

Assurance voyage globale collective contre les accidents et la maladie Certificat d'assurance



Zurich Compagnie d'Assurances SA (Direction canadienne) fournit l'assurance prévue par le présent certificat d'assurance émis aux termes de la police d'assurance collective n° 8451433 établie à l'intention de DAN World, Ltd.

Le présent certificat contient des clauses qui peuvent limiter les sommes payables.

AVIS IMPORTANT – À LIRE ATTENTIVEMENT

L'assurance voyage est conçue pour couvrir les pertes découlant d'événements soudains et imprévus. Il est important que vous lisiez et compreniez votre police avant de partir étant donné que votre protection peut faire l'objet de certaines restrictions ou exclusions.

Il se peut que votre police ne couvre pas des problèmes de santé ou des symptômes qui existaient avant votre départ. Vérifiez comment cette exclusion s'applique dans le cadre de votre police et l'importance que peuvent avoir à cet égard la date de votre départ, ainsi que les dates de souscription et d'effet de l'assurance.

Advenant un accident, une blessure ou une maladie, vos antécédents médicaux pourraient être examinés dans le cadre d'une réclamation.

Si votre police prévoit une assistance voyage, vous pourriez être tenu de communiquer avec le Centre d'assistance désigné avant de recevoir un traitement. Si vous omettez de communiquer avec le Centre d'assistance dans les délais exigés, les prestations payables aux termes de votre police peuvent être limitées.

Le présent document contient des renseignements importants concernant l'assurance et devrait être conservé dans un endroit sûr.

VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT VOTRE POLICE AVANT DE VOYAGER

Avis relatif au consentement dans le contexte de la protection des renseignements personnels

En fournissant les renseignements demandés, qui peuvent notamment comprendre le nom, l'adresse, la date de naissance, le numéro de permis de conduire, des renseignements médicaux, des renseignements financiers, le dossier de conduite, l'historique d'assurance automobile et l'historique de demandes de règlement auprès d'assureurs automobiles, vous accordez votre consentement à Zurich Compagnie d'Assurances SA, ses filiales et ses sociétés affiliées situées dans votre pays de résidence ou à l'étranger (collectivement, « Zurich »), pour la collecte, le stockage, l'utilisation, la communication et le traitement de vos renseignements personnels dans la mesure nécessaire pour obtenir et administrer la ou les garanties d'assurance demandées, notamment l'évaluation des risques, la souscription de la police, l'établissement des primes, la perception des primes, le règlement et l'administration des réclamations et leur soumission à des enquêtes et expertises, la prévention, la détection et la répression des fraudes ou leur évaluation statistique. Vous accordez également votre consentement à Zurich pour la communication de vos renseignements personnels à des tiers, dans la mesure nécessaire et en relation avec les objectifs mentionnés ci-dessus, notamment des réassureurs, des administrateurs tiers, des courtiers, des agents, des experts en sinistres, des organismes de réglementation ou d'autres organismes gouvernementaux ou publics, des autorités fiscales, des associations sectorielles, d'autres assureurs et d'autres fournissant des services d'assurance (les « tiers »). Si votre police est négociée par un courtier ou un agent, vous autorisez Zurich à recueillir, stocker, utiliser, communiquer et traiter les renseignements personnels reçus de ce courtier ou de cet agent aux fins indiquées ci-dessus. En outre, en fournissant des renseignements sur un tiers, notamment un membre de la famille, un administrateur, un dirigeant, un employé ou toute autre partie ayant un intérêt dans la police ou en tirant un avantage, vous garantissez par les présentes que vous avez obtenu le consentement approprié de ce tiers pour communiquer ses renseignements personnels à Zurich et pour que Zurich puisse utiliser et communiquer ces renseignements aux fins indiquées ci-dessus.

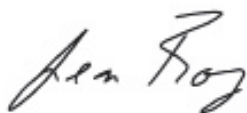
Zurich s'engage à protéger le caractère privé et confidentiel des renseignements fournis. Vos renseignements personnels peuvent être traités et conservés en toute sécurité dans les bureaux de Zurich et de tiers autorisés, tant au pays qu'à l'extérieur du Canada, et ils sont assujettis aux lois applicables.

