of an **insured** to appear as a party, witness, jury member in court or any other public authority, provided that such summons were not issued prior to the date of purchase of the **policy**.

16. The Government of Canada issues an "Avoid Non-Essential Travel" or an "Avoid All Travel" **travel advisory**, after **you** purchase **your trip** cancellation insurance, which advises or recommends that **Canadian residents** should not visit a destination included in **your trip**.

17. An **insured** being called into active military service to provide aid or relief in the **event** of a natural disaster.

18. **Your** previously granted military leave is revoked. The leave must have been approved prior to **your policy start date**, and official written revocation notice from **your** commanding officer will be required.

Disruptions & Incidents

19. Theft of documentation which prevents an **insured** from commencing or continuing the **trip**.

20. **Breakdown** or collision to the vehicle owned by an **insured** which prevents **you** from starting the **trip**.

21. Unexpected failure of the grant of visas for an **insured** for reasons beyond the control of the **insured**.

22. Common **travel carrier** delays and/or cancellations resulting from bad weather, mechanical **breakdown** of the aircraft, ship, boat, or motor coach that **you** were scheduled to travel on that affect public transportation.

23. An **insured** being directly involved in a documented traffic collision while travelling to **your reservation**.

24. **Your** transport or a vehicle **you** are travelling in is hijacked while travelling to **your reservation**.

25. **Your host** is unable to provide **accommodation** due to a life-threatening **illness** or **accident**, or due to death. Official documentation of the **event** will be required.

26. An act of **terrorism** which occurs in **your** scheduled **trip** departure city or in a city to which **you** are scheduled to visit while on **your trip**, and which occurs within 30 days of **your** scheduled **departure date**, provided the city has not experienced an act of **terrorism** in the past 30 days prior to the start date of **your policy**.

Accommodations

27. **Your accommodation** being made inaccessible due to fire, flood, volcano, earthquake, hurricane, or other natural disaster. For the purpose of this coverage, inaccessible means **your accommodation** cannot be reached by **your** original mode of transportation, for example by plane or by road. Coverage for this **event** is subject to the specific limits set out in "What's Not Covered" below.

28. **Your accommodation** being made uninhabitable due to fire, flood, volcano, earthquake, hurricane, or other natural disaster. For the purpose of this coverage, uninhabitable means: (i) the building itself is unstable and there is a risk of collapse in whole or in part; (ii) there is exterior or structural damage allowing the intrusion of the elements, such as rain, wind, hail or flood; or (iii) immediate safety hazards have yet to be cleared, such as debris on roofs or downed electrical lines. Coverage for this **event** is subject to the specific limits set out in "What's Not Covered" below.

29. A mandatory evacuation (or public official evacuation advice in geographic areas where no mandatory evacuation orders are issued by government authorities) is ordered at the place where **your accommodation** is located due to adverse weather or natural disasters. Coverage for this **event** is subject to the specific limits set out in "What's Not Covered" below.

30. The interruption of water, electric, sewage or gas service(s) at **your** destination, for more than 24 hours due to adverse weather or natural disaster. Coverage for this **event** is subject to the specific limits set out in "What's Not Covered" below.
31. The interruption of road service for 6 hours or more due to adverse weather or natural disaster so as to prevent **you** from reaching **your accommodation**. Coverage for this **event** is subject to the specific limits set out in "What's Not Covered" below.

The liability of the **insurer** is limited to the amounts stated in the Table of Benefits.

If the **event** only applies to one **insured**, the other **insureds** are entitled to be covered for the same cancellation **event**.

WHAT YOU ARE NOT COVERED FOR - EXCLUSIONS:

With respect to medical **events** affecting **you**:

1. A **pre-existing medical condition** that was not **stable** in the 3 months before the purchase of **your policy** date if **you** are under 60 years old; and/or
2. A **pre-existing medical condition** that was not **stable** in the 12 months before the purchase date of **your policy** if **you** are 60 years and older; and/or
3. In addition to the "**stable**" requirement, we will not cover any expenses relating to:
 - a. an **insured's** heart condition if, in the 3 months before the insurance purchase date or application date as indicated on **your** confirmation, any **insured** has a heart condition(s) that has/have not been **stable**, or an **insured** has taken any form of nitro-glycerine for the relief of angina pain; and/or
 - b. an **insured's** lung condition if, in the 3 months before the insurance purchase date or application date as indicated on **your** confirmation, an **insured's** lung condition(s) has/have not been **stable** or an **insured** required **treatment** with oxygen or prednisone for any lung condition.
4. Any reason, circumstance, **event**, or **medical condition** affecting **you** or anyone, which **you** were aware of on or before the date **you** purchased this coverage, and which may eventually prevent **you** from starting and/or completing **your** covered **trip** as booked when **you** purchase this insurance coverage.
5. Any **illness** or injury derived from the consumption of alcoholic beverages (with a blood alcohol level exceeding 80 milligrams of alcohol per 100 milligrams of blood, in case of a vehicle incident) by the **insured** or the **travel companion**.
6. Consumption of narcotics, drugs, or medicine, other than those which have been prescribed by a doctor.
7. **Your** self-inflicted injuries, unless medical evidence establishes that the injuries are related to a mental health **illness**.

With respect to **events** affecting **you**

You are only covered in relation to the **insured events** enlisted in the section "What **you** are covered for" and to the extent described therein. In addition, **you** are not covered for the consequences of any of the following **events**, which are excluded from this coverage:

1. Those intentionally caused by an **insured**, or a **travel companion**.
2. The consequences of an outbreak, **epidemic** or pandemic of any contagious infectious disease or new strains, recognized by the World Health Organization (WHO) or any competent authority of **your home country** or any country planned to be visited or crossed during the **trip**. This exclusion does not apply if an **epidemic** leads to a **serious illness** or the death of an **insured**, an **immediate family member**, the person in charge of looking after the **child(ren)** or disabled adults for whom **you** are responsible during **your trip**.
3. The consequences of **quarantine** and/or measures restricting freedom of movement decided by a competent authority that could affect the **insured** or a **travel companion** before or during his **trip**.
4. Wars, demonstrations, insurrections, sabotage.
5. Any delay caused by a **strike** which began or was announced before **your policy** start date or before the **Trip** product was purchased (whichever is later).