Zurich peut conserver vos renseignements personnels selon ce qui est nécessaire pour l'une ou l'autre des fins indiquées ci-dessus ou pour se conformer à ses obligations légales et réglementaires, résoudre des différends et faire respecter ses conventions. Vous pouvez demander à examiner les renseignements personnels que Zurich conserve à votre sujet et à y apporter des corrections en écrivant au : Responsable de la protection de la vie privée, Zurich Compagnie d'Assurances SA (Direction canadienne), 100 King Street West, Suite 5500, P.O. Box 290, Toronto (Ontario) M5X 1C9 ou en envoyant un courriel à privacy.zurich.canada@zurich.com.

Vous pouvez refuser d'accorder votre consentement ou retirer votre consentement à la collecte, au stockage, à l'utilisation, à la communication ou au traitement de vos renseignements personnels. Toutefois, le refus d'accorder votre consentement peut faire en sorte que Zurich ne soit pas en mesure d'offrir et d'administrer la couverture d'assurance ou peut l'empêcher d'être en mesure de payer des indemnités payables au titre de votre police.

Pour en savoir plus au sujet de la collecte, de l'utilisation, de la communication, du traitement et du stockage de vos renseignements personnels, ou si vous désirez formuler une plainte, veuillez écrire au responsable de la protection de la vie privée de Zurich à privacy.zurich.canada@zurich.com. Vous pouvez également consulter notre politique en matière de confidentialité au www.zurichcanada.com/fr-ca/about-zurich/privacy-statement.

Aux fins de la *Loi sur les sociétés d'assurances* (Canada), ce document a été établi dans le cadre des opérations d'assurance au Canada de Zurich Compagnie d'Assurances SA.



Chef de la souscription, Canada
Représentant autorisé

Tableau des prestations non contributives – Prestations pour les adhésions *Regular* et *Enhanced*

Les prestations non contributives suivantes sont offertes à chaque membre. La garantie décrite dans le présent Tableau des prestations non contributives est accordée en tout temps à chaque membre assuré pendant un voyage. Les prestations payables pour les frais engagés ne dépasseront pas le plafond des prestations indiqué pour chaque prestation dans le Tableau des prestations non contributives. Toutes les prestations doivent être approuvées au préalable par *DAN TravelAssist* pour être admissibles au remboursement et tous les préparatifs de voyage doivent être coordonnés par *DAN TravelAssist*.

Prestations de transport médical d'urgence et d'assistance voyage fournies pendant un voyage	Adhésion <i>Regular</i> Plafond global des prestations Montant maximum de 150 000 \$	Adhésion <i>Enhanced</i> Plafond global des prestations Montant maximum de 500 000 \$
Évacuation d'urgence et transfert médicalement nécessaire	Inclus dans la limite de 150 000 \$	Inclus dans la limite de 500 000 \$
Rapatriement d'une dépouille mortelle	Inclus dans la limite de 150 000 \$	Inclus dans la limite de 500 000 \$
Rapatriement pour soins supplémentaires (par compagnie aérienne commerciale régulière ou transport terrestre)	Inclus dans la limite de 150 000 \$	Inclus dans la limite de 500 000 \$
Rapatriement pour soins supplémentaires (par service loué)	s.o.	Sous-limite de 150 000 \$
Transport médical à domicile (par compagnie aérienne commerciale régulière, embarcation ou transport terrestre)	s.o.	Inclus dans la limite de 500 000 \$
Transport médical à domicile (par service loué)	s.o.	Sous-limite de 150 000 \$
Transport pour rejoindre le circuit à la suite d'une urgence médicale (par compagnie aérienne commerciale régulière, embarcation ou transport terrestre)	s.o.	Inclus dans la limite de 500 000 \$
Rapatriement à la suite d'urgence médicale (par compagnie aérienne commerciale régulière, embarcation ou transport terrestre)	s.o.	Inclus dans la limite de 500 000 \$
Recherche et sauvetage	s.o.	Sous-limite de 50 000 \$
Visite d'un membre de la famille ou d'un ami/compagnon de voyage	Sous-limite de 1 000 \$, frais accessoires non compris	Sous-limite de 5 000 \$, frais accessoires compris
Retour d'enfants à charge	Inclus dans la limite de 150 000 \$	Inclus dans la limite de 500 000 \$
Retour d'un compagnon de voyage	Inclus dans la limite de 150 000 \$	Inclus dans la limite de 500 000 \$
Restitution du véhicule	Sous-limite de 1 000 \$	Sous-limite de 1 000 \$
Évacuation de sécurité mondiale lors d'un voyage hors du pays de résidence	s.o.	Sous-limite de 50 000 \$

Tableau des prestations non contributives – Régime d’assurance pour les étudiants

Les prestations non contributives prévues sont offertes aux étudiants en plongée âgés de 8 ans ou plus. La garantie est accordée à ces étudiants en plongée, tel qu’il est décrit au Tableau des prestations non contributives. Les prestations payables pour les frais engagés ne dépasseront pas le plafond des prestations indiqué pour chaque prestation dans le Tableau des prestations non contributives ci-dessous.

Prestations médicales en cas d’accident de plongée des étudiants pour les accidents de plongée couverts	Plafond des prestations
Frais médicaux à la suite d’un accident découlant d’une embolie gazeuse artérielle, d’un accident de décompression ou d’autres accidents de plongée couverts	25 000 \$

Tableau des prestations contributives

Assurance accidents de plongée – Tableaux des prestations pour les régimes *Guardian*, *Preferred* et *Master*

Les prestations contributives sont offertes à chaque assuré ayant choisi une garantie dans le cadre d’une police d’assurance accidents de plongée. La garantie est offerte tel qu’il est décrit au Tableau des prestations contributives. Les prestations payables pour les frais engagés ne dépasseront pas le plafond des prestations indiqué pour chaque prestation dans le Tableau des prestations contributives. Toutes les prestations de transport médical d’urgence et d’assistance voyage doivent être approuvées au préalable par *DAN TravelAssist* pour être admissibles au remboursement et tous les préparatifs de voyage doivent être coordonnés par *DAN TravelAssist*.

Prestations de l’assurance accidents de plongée pour les accidents de plongée couverts	Plafond des prestations du Régime <i>Guardian</i>	Plafond des prestations du Régime <i>Preferred</i>	Plafond des prestations du Régime <i>Master</i>
Frais médicaux liés aux embolies gazeuses artérielles, aux accidents de décompression ou aux autres accidents de plongée couverts	Limite de 500 000 \$ par événement	Limite de 250 000 \$ par événement	Limite à vie* de 125 000 \$
Décès et mutilation accidentels	Capital assuré de 30 000 \$	Capital assuré de 20 000 \$	Capital assuré de 10 000 \$
Invalidité totale et permanente	Capital assuré de 30 000 \$	Capital assuré de 20 000 \$	Capital assuré de 10 000 \$
Frais supplémentaires de transport	Limite de 10 000 \$	Limite de 5 000 \$	Limite de 1 000 \$
Frais supplémentaires d’hébergement	Limite de 10 000 \$, jusqu’à concurrence de 600 \$ par jour	Limite de 5 000 \$, jusqu’à concurrence de 400 \$ par jour	Limite de 1 000 \$, jusqu’à concurrence de 200 \$ par jour
Responsabilité civile des particuliers	Limite de 100 000 \$	s.o.	s.o.
Recherche et sauvetage	Limite de 50 000 \$	s.o.	s.o.
Prestations de l’assurance accidents de plongée pour les voyages de plongée couverts	Plafond des prestations du Régime <i>Guardian</i>	Plafond des prestations du Régime <i>Preferred</i>	Plafond des prestations du Régime <i>Master</i>
Annulation de voyage de plongée	Limite de 10 000 \$ par événement	Limite de 5 000 \$ par événement, avec une franchise de 250 \$ par événement	s.o.
Interruption de voyage de plongée	Limite de 15 000 \$ par événement, jusqu’à concurrence de 500 \$ par jour, par événement	Limite de 7 500 \$ par événement, avec une franchise de 250 \$ par événement, jusqu’à concurrence de 250 \$ par jour, par événement	s.o.