6. Lack or impossibility of vaccination or of following the necessary medical *treatment* in order to travel to certain countries.
7. The consequences of an *accident* occurring before the *policy* was purchased, mental or emotional disorders, such as having an anxiety or panic attack or being in an emotional state or in a stressful situation. A minor mental or emotional disorder is one where *your treatment* includes only minor tranquilizers or minor anti-anxiety (anxiolytics) medication or no prescribed medication at all.
8. The participation of the *insured* in bets, challenges or fighting.
9. The practice of sports competition or motorized competitions (racing or rally).
10. The practice of one of the following dangerous sports and activities where *you* are paid or for which *you* are eligible to receive cash/prizes: boxing, weightlifting, wrestling, martial arts, mountaineering, bobsleigh, immersion with respiratory equipment, caving, ski jumps, skydiving, paragliding, flights in ULM or glider, springboard diving, scuba diving, hang-gliding, mountain-climbing, horse riding, hot-air ballooning, parachuting, fencing, defensive sports, adventure sports such as rafting, bungee, white-water (hydro speed), canoeing.
11. Consequences of the transmutation of the atomic nucleus, as well as radiation caused by the artificial acceleration of atomic particles or any irradiation from a source of energy of a radioactive nature.
12. Earthquakes, floods, eruptions volcanic and, generally, any phenomenon triggered by the forces of nature, that occurs on or before the purchase date of this *policy*.
13. The consequences resulting from the use or possession of explosives or firearms.
14. The consequences of alcoholic cirrhosis, diagnosed to the *insured* before the *policy* was purchased.
15. The existence of a *travel advisory* that was applicable prior to the purchase of the *policy*.
16. Limited coverage applies with respect to an act of *terrorism* as described in the Act of *Terrorism Coverage* provision.
17. Any losses arising from the non-performance of contractual obligations or failure to deliver services by a *travel supplier*, or if the *travel supplier* indemnifies *you*.

DOCUMENTATION AND INFORMATION REQUIRED FOR MAKING A CLAIM:

It is necessary to provide the following documents to allow the management of a *claim*:

1. Documents that illustrate the facts constituting an *insured event* under this coverage (medical report, death certificate, *hospital* documents, police report, complaints filed at police stations or similar documents).
2. A form provided by *us* to be completed by the registered medical practitioner attending the *insured* or other person receiving medical *treatment* related to the cancellation. This document shall only be necessary in cases where insufficient information on the person's *medical condition* has been provided.
3. A copy of confirmation email and/or receipts for the *VRBO reservation*.
4. A copy of documents showing the costs caused by cancelling the *reservation*, issued by *VRBO* and which give a breakdown of the amounts and items involved, as well as a copy of the general conditions of the *reservation*.
5. A copy of the document that confirms cancellation of the *reservation* issued by *VRBO*, showing the expenses suffered as a consequence of the cancellation of the *reservation*.
6. If the cancellation is due to one of the above *insured events* involving an *immediate family member* or an *extended family member*, a document that illustrates the relationship between the *insured* and the *immediate family member* or *extended family member* must be presented (for example a certificate of birth/family affiliation for each of the parties involved), if such documents exist in the country in which the *insured* booked the *trip* product.

If *you* are unable to provide the above documentation, *you* can provide another document having the same legal value and including the relevant information.

We commit to respect confidentiality of information provided in the course of the insurance or a *claim*.

TRIP INTERRUPTION COVERAGE

WHAT YOU ARE COVERED FOR:

Trip interruption coverage offers financial protection if unexpected **events** interrupt travel plans on or after departure. The object of the coverage is to reimburse **you** for the monetary loss **you** incurred directly due to the interruption of the covered **reservation** in case one of the **insured events** listed below occurs, subject to the exclusions set out below.

You are covered from the **departure date** until the **end date of your reservation**.

Please note: If **you** need to end **your reservation** earlier than planned, **you** must contact **us** as soon as possible.

The **insurer** covers the expenses corresponding to the **accommodation** costs for the days of the **accommodation reservation** not used and the costs incurred by the **insureds** to return to their respective **homes** up to a maximum amount set out in the Table of Benefits.

The following items will be excluded from the reimbursed amount: airport taxes, port taxes, insurance premium, service fees and booked activities during the trip.

Please note: If payment has been made using frequent flyer points, air miles, loyalty card points or the like, settlement of **your claim** will be based upon the lowest available published flight or hotel fare for the flight or hotel originally booked if they are non-transferable.

We will provide this coverage if the cutting short or interruption of **your reservation** is necessary and unavoidable as a result of one of the following **insured events**:

Sickness, Injury, Quarantine and Death

1. **Serious illness, Serious Injury** or death of:

- a. An **insured**.
- b. An **Immediate family member**.
- c. An **extended family member**.
- d. A **caregiver**.
- e. **Your service animal**.
- f. The **key employee**.
- g. A **travel companion**.

2. Death of an **extended family member**.

3. **You** or **your travel companion** are unable to be immunized or take preventative medication based on **your** or **your travel companion's** medical history that is required for entry into a country or region that is on **your** travel itinerary (provided the requirement became effective after the purchase of the travel arrangements and this insurance).

4. **Serious Illness, serious injury**, or death of **your service animal**, provided that **you** are an individual with a disability (physical, psychiatric or mental disability), and travel arrangements have been made for the dog to accompany **you** on **your trip**. For this benefit to apply, the travel arrangement cost for **your service animal** must be included in the covered amount **insured**.

5. **You, your spouse, your travel companion, or your travel companion's spouse** are **quarantined**.

Pregnancy and Adoption

6. **You, your spouse, your travel companion or your travel companion's spouse** become(s) pregnant after **you** book **your trip**, and **your** departure date falls in the 9 weeks before the expected delivery date or any time after that date.

7. **You** or **your travel companion** develop(s) any complication of pregnancy within the first thirty-one (31) weeks of pregnancy.

8. A member of **your immediate family** or **your key employee**, a member of **your travel companion's immediate family** or their **key employee** develops any complication of pregnancy within the first thirty-one (31) weeks of pregnancy.

9. **You, your spouse, your travel companion, or your travel companion's spouse** legally adopt(s) a **child** and the date of the adoption falls during **your trip**.

Employment and Education

10. **Serious damage** to the **insured's professional premises**.
11. Involuntary termination of the **insured's** employment.
12. Commencement of employment in a new company in which an **insured** had not been engaged during the previous six months at the time when entering into the new employment contract. The multiple contracts entered into by temporary employment agencies in order to carry out tasks for other companies shall be considered as contracts for the companies in which the worker undertakes his or her activity.