Prestations de l'assurance accidents de plongée pour les accidents non liés à la plongée	Plafond des prestations du Régime <i>Guardian</i>	Plafond des prestations du Régime <i>Preferred</i>	Plafond des prestations du Régime <i>Master</i>
Frais médicaux liés à un accident survenu dans l'eau au cours d'une plongée couverte	Inclus dans les frais médicaux des accidents de plongée	Inclus dans les frais médicaux des accidents de plongée	s.o.
Frais médicaux en cas d'accidents non liés à la plongée lors d'un voyage hors du pays de résidence	Limite de 30 000 \$ par événement	Limite de 10 000 \$ à vie*, avec une franchise de 250 \$	s.o.
Frais médicaux en cas d'accidents liés à un sport nautique désigné lors d'un voyage	Limite de 30 000 \$ par événement	s.o.	s.o.
Décès et mutilation accidentels à la suite d'un accident de sport nautique désigné lors d'un voyage	Capital assuré de 30 000 \$	s.o.	s.o.
Invalidité totale et permanente à la suite d'un accident de sport nautique désigné lors d'un voyage	Capital assuré de 30 000 \$	s.o.	s.o.

* Une prestation maximale à vie s'applique à chaque assuré. Si un assuré a épuisé sa prestation maximale à vie ou a reçu plus de 50 pour cent de celle-ci, il ne peut souscrire un autre régime avec des limites plus élevées.

DÉFINITIONS

Certains termes et expressions utilisés dans la présente police d'assurance collective ont un sens précis, parfois spécifique à la police, qu'ils soient utilisés au singulier ou au pluriel. Ces termes et expressions sont énumérés ci-dessous.

accident désigne un événement soudain, imprévu ou inattendu qui survient sans qu'aucun acte intentionnel de la part du membre assuré ne soit à l'origine de l'événement soudain, imprévu ou inattendu, ou n'y contribue.

accident de décompression désigne les signes et les symptômes dus au gaz dans les tissus, qui sort de la solution et forme des bulles dans l'organisme lors de la dépressurisation résultant d'une plongée couverte qui est effectuée pendant que l'assurance est en vigueur.

accident de plongée couverte désigne un accident, une maladie de décompression ou une blessure résultant d'une plongée couverte, sans égard à la profondeur. Pour un **étudiant en plongée**, le terme accident de plongée couverte désigne un accident, une maladie de décompression ou un accident survenu dans l'eau qui résulte d'une plongée couverte à la profondeur maximale pendant la formation d'un étudiant fixée par l'organisme de formation qui délivre le premier niveau de certification de plongée avec un appareil à circuit ouvert ou en apnée.

accident de sport nautique désigné désigne un accident : (i) qui survient pendant que l'assuré pratique un sport nautique désigné; et (ii) qui n'est pas un accident de plongée couverte, un accident survenu dans l'eau ou un accident non lié à la plongée.

accident non lié à la plongée désigne un accident qui n'est pas un accident de plongée couverte, un accident survenu dans l'eau, ou un accident de sport nautique désigné.

accident survenu dans l'eau désigne un accident qui survient alors que l'assuré est physiquement dans l'eau et n'est pas à bord d'un bateau à moteur ou à voile, n'y est pas attaché ou relié de quelque manière que ce soit, et ne participe pas à un sport nautique désigné (par exemple, un bateau à moteur, un voilier, une motomarine, etc.).

activité sanctionnée comprend les voyages, les plongées assurées, les activités de plongée couvertes, les sports nautiques désignés et les autres activités non exclues aux termes de la police.

assurance désigne la garantie dont bénéficie un membre assuré aux termes de la police d'assurance collective.

assuré ou **personne assurée** désigne un membre assuré qui remplit un formulaire d'adhésion requis et paie une prime exigée pour la garantie contributive.

assureur désigne Zurich Compagnie d'Assurances SA (Direction canadienne) et son administrateur autorisé agissant pour son compte.

autre assurance des frais médicaux désigne une assurance des frais médicaux prévue aux termes de toute autre assurance, comme les accords de paiement anticipé ou d'État provinciaux ou territoriaux canadiens, que l'autre assurance soit sur une base individuelle, familiale ou collective, ou par l'entremise d'un employeur, d'un syndicat ou de l'adhésion à une association. Si l'assurance est sur la base d'une prestation de services, le montant, aux termes de la présente définition, est celui que les services rendus auraient coûté en l'absence de l'assurance. L'expression « autre assurance des frais médicaux » désigne également l'assurance de la responsabilité civile, y compris les régimes d'assurance maladie automobile.

blessure désigne une lésion ou une blessure corporelle (à l'exclusion d'une lésion ou d'une blessure mentale ou émotionnelle) due à un accident assuré, qui n'est pas dû à une maladie, à une infection, à une déficience physique ou à tout autre état physique anormal, qui nécessite un examen et un traitement par un médecin et qui survient pendant que la garantie du membre assuré aux termes de la police d'assurance collective est en vigueur. Toutes les blessures subies par une personne au cours d'un seul et même accident, y compris les problèmes médicaux et les symptômes récurrents liés à ces blessures, sont considérées comme une seule blessure.

caisson hyperbare désigne un caisson pressurisé approuvé pour la recompression des victimes d'accidents de plongée et/ou pour l'oxygénothérapie hyperbare, en particulier pour la recompression de l'embolie gazeuse artérielle ou de l'accident de décompression.

certificat désigne le présent certificat d'assurance émis par l'assureur à l'assuré, qui atteste de l'existence de l'assurance et détaille la garantie, y compris les plafonds des prestations avec les modalités et conditions.

Compagnie désigne Zurich Compagnie d'Assurances SA (Direction canadienne) et son administrateur autorisé agissant pour son compte.

compagnon de voyage désigne une personne dont le nom figure avec celui du membre assuré dans la même entente de voyage et qui, durant le voyage, accompagnera le membre assuré ou partagera avec lui l'hébergement dans la même chambre, cabine ou unité condominiale, ou le même appartement ou autre lieu d'hébergement.

conjoint de fait désigne un partenaire du même sexe ou du sexe opposé qui est reconnu comme étant un conjoint de fait conformément aux lois locales de la province ou du territoire où il réside, ou qui a satisfait à toutes les exigences suivantes pendant au moins six mois consécutifs précédant immédiatement la date d'effet de la garantie :

1. réside avec vous;
2. partage des actifs financiers et des obligations avec vous;
3. ne vous est pas apparenté par le sang à un degré qui interdirait un mariage légitime;
4. a au moins l'âge du consentement dans la province ou le territoire où il réside; et
5. ni vous ni votre conjoint de fait n'êtes marié à une autre personne ni n'avez d'autre conjoint de fait.

La Compagnie exige une preuve de l'union de fait sous la forme d'une déclaration sous serment signée faisant état de l'union de fait.

Si la preuve de l'union de fait, telle qu'elle est décrite, est fournie à la Compagnie, les références au conjoint seront interprétées « conjoint de fait » dans la mesure où cela s'applique, sauf indication contraire.

contributive signifie que les prestations prévues nécessitent le paiement d'une prime par l'assuré.

Dan TravelAssist est un ensemble de services d'assistance voyage fournis par Divers Alert Network à tous les membres de DAN World. De plus amples renseignements se trouvent sur le site world.dan.org/fr/.

domicile désigne la résidence principale ou secondaire du membre assuré.

embolie gazeuse artérielle désigne les signes et les symptômes dus à la pénétration de gaz dans le système artériel par suite d'une surpression des structures corporelles contenant du gaz lors d'une plongée couverte.

étudiant en plongée désigne une personne inscrite à une formation approuvée par le titulaire de police et offerte par un partenaire membre du secteur, en vue de l'obtention du premier niveau de certification de plongée avec un appareil à circuit ouvert ou en apnée. Le premier niveau signifie que l'étudiant n'a pas précédemment obtenu une certification de plongée avec un appareil à circuit ouvert ou en apnée. La formation : (i) doit être effectuée en 26 semaines ou moins; (ii) doit être conforme aux normes de formation de l'organisme de formation qui délivre la certification; et (iii) ne comprend pas les plongées au-delà du nombre minimal de plongées requis par l'organisme de formation qui délivre la certification.

frais raisonnables et usuels désigne les frais de traitement et de services nécessaires qui sont raisonnables pour le traitement de cas d'une gravité et d'une nature comparables. Ces frais sont calculés à partir du tarif moyen basé sur les résultats techniques dans un domaine connexe au service fourni et sur le barème d'honoraires de la MDR (*Medical Data Research*) évalué au 90^e percentile et sur le guide intitulé *Anesthesia Relative Value Guide*.

frais supplémentaires d'hébergement désigne les frais d'hébergement ou d'hôtel exigés parce que l'assuré a été retardé dans son retour au domicile en raison d'un accident de plongée couvert. Les frais supplémentaires d'hébergement comprennent les repas jusqu'à concurrence de 100 \$ par jour, mais ne comprennent pas les séjours à l'hôpital, le transport ni les frais accessoires.