Government and Legal

13. Summons of an **insured** to appear as a party, witness, jury member in court or any other public authority, provided that such summons was not issued prior to the date of purchase of the insurance.
14. Loss or theft of government issued documents which prevents an **insured** from commencing or continuing the **trip**.
15. The Government of Canada issues an "Avoid Non-Essential Travel" or an "Avoid All Travel" **travel advisory**, after **you** purchase **your trip** interruption insurance, which advises or recommends that **Canadian residents** should not visit a destination included in **your trip**.

Disruptions & Incidents

16. **Breakdown** or collision to the vehicle owned by an **insured** which prevents **you** from starting the **trip**.
17. Unexpected failure of the grant of visas for an **insured** for reasons beyond the control of the **Insured**.
18. Severe weather conditions, earthquakes or volcanic eruptions cause delays to at least 30% of **your trip** and **you** choose not to travel.
19. **You, your spouse, your travel companion, or your travel companion's spouse** is/are hijacked.

Missed Departure

20. **You** do not get to the departure point by the time shown in **your trip** itinerary (plans) because:
- public transport (including scheduled flights) does not run to its timetable; or
 - the vehicle **you** are travelling in has an incident or **breakdown**.

Delayed Departure

21. **You** are delayed on **your trip** for over 4 hours at its departure point from the time shown in **your trip** itinerary (plans) because of a **strike**; bad weather; mechanical **breakdown** of the international train or sea vessel; or the grounding of the aircraft due to a mechanical or a structural defect.

Accommodations

22. **Your accommodation** being made inaccessible due to fire, flood, volcano, earthquake, hurricane, or other natural disaster. For the purpose of this coverage, inaccessible means **your accommodation** cannot be reached by **your** original mode of transportation, for example by plane or by road. Coverage for this **event** is subject to the specific limits set out in "What's Not Covered" below.
23. **Your accommodation** being made uninhabitable due to fire, flood, volcano, earthquake, hurricane, or other natural disaster. For the purpose of this coverage, uninhabitable means: (i) the building itself is unstable and there is a risk of collapse in whole or in part; (ii) there is exterior or structural damage allowing the intrusion of the elements, such as rain, wind, hail or flood; or (iii) immediate safety hazards have yet to be cleared, such as debris on roofs or downed electrical lines. Coverage for this **event** is subject to the specific limits set out in "What's Not Covered" below.
24. A mandatory evacuation (or public official evacuation advice in geographic areas where no mandatory evacuation orders are issued by government authorities) is ordered at the place where **your accommodation** is located due to adverse weather or natural disasters. Coverage for this **event** is subject to the specific limits set out in "What's Not Covered" below.
25. The interruption of water, electric, sewage or gas service(s) at **your** destination, for more than 24 hours due to adverse

weather or natural disaster. Coverage for this **event** is subject to the specific limits set out in “What’s Not Covered” below.

26. The interruption of road service for 6 hours or more due to adverse weather or natural disaster so as to prevent **you** from reaching **your accommodation**. Coverage for this **event** is subject to the specific limits set out in “What’s Not Covered” below.

The liability of the **insurer** is limited to the amounts stated in the Table of Benefits.

If the **event** only applies to one **insured**, the other **insureds** are entitled to be covered for the same interruption **event**.

SPECIFICITIES OF THIS COVERAGE:

You must contact **us** first to authorize **your** early return back to **your** respective **home**.

We will calculate **claims** for interrupting **your trip** from the day when **you** return to **your home** or the day **you** go into **hospital** as an inpatient. **Your claim** will be based solely on the number of complete days **you** have not used, including the day when **you** checked-out to return **home**.

If **you** must interrupt **your trip** and **you** do not return to **your home**, **we** will only be liable for the equivalent costs which **you** would have incurred had **you** returned to **your home**.

In the case of interruption of **your trip**, **we** will only pay for any additional travel costs related to any changes required to **your** original pre-booked return journey.

For missed departures covered **events**, **we** will reimburse the cost of extra **accommodations**, hotel, and transportation which **you** have to pay to get to **your** journey destination or back **home** with the maximum benefit amount shown in the **table of benefits**.

For delayed departures covered **events**, **we** will reimburse **you** up to the amount show on the **Table of Benefits** for **accommodations**, hotel, meals, telephone calls, local transportation, and vehicle parking charges.

WHAT YOU ARE NOT COVERED FOR - EXCLUSIONS:

1. **pre-existing medical condition** that was not **stable** in the 3 months before the purchase of **your policy** date if **you** are under 60 years old; and/or
2. **a pre-existing medical condition** that was not **stable** in the 12 months before the purchase date of **your policy** if **you** are 60 years and older; and/or
3. In addition to the “**stable**” requirement, **we** will not cover any expenses relating to:
 - a. an **insured’s** heart condition if, in the 3 months before the insurance purchase date or application date as indicated on **your** confirmation, any **insured** has a heart condition(s) that has/have not been **stable**, or an **insured** has taken any form of nitro-glycerine for the relief of angina pain; and/or
 - b. an **insured’s** lung condition if, in the 3 months before the insurance purchase date or application date as indicated on **your** confirmation, an **insured’s** lung condition(s) has/have not been **stable** or an **insured** required **treatment** with oxygen or prednisone for any lung condition.

You are only covered in relation to the **insured events** enlisted in the section “What **You** are covered for” and to the extent therein described. In addition, **you** are not covered for the consequences of any of the following **events**, which are excluded from this coverage:

1. Those intentionally caused by an **insured**, an **immediate family member** or a **travel companion**.
2. Any reason, circumstance, **event**, or **medical condition** affecting **you** or anyone, which **you** were aware of on or before the date **you** purchased this coverage, and which may eventually prevent **you** from starting and/or completing **your covered trip** as booked when **you** purchase this insurance coverage.
3. **Illnesses** or injuries derived from the consumption of alcoholic beverages (with a blood alcohol level

exceeding 80 milligrams of alcohol per 100 milligrams of blood, in case of a vehicle incident) by the *insured* or the *travel companion*.

4. Consumption of narcotics, drugs, or medicine, other than those which have been prescribed by a doctor.
5. *Your* self-inflicted injuries, unless medical evidence establishes that the injuries are related to a mental health *illness*.
6. Any *epidemic* or infectious disease which appears suddenly and spread rapidly through the population, as well as those caused by pollution and/or contamination of the atmosphere.
7. The consequences of an outbreak, *epidemic* or pandemic of any contagious infectious disease or new strains, recognized by the World Health Organization (WHO) or any competent authority of *your home country* or any country planned to be visited or crossed during the *trip*. This exclusion does not apply if an *epidemic* leads to a *serious illness* or the death of an *insured*, an *immediate family member*, or the person in charge of looking after *your child(ren)* or disabled adults for whom *you* are responsible during *your trip*.
8. The consequences of *quarantine* and/or measures restricting freedom of movement decided by a competent authority that could affect the *insured* or a *travel companion* before or during the *trip*.
9. Wars, demonstrations, insurrections and sabotage.
10. Any delay caused by a *strike* which began or was announced before your *policy* start date or before the Trip product was purchased (whichever is later).
11. The withdrawal from service of an aircraft, train or sea vessel (temporarily or permanently), on which *you* are booked to travel, by the carrier or on the recommendation or order of any government, civil aviation authority, port authority, rail authority or other similar authority in any country.
12. Tickets bought by using frequent flyer points, air miles, loyalty card points, redeemable vouchers or another similar scheme.
13. Limited coverage applies with respect to an act of *terrorism* as described in the Act of *Terrorism* Coverage provision.
14. Lack or impossibility of vaccination or of following the necessary medical *treatment* in order to travel to certain countries.
15. The consequences of an *accident* occurring before the *policy* was purchased.
16. A minor mental or emotional disorder, such as having an anxiety or panic attack or being in an emotional state or in a stressful situation. A minor mental or emotional disorder is one where *your treatment* includes only minor tranquilizers or minor anti-anxiety (anxiolytics) medication or no prescribed medication at all.
17. The participation of the *insured* in bets, challenges or fighting.
18. The practice of sports competition or motorized competitions (racing or rally).
19. The practice of one of the following dangerous sports and activities where *you* are paid or for which *you* are eligible to receive cash/prizes: boxing, weightlifting, wrestling, martial arts, mountaineering, bobsleigh, immersion with respiratory equipment, caving, ski jumps, skydiving, paragliding, flights in ULM or glider, springboard diving, scuba diving, hang-gliding, mountain-climbing, horse riding, hot-air ballooning, parachuting, fencing, defensive sports, adventure sports such as rafting, bungee, white-water (hydro speed), canoeing.
20. Consequences of the transmutation of the atomic nucleus, as well as radiation caused by the artificial acceleration of atomic particles or any irradiation from a source of energy of a radioactive nature.
21. Earthquakes, floods, eruptions volcanic and, generally, any phenomenon triggered by the forces of nature that occurs on or before the purchase date of this *policy*.
22. The consequences resulting from the use or possession of explosives or firearms.
23. The consequences of alcoholic cirrhosis, diagnosed to the *insured* before the *policy* was purchased.

24. The existence of a *travel advisory* that was applicable prior to the purchase of the *policy*.
25. Any losses arising from the non-performance of contractual obligations or failure to deliver services by a *travel supplier*, or if the *travel supplier* indemnifies *you*.

DOCUMENTS AND INFORMATION REQUIRED FOR MAKING A CLAIM:

It is necessary to provide the following documents to allow the management of a *claim*:

1. Documents that illustrate the facts constituting an *insured event* under this coverage (medical report, death certificate, *hospital* documents, police report, complaints filed at police stations or similar documents).
2. A form provided by *us* to be completed by the registered medical practitioner attending the *insured* or other person receiving medical *treatment* related to the interruption of the *reservation*. This document shall only be necessary in cases where insufficient information on the person's *medical condition* has been provided.
3. A copy of confirmation email and/or receipts for the *reservation*.
4. A copy of documents of the costs caused by curtailing the *trip* which gives a breakdown of the amounts and items involved, as well as a copy of the general conditions of the sale.
5. If the interruption is due to one of the above *insured events* involving *an immediate family member* or an *extended family member*, a document that illustrates the relationship between the *insured* and the *immediate family member* or *extended family member* must be presented (for example a certificate of birth/family affiliation for each of the parties involved).

If *you* are unable to provide the above documentation, *you* can provide another document having the same legal value and including the relevant information.

The *insurer* commits to respect confidentiality of information provided in the course of the insurance or any *claim*.

EMERGENCY MEDICAL COVERAGE

SPECIFIC CONDITIONS OF THIS COVERAGE:

In case of an **emergency**, you can contact us by phone at the following number:

Toll-free: 1-888-726-1548 or

Collect Call: +1 (416)-934-2048

This coverage is not eligible for **insureds** who purchased a non-medical plan.

The coverage mentioned in this section is organized by the **insurer** and the support is limited to benefits it has organized or, under specific circumstances, authorized.

In the event of an **emergency**, call **Europ Assistance Canada immediately**: 1-888-726-1548 toll-free from the USA and Canada or +1 (416) 934-2048 collect where available. **You** must call the Assistance Centre before obtaining **emergency treatment**, so that **we** may confirm coverage and/or provide pre-approval of **treatment**. If it is medically impossible for **you** to call prior to obtaining **emergency treatment**, **we** ask **you** to call or have someone call on **your** behalf as soon as possible. Otherwise, if **you** do not call the Assistance Centre before **you** obtain **emergency treatment** **you** will be responsible for 25% of **your** medical expenses covered under this **policy**.

After **your** medical **emergency treatment** has started, the Assistance Centre must assess and pre-approve additional medical **treatment**. If **you** undergo tests as part of a medical investigation, **treatment**, or surgery, obtain **treatment** or undergo surgery that is not pre-approved, **your claim** will not be paid. This includes but is not limited to MRI, MRCP, CAT Scan, CT Angiogram, sonograms, ultrasounds, Nuclear Stress Test, biopsies, Angiogram, Angioplasty, cardiovascular surgery including any associated diagnostic test(s), Cardiac Catheterization, or any surgery. In case of an **emergency**, the **insurer** cannot be a substitute for the local public services. In some circumstances, the use of the local public services is mandatory under local and/or international regulations.

All of the insurance coverages are provided under the condition that the intervention of the **insurer** is authorized by local **emergency** services or the laws and regulations applicable in the country where **you** require assistance.

You are covered from the **departure date** until the **end date** of **your reservation**.

MEDICAL EXPENSES THAT WE PAY:

Emergency medical insurance covers **you** for the **reasonable and customary charges** incurred by **you** as a result of **emergency treatment** required by **you** during **your trip** if a **medical condition** begins unexpectedly after **you** leave **home**, but only if these covered expenses are not covered by **your government health insurance plan** or any other insurance and/or benefit plan. The medical attention must be required as part of **your emergency treatment** and ordered by a **physician** (or a dentist in the case of dental **treatment**).