frais supplémentaires de transport désigne les frais de transport pour le retour au domicile pour un voyage qui a été retardé en raison d'un accident de plongée couvert.

garantie désigne l'assurance dont bénéficie un membre assuré aux termes de la police d'assurance collective.

hôpital désigne un établissement qui répond à toutes les exigences suivantes :

1. Il doit être exploité conformément à la loi;
2. Il doit, en tout temps, fournir des soins médicaux, des diagnostics et des traitements à des personnes malades ou blessées qui y sont admises en tant que malade hospitalisé;
3. Il doit être équipé de manière à permettre des diagnostics et des opérations chirurgicales supervisés par des médecins;
4. Du personnel infirmier autorisé doit être en poste ou sur appel jour et nuit; et
5. les soins doivent être fournis soit dans les locaux de l'hôpital ou dans des installations mises à sa disposition selon des arrangements préalables.

Sont exclus de la définition d'hôpital : les centres de repos ou de convalescence, les établissements de soins de longue durée, les centres de réadaptation ou les autres foyers de soins; les établissements qui traitent principalement les maladies mentales, l'alcoolisme ou la toxicomanie (ou une salle, une aile ou autre zone d'un hôpital qui est destiné à ces fins); et les établissements qui fournissent des soins de fin de vie (ou une salle, une aile ou autre zone d'un hôpital qui est destiné à ces fins).

infirmier désigne un infirmier autorisé ou un infirmier auxiliaire autorisé diplômé. Si des services infirmiers couverts sont requis à l'extérieur du Canada, infirmier s'entend d'un professionnel de la santé qui fournit des services infirmiers et qui est titulaire d'un permis ou d'un agrément l'autorisant à fournir ces services dans le pays ou la région où les services sont rendus.

maladie désigne une maladie ou un problème de santé qui :

1. nécessite un examen et un traitement par un médecin et qui commence pendant que l'assurance est en

vigueur;

2. dans les cas où la prestation est subordonnée à l'incapacité du membre assuré à plonger, de l'avis d'un médecin, empêcherait le membre assuré de plonger au cours d'un voyage.

Une maladie qui se manifeste pour la première fois, puis s'aggrave ou devient aiguë avant la date d'effet de la présente assurance n'est pas une maladie telle qu'elle est définie aux présentes et n'est pas couverte par la police d'assurance collective.

maladie de décompression désigne un accident de décompression ou une embolie gazeuse artérielle. Cette maladie doit être une conséquence directe d'une plongée couverte qui est effectuée pendant que l'assurance est en vigueur.

médecin désigne un prestataire de soins de santé dûment autorisé et en règle, agissant dans les limites de son permis d'exercer et prodiguant des soins ou un traitement à un membre assuré, y compris un praticien :

1. autorisé à fournir des services médicaux et à pratiquer la chirurgie générale; ou
2. agissant dans les limites de son permis et de la loi du territoire où les services sont rendus.

Le terme « médecin » ne comprend pas un membre de la famille immédiate du membre assuré ou toute personne liée au membre assuré par le sang, le mariage ou l'adoption, ni un compagnon de voyage ou un employé, un partenaire ou un associé commercial du membre assuré.

médicalement nécessaire ou **nécessité médicale** désigne les services ou les fournitures que le médecin traitant juge :

1. être appropriés et nécessaires pour traiter les symptômes, poser un diagnostic, fournir des soins directs et procéder au traitement d'une blessure ou d'une maladie;
2. être fournis pour traiter les symptômes, poser un diagnostic, fournir des soins directs et procéder au traitement d'une blessure ou d'une maladie;
3. être conformes aux normes de la bonne pratique médicale au sein de la communauté médicale organisée;
4. ne pas viser principalement à faciliter la tâche du médecin du membre assuré ou d'un autre prestataire; et
5. constituer la prestation ou le niveau de service le plus approprié pouvant être fourni en toute sécurité.