AMOUNTS OF MEDICAL EXPENSES WE PAY:

We will pay up to the limit set out in the Table of Benefits.

WHAT YOU ARE COVERED FOR:

Reasonable and customary charges for emergency medical expenses abroad incurred during the trip

If **you** suffer an injury or an **illness** or have an **accident** during **your trip abroad**, **we** will pay:

- the **reasonable and customary charges** for **emergency** medical expenses and/or fees incurred **abroad**
- Medicine prescribed by a doctor or surgeon;
- **Hospital** expenses;
- Ambulance expenses, for a journey to the nearest **hospital** in the **event** that this is ordered by a medical doctor.

Specific conditions of this coverage:

If – for reasons of urgency - **we** have not intervened in the process directly, for such expenses to be reimbursable, **you** will need to provide the copy of the corresponding invoices as well as a full medical report specifying the circumstances, diagnosis and prescribed **treatment**, thus allowing the injury, **illness** or **accident** that was suffered to be identified and the refund notice from **your government health insurance plan** and private health plan (if applicable).

If **our** Assistance Centre advises of a date, as determined by **our medical officer**, as to when it is feasible and practical to repatriate **you**, but **you** choose instead to remain **abroad**, **our** liability to pay any further costs under this Section of the **policy** after that date will be limited to what **we** would have paid if **your** repatriation had taken place when advised by **our** Assistance Centre.

Hospitalization because of an injury, illness, or accident during the trip

We shall organize and assume the costs of the transfer fees to the nearest **hospital** or clinic and return - either to **your home** or to **your** place of vacation (decision to be made by **our** Assistance Centre) - only in the case of an injury, **illness** or **accident** requiring immediate medical advice.

The maximum liability of the **insurer** cannot exceed the amounts stated in the Table of Benefits.

Dental Covered Expenses

If **you** suffer an Injury or a Sickness that requires **emergency** dental **treatment** by a Dentist, **we** will reimburse **you**, up to the amount shown in the Table of Benefits, for the following **emergency** dental expenses:

1. services and supplies for the relief of dental pain; and
2. the repair or replacement of teeth or dental implants.

Coverage for **emergency** dental **treatment** does not apply if **treatment** or expenses are incurred after **you** have reached **your** Return Destination, regardless of the reason.

Transfer to a hospital near to your home

If **you** suffer an **illness** or have an **accident** during **your trip abroad** and provided that this **event** prevents **you** from continuing **your trip**, **we**, as soon as **we** are notified of this, will organize the necessary contacts between **our medical officer** and doctors who are **treating you**.

If **our** Assistance Centre authorizes **your** transfer to a better-equipped or specialized **hospital** close to **your home**, **we**, at **our** discretion shall organize and pay such transfer to be carried out:

- in accordance with the degree of severity of **your** condition, and
- using the most appropriate means of transport.

The decision of the means of transport, the choice of **hospital**, the time of the transfer and its conditions are exclusively the decision of **our medical officer**. The decision is made by **our medical officer** based on the information that was provided by, or on behalf of, **you** or the claimant.

If you refuse to be transferred at the time and under the conditions specified by our medical officer, all the benefits and assistance resulting from such a decision shall be automatically suspended.

Hospitalization abroad for more than 7 days without an immediate family member by your side

If, during the **trip**, **you** had to be admitted to a **hospital** for more than seven days and no **immediate family member** was with **you**, **we** will organize and pay for a round **trip** airplane ticket on a scheduled flight (economy class) or a round **trip** train (first class) ticket from **your home country** for one **immediate family member** of **your** choice so that this person may accompany **you** from the **hospital** to **your home**.

We will reimburse the costs to stay in a hotel for the same **immediate family member** who has travelled to accompany **you** from the **hospital** to **your home**, on presentation of copies of the receipts for a maximum amount per day as stated in the Table of Benefits and for a maximum number of days as stated in the Table of Benefits.

Care of a disabled person or your children under 14 years old travelling with you

If **you** are traveling with a disabled person or **child(ren)** under the age of 14 years who are also **insured**, and while the **policy** is in force it becomes impossible for **you** to take care of them due to an injury, **illness** or **accident**, and there is no one else on the **trip** with **you** who can take care of such person(s), **we** will arrange and take care of the travel of a person designated by:

- **you** or by one of **your immediate family member** who is resident in **your home country** or;
- a chaperone designated by **us** so that the said individual can accompany **child(ren)** under 14 or disabled persons to **home** in the briefest period of time possible.

The maximum liability of the **insurer** cannot exceed the amounts stated in the Table of Benefits.

Extension of Trip in a hotel following an injury, illness, or an accident

If the nature of the injury, **illness** or the **accident** prevents **you** from continuing **your trip** but it is not necessary for **you** to be admitted to a **hospital** or clinic, **we** will pay the amount that arises from extending **your** stay at the hotel when prescribed by, a doctor for this purpose.

The maximum liability of the **insurer** cannot exceed the amounts stated in the Table of Benefits.

Repatriation and funeral costs in case of death of an insured person during the trip

If the **insured** dies during the **trip**, **we** shall organize and assume the costs of transporting the mortal remains to the place of funeral in the **home country**, as well as any expenses related to embalming, the minimum compulsory casket, and administrative formalities.

If **we** organized the transport, **we** shall also cover reimbursement of the costs incurred in rendering funeral services in the case of death of the **insured**, including therein the organization of a funeral service and the burial or cremation.

The maximum liability of the **insurer** cannot exceed the amounts stated in the Table of Benefits.

Early return of a travel companion

In the **event** of a death of an **insured** or if **we** organized a transport or repatriation of an **insured** to his **home**, and the rest of the **travel companions** are prevented from returning to their **home** by the initially scheduled means, **we** shall arrange and bear the expenses related to taking said **travel companions** to (a) their **home** or (b) to the place where the transferred **insured** has been admitted to the **hospital** during the **trip**, by an airplane ticket on a regular air route (economy class) or by a train ticket (first class).

The maximum liability of the **insurer** cannot exceed the amounts stated in the Table of Benefits.

Medical Referral

If an **emergency** occurs during **your trip** that requires **you** to visit a doctor, **you** should call **us** to obtain the names of local qualified doctors who speak **your** language. If additional medical services are required, the assistance provider is prepared to consult with the attending **physician** and provide such assistance, as they believe to be in **your** best interest.

Replacement of medication and eyeglasses

We will arrange to fill a prescription that has been lost, stolen or requires a refill, subject to local law, whenever possible.

We will also arrange for shipment of replacement eyeglasses. Costs for shipping of medication or eyeglasses, or a prescription refill, etc. are **your** responsibility. The refill may require a visit to a local **physician**. **You** should be prepared to furnish the assistance provider with a copy of **your** original prescription and/or the name and phone number of **your** regular attending **physician**.

Interpretation / Translation

We will assist with telephone interpretation in all major languages or will refer **You** to an interpretation or translation service for written documents.

Emergency Message Relay

Emergency messages can be relayed to and from friends, relatives, personal **physician**, and employer.

Telemedicine

We offer 24/7 access to **our** proprietary nationwide cross-coverage network of **physicians** for telephone and secure e-mail medical consultations. **Physicians** provide specific answers to medical questions and advice regarding non-**emergency**, routine **medical conditions**. **Physicians** discuss symptoms, recommend **treatment** options, diagnose many common conditions, and prescribe medication when appropriate and legally permitted. **Our** services may not be available in all countries, and international services may be limited.

No out-of-pocket medical expenses

If **you** develop an acute **illness** while on **your trip** that requires **treatment** by a **physician**, **you** should first call **us** to obtain the name of a local qualified **physician** in **our** network. If an in-network **physician** is available, **we** will schedule the medical visit and Benefits payment to the **physician** for a medical visit up to the amount indicated in the Table of Benefits. This service is only available provided there is coverage for the acute **illness** under the Medical Assistance coverage and is subject to all restrictions, limitations and exclusions provided in the **policy**. **This service is not applicable to expenses for emergency dental treatment.**

WHAT YOU ARE NOT COVERED FOR - EXCLUSIONS:

You are only covered in relation to the **insured events** enlisted in the section "What **You** are covered for" and to the extent therein described. In addition, **you** are not covered for the following costs or situations:

I) **Pre-existing Medical Conditions** (Applicable only for the International Plan):

1. a **pre-existing medical condition** that was not **stable** in the 3 months before **your** effective date if **you** are under 60 years old; and/or
2. a **pre-existing medical condition** that was not **stable** in the 12 months before **your** effective date if **you** are 60 years and older; and/or
3. a heart condition, if, in the 3 months before **your** effective date, any heart condition has not been **stable**, or **you** have taken any form of nitro-glycerine for the relief of angina pain; and/or
4. a lung condition, if, in the 3 months before **your** effective date, any lung condition has not been **stable**, or **you** required **treatment** with oxygen or prednisone for any lung condition.

II) The following dental care:

1. The costs of any permanent or routine dental **treatment**;
2. Any pre-planned or pre-known dental **treatment** or diagnostic procedure;
3. **Treatment** which, in the opinion of **our medical officer**, can reasonably be delayed until **your** return to **your home country**;
4. Any dental **treatment** or diagnostic procedure which is not solely for the immediate relief of pain or discomfort, or to alleviate distress in eating;
5. Normal wear and tear of teeth or denture;
6. Any damage to dentures;
7. Dental **treatment** involving the provision of dentures or the use of precious metals.

III) Other

1. Any **medical condition** when, prior to **your departure date**, **you** had not met all the eligibility requirements.
2. Expenses that exceed a maximum of CAD 25,000 if **you** do not have valid coverage under a **government health insurance plan** for the entire duration of **your trip**.

3. Covered expenses that exceed the *reasonable and customary charges* where the medical *emergency* happens.
4. Covered expenses that exceed 75% of the cost we would normally have to pay under this insurance, if *you* do not contact the Assistance Centre at the time of the *emergency*, unless *your medical condition* makes it medically impossible for *you* to call (in that case, the 25% co-insurance does not apply).
5. Any *treatment* that is not for an *emergency*.
6. Any non-emergency, experimental or elective *treatment* such as cosmetic surgery, chronic care, rehabilitation, *treatment* including any expenses for directly or indirectly related complications.
7. The continued *treatment* of a *medical condition* or related condition, following *emergency treatment* during *your trip*, if *our medical officer* determines that *your emergency* has ended.
8. A *medical condition*:
 - when *you* knew or for which it is reasonable to believe or expect that *treatment* will be required during *your trip*; and/or
 - for which future investigation or *treatment* was planned before *you* left *home*; and/or
 - which produced symptoms that would have caused an ordinarily prudent person to seek *treatment* in the 3 months before *your* effective date; and/or
 - that had caused *your physician* to advise *you* not to travel.
9. Any *trip* made for the purpose of obtaining a diagnosis, *treatment*, surgery, investigation, palliative care, or any alternative therapy, as well as any directly or indirectly related complication.
10. For *policy extensions*: any *medical condition* which first appeared, was diagnosed, or required *treatment* after the *departure date* and prior to the effective date of the insurance extension.
11. An *emergency* resulting from an *accident* that occurs while *you* are participating in:
 - any sport, snorkelling or scuba-diving when that sport, snorkelling or scuba-diving is *your* principal paid occupation;
 - any sport or activity indicated below:
 - any form of BASE jumping (i.e.: wingsuit flying);
 - hang-gliding;
 - rock climbing;
 - mountain-climbing which involves the ascent or descent of a mountain requiring the use of specialized equipment, including crampons, pickaxes, anchors, bolts, carabiners and lead or top-rope anchoring equipment;
 - any competition, speed event or other high-risk activity involving the use of a motor vehicle on land, water, or air, including training activities, whether on approved tracks or elsewhere.
12. *Your* self-inflicted injuries, unless medical evidence establishes that the injuries are related to a mental health *illness*.
13. Any *claim* that results from or is related to *your* commission or attempted commission of a criminal offence or illegal act.
14. Any *medical condition* that is the result of *you* not following *treatment* as prescribed to *you*, including prescribed medication.
15. Any *medical condition*, including symptoms of withdrawal, arising from, or in any way related to, *your* chronic use of alcohol, drugs, or other intoxicants whether prior to or during *your trip*.
16. Any *medical condition* arising during *your trip* from, or in any way related to, the abuse of alcohol, drugs, or other intoxicant.

17. Any loss resulting from *your* minor mental or emotional disorder.
18. Routine prenatal or postnatal care.
19. Pregnancy, delivery, or complications of either, arising 9 weeks before the expected date of delivery or 9 weeks after.
20. *Your child* born during the *trip*.
21. For *insured children* under 2 years of age: any *medical condition* related to a birth defect.
22. Any *treatment*, services or supplies not medically necessary, or any medical procedures and/or tests (including but not limited to MRI, MRCP, CAT Scan, CT Angiogram, Nuclear Stress Test, Angiogram or Cardiac Catheterization) not authorized by the Assistance Centre in advance. All surgery must be authorized by the Assistance Centre prior to being performed except in extreme circumstances where surgery is performed on an *emergency* basis.
23. Any further medical *treatment* if *our medical officer* determines that *you* should transfer to another facility or return to *your home* province or territory of residence for *treatment*, and *you* choose not to.
24. Any benefit that must be authorized or arranged in advance by the Assistance Centre when it has given no authorization or made no arrangement for that benefit.
25. An act of war or act of *terrorism*. Limited coverage applies with respect to an act of *terrorism* as described in the Act of *Terrorism* Coverage provision.
26. Any act of *terrorism* or any *medical condition* *you* suffer or contract when an official *travel advisory* was issued by the Canadian government stating “Avoid all non-essential travel” or “Avoid all travel” regarding the country, region, or city of *your* destination, before *your* effective date. To view the travel advisories, visit the Government of Canada Travel site. This exclusion does not apply to *claims* for an *emergency* or a *medical condition* unrelated to the *travel advisory*.
27. Expenses incurred when there was an applicable *travel advisory* prior to *your* departure.

DOCUMENTS AND INFORMATION REQUIRED FOR MAKING A CLAIM:

If *you* are making an *emergency* Medical Insurance *claim*, *we* will need:

- a) original itemized receipts for all bills and invoices;
- b) proof of payment by *you* and by any other insurance and/or benefit plan;
- c) medical records including complete diagnosis by the attending *physician* or documentation by the *hospital*, which must support that the *treatment* was:
 1. appropriate and consistent with the diagnosis and could not be omitted without adversely affecting *your* condition and quality of medical care;
 2. cannot be delayed until *your* return *home*;
- d) proof of the *accident* if *you* are submitting a *claim* for dental expenses resulting from an *accident*;
- e) proof of travel (including *departure date* and return date); and
- f) *your* historical medical records (if *we* determine applicable).

Europ Assistance, the Europ Assistance logo with the tag line: “you live. we care” are trademarks of Europ Assistance Holding and are used by it, and by its affiliates under license.

Table of Benefits

The amounts given below are subject to the application of any exclusion and to the conditions described in the General and Particular Conditions.

BENEFIT	LIMITS (CAD)
TRIP CANCELLATION COVERAGE	Up to the total <i>trip</i> cost
TRIP INTERRUPTION COVERAGE	Up to 100% of the total <i>trip</i> cost
Missed Departure Coverage	\$250/day up to \$1,500
Delayed Departure Coverage	\$250/day up to \$1,500
EMERGENCY MEDICAL COVERAGE	\$5,000,000 for the VRBO International Plan
	\$25,000 for the VRBO Domestic Plan
	No Coverage for the Non-medical Plan
Emergency Dental Expense Limit	\$1,000
Medical expenses <i>abroad</i> incurred during the <i>trip</i>	Overall Emergency Medical limit
Admission to a <i>hospital</i> because of an <i>illness</i> or <i>Accident</i> during the <i>trip</i>	Overall Emergency Medical limit
Transfer to a <i>hospital</i> near to your home	Overall Emergency Medical limit
Admission to a <i>hospital</i> <i>abroad</i> for more than 7 days without a <i>family member</i> by your side	Round Trip Economy Fare up to \$3,000 + \$250 /day up to \$1,500 for expenses
Care of a disabled person or your <i>child(ren)</i> under 14 years old travelling with You	\$250 /day up to \$1,500
Extension of <i>trip</i> in a hotel following an <i>illness</i> or an <i>accident</i>	\$250/day up to \$1,500
Repatriation and funeral costs in case of death of an <i>insured</i> during the <i>trip</i>	\$10,000
Early return of a <i>travel companion</i>	One way Return Economy ticket
Medical referral	Assistance Services
Replacement of medication and eyeglasses	Assistance Services
Interpretation/Translation	Assistance Services
Emergency Message Relay	Assistance Services
Telemedicine	Assistance Services

END of Insurance Policy

Privacy Notice

This privacy notice explains how, and for what purposes, we, Europ Assistance S.A. Canada Branch (operating as “Europ Assistance Canada”) and our service providers and/or affiliates, as applicable to collect, use and disclose your personal information. Please read it carefully. We may amend and update this privacy notice from time to time. The most current version will be posted on our website at www.europ-assistance.ca

This privacy notice applies to the personal information of our clients or potential clients from who we collect personal information, whether directly or indirectly. It does not apply to information about our employees or to information that is not personal information.

Which legal entity will use your personal information?

Your insurer Europ Assistance Canada will collect, use, and disclose your personal information in the course of its business in Canada. Europ Assistance Canada and its affiliates, which provides emergency assistance and claims administration services related to your travel insurance, will also collect, use, and disclose your personal information.

How do we collect, use, and disclose your personal information?

We collect, use, and disclose your personal information for insurance purposes, including:

- To execute and fulfill your contract, we collect, use, and disclose your personal information to:
 - underwrite insurance and manage related risks,
 - perform eligibility checks,
 - provide you with an insurance quote,
 - process your payments,
 - administer your insurance policy,
 - provide you with travel insurance services,
 - investigate and administer your travel insurance claims, and
 - respond to your inquiries and complaints.
- To fulfil our legitimate interests, we may also collect, use and disclose your personal information to:
 - perform fraud prevention and management,
 - conduct and manage customer satisfaction surveys and checks,
 - continuously improve our products and the way they are put together and offered, and
 - continuously improve the efficiency and the rapidity of our claim management system (e.g., perform analytics, improve the user experience; debug and conduct research; provide customer service and training).

- To comply with our legal obligations, we may collect, use, and disclose your personal information to:
 - fight against money laundering,
 - fight against the financing of terrorism,
 - comply with Canadian and international economic and financial sanctions, and
 - comply with other laws applicable to us.

Why do we need your personal information?

We need your personal information to provide travel insurance services to you. If you choose not to provide us with personal information, we will not be able to go ahead with the contract and provide the relevant travel insurance services to you.

What personal information do we collect?

We only collect personal information that is strictly needed for the above purposes. In particular, we will collect:

- your name, contact details, date of birth and identification documents (for example, passport),
- your banking and/or payment details,
- your health and medical information, if applicable,
- your travel-related information, including information about other people who are travelling with you, and
- information contained in any document you provide to us to handle your claim or complaint.

Personal information does not include business contact information about an employee of an organization when that information is used to communicate with the employee about their employment, or aggregated information that is anonymized so that it cannot be associated with a specific person.

Do we collect personal information without consent?

We will only collect, use, and disclose your personal information with your consent, unless otherwise permitted by law.

Your consent may be express or, in certain conditions, implied (for example, if you request a service and then provide the personal information necessary for that service). In determining the appropriate form of consent, we will take into account the sensitivity of the personal information and your reasonable expectations. When collecting sensitive information, such as health information, we will require your express consent. Your consent may be provided directly to us by you or given by an authorized representative acting on your behalf or to a third party acting on our behalf, to be provided to us.

Do we collect personal information about you from third parties?

In most cases, we collect personal information directly from you. However, we may also collect personal information from other organizations and persons who have information about you, including licensed physicians, medical practitioners, hospital clinics or other medical or medically

related facilities, other insurance companies, government health insurance plans, your travel companions, insurance agents/brokers, your travel service provider, and our service providers.

We may also collect personal information from you about other people who are travelling with you. By providing information to us about the people travelling with you, you confirm that you have the consent of those other people to the collection, use and disclosure of their personal information as outlined in this privacy notice.

Who do we share your personal information with?

We may share your personal information with other Europ Assistance and Generali Group subsidiaries and external organizations such as our auditors, reinsurers, co-insurers, claims handlers, agents, and distributors that from time to time need to provide the services covered by your policy, and other organizations that carry out technical, organizational, and operational activities supporting the insurance.

We may also disclose your personal information in connection with an actual or prospective business transaction, including a sale of Europ Assistance S.A. or any affiliate or a corporate reorganization, provided that the personal information we disclose may only be used by the other party to evaluate the possible transaction, or, on completion of any such transaction, for the purposes set out in this privacy notice.

We may also share certain relevant information about your complaint (e.g., complaint status, type, reason) with your travel services provider to the extent that such information is needed to adequately perform the contract travel services provider has with you.

How do we protect your personal information?

We have internal practices that govern the collection, use, disclosure, protection, retention, and destruction of personal information.

Personal information recorded in paper documents is securely stored in our offices in Canada or in secure off-site storage facilities in Canada. Electronically recorded information is stored on computer systems maintained by us, our affiliates, and our service providers. Your personal information may be disclosed outside of your province of residence and may be processed and stored in countries other than Canada and may be subject to the laws of those countries. For example, personal information processed or stored outside Canada may be accessible to the governments, courts, law enforcement or regulatory agencies of those countries through their local laws.

We will establish a file from which your personal information will be used to provide you with travel insurance services, and process claims. We will protect your personal information against such risks as loss or theft, unauthorized access, disclosure, copying, use, modification, or destruction by security safeguards appropriate to the sensitivity of the information. Such controls include physical, technological, and organizational safeguards. Only our employees and contractors who need to access the information to perform their duties are granted access to your personal information, and they are required to protect the confidentiality of personal information and to comply with all applicable privacy laws.

Our contracts with our service providers require that our service providers keep all personal information confidential and secure and have privacy policies and security standards with respect to personal information that are comparable to ours.

What are your rights regarding your personal information?

You can exercise the following rights regarding your personal information:

Access – you may request access to your personal information. This includes the right to be informed of the source of any personal information about you that we collect from third parties.

Rectify – you may ask us to correct personal information that is inaccurate or incomplete.

Withdraw consent – you may ask to withdraw your consent at any time for the collection, use or disclosure of your personal information for which you have previously provided consent by giving us reasonable notice, subject to certain exceptions. If you withdraw your consent, we may be unable to continue to provide insurance services to you. You may contact us for more information regarding the implications of withdrawing consent.

You can exercise your rights by contacting our Chief Privacy Officer at:

privacycompliance@europ-assistance.ca

Subject to satisfactory proof of your identity, you will be provided with appropriate access to your personal information. In certain situations, we may not be legally permitted to provide access to all of your personal information. For example, we cannot provide access to personal information relating to other people or personal information protected by legal privilege. If we deny your request for access to your personal information, we will provide you with the reason for denying access.

You may exercise your access rights free of charge. However, we may charge a reasonable fee for copying or transmitting your personal information. We will advise you of any charges in advance.

What are your rights if we use automated decision-making processes?

To handle your claim and respond to you more rapidly, we may use a claim management system that scans and analyses the content of your claim and the supporting documents. The assessment of your claim is therefore fully automated and there is no human intervention in the decision-making process. Based on the reading and interpretation of the supporting documents you provided, the claim management system will assess whether your claim meets the terms and conditions of your policy and whether to accept or reject your claim, in full or in part.

We regularly audit our claim management system to ensure it remains fair, effective, and accurate.

In all cases, you have the right to obtain an explanation of the decision regarding your claim, challenge it and request that one of our operators reviews the decision manually. To do so, you can send an email to privacycompliance@europ-assistance.ca, as you can always do for manual claims handling.

We will also use your personal information to continuously improve the efficiency and the rapidity of our claim management system. You have the right to ask us not to use your personal information for this specific purpose.

DO WE USE YOUR PERSONAL INFORMATION TO OFFER OTHER PRODUCTS AND SERVICES?

Where the law allows it, we may use the personal information you provide to communicate with you to offer you other products and services. The collection, use and disclosure of your personal information for such marketing purposes is optional, and is not required as a condition for doing business with us. You may withdraw your consent to these optional uses at any time by contacting us at privacycompliance@europ-assistance.ca

We do not sell, trade, or disclose our customer lists for marketing purposes.

How long do we retain your personal information?

We will retain your personal information for as long as is necessary for the purposes set out above, or for as long as the law requires. Depending on the circumstances, where personal information has been used to make a decision about you, we shall retain, for a period of time that is reasonably sufficient to allow for access by you, either the actual information or the rationale for making the decision.

When personal information is no longer necessary, we destroy or anonymize such information. In view of the ongoing exposure to potential insurance claims, where necessary, some of the personal information collected for insurance purpose may be kept indefinitely.

Who do you contact with questions or complaints about our privacy practices?

If you have any questions, concerns, or complaints about our privacy practices, you can contact our Chief Privacy Officer, who is responsible for the protection of personal information, at:

Chief Privacy Officer

Europ Assistance S.A. (Canadian Branch)

privacycompliance@europ-assistance.ca

We will investigate all complaints about our privacy practices and will inform you of the outcome of the investigation regarding your complaint. If a complaint is found to be justified, we shall take appropriate measures to resolve the complaint including, if necessary, amending our policies and procedures.