Pour les séjours à l'hôpital, il en découle que des soins actifs en tant que patient hospitalisé sont nécessaires en raison du type de services que le membre assuré reçoit ou de la gravité de son état, et qu'un traitement ambulatoire ne serait pas adéquat pour traiter efficacement le membre assuré.

membre désigne une personne qui a fait une demande d'adhésion à DAN World, Ltd., qui a satisfait aux exigences ou aux conditions d'adhésion qui peuvent être établies à l'occasion par DAN World, et qui a payé les frais d'adhésion annuels ou autres frais périodiques exigés pour bénéficier des avantages de l'adhésion.

membre assuré désigne un membre de DAN qui bénéficie d'une garantie non contributive pour l'adhésion *Regular* ou *Enhanced* aux termes de la police d'assurance collective.

membre de la famille immédiate désigne un membre assuré ou son conjoint, les enfants, les frères, les sœurs et les parents ou les beaux-parents du membre assuré ou de son conjoint, ainsi que les conjoints des enfants, des frères et des sœurs du membre assuré ou de son conjoint.

mois ou **mensuel** désigne la période allant du début d'un jour chiffré d'un mois jusqu'à la fin de la journée qui précède le même jour chiffré du mois suivant.

non contributive signifie qu'aucune prime supplémentaire n'est exigée du membre assuré ou de l'étudiant en plongée pour la prestation.

nous, notre et **nos** désigne la compagnie d'assurance mentionnée dans la présente police.

patient hospitalisé désigne un membre assuré qui est hospitalisé et pour qui une pension complète est facturée.

pays de résidence désigne le pays dans lequel réside en permanence le membre assuré. Ce pays doit nous avoir été communiqué au préalable.

période d'assurance désigne l'année suivant la date d'entrée en vigueur de l'assurance du membre assuré, à moins que la garantie ne prenne fin plus tôt, conformément aux conditions du certificat. Pour les étudiants en plongée, la **période d'assurance** désigne les 26 semaines suivant la date d'entrée en vigueur de l'assurance de la personne assurée ou du membre assuré, à moins que la garantie ne prenne fin plus tôt, conformément aux conditions du certificat.

personne admissible désigne une personne qui satisfait aux critères d'admissibilité du titulaire de police. Les catégories de personnes admissibles sont indiquées dans la disposition relative à l'admissibilité.

plafond des prestations désigne, pour chaque prestation prévue aux termes de la police d'assurance collective pour chaque membre assuré, le montant indiqué comme plafond des prestations pour cette prestation pour la catégorie admissible du membre assuré dans le Tableau des prestations ou aux présentes.

plongée couverte ou **activité de plongée couverte** désigne : (i) la plongée libre (en apnée), la plongée avec tuba et/ou la plongée en scaphandre autonome; (ii) la plongée en tant qu'instructeur de plongée, surveillant ou photographe/vidéographe sous-marin; (iii) la plongée dans le cadre de recherches menées sous l'égide de l'Association canadienne des sciences subaquatiques (ACSS) et conformément à ses lignes directrices en matière de sécurité de la plongée, ou d'un groupe dont le protocole de recherche écrit en plongée respecte ou dépasse celui de l'ACSS; ou (iv) la plongée en tant que bénévole dans le cadre de projets de préservation marine ou de restauration des habitats marins.

Pour un **étudiant en plongée**, les termes **plongée couverte** et **activité de plongée couverte** désignent la plongée en tant qu'**étudiant en plongée**, dans le cadre de toute activité de plongée, dans l'eau ou hors de l'eau, qui est nécessaire pour satisfaire aux normes d'obtention du premier niveau de certification de plongée avec un appareil à circuit ouvert ou en apnée, notamment le fait d'enfiler ou d'enlever l'équipement de plongée, d'entrer et de sortir de l'eau et de nager. Toutes les **activités de plongée couvertes** : (i) doivent être effectuées en 26 semaines ou moins; (ii) doivent être conformes aux normes de formation de l'organisme de formation qui délivre la certification; et (iii) ne comprennent pas les plongées au-delà du nombre minimal de plongées requis par l'organisme de formation qui délivre la certification.

Une plongée commence à l'entrée dans l'eau et se termine à la sortie de l'eau. Une plongée couverte doit commencer pendant que l'assurance est en vigueur.

plongeur à des fins commerciales désigne un plongeur spécialisé dans les opérations sous-marines et travaillant dans divers secteurs, notamment la construction, le pétrole et le gaz exploités en mer, le sauvetage maritime et les inspections sous-marines. Les plongeurs à des fins commerciales sont chargés des tâches telles que le soudage et le découpage sous-marins, la construction et l'entretien d'installations au large des côtes, l'inspection et la réparation d'oléoducs sous-marins et les opérations de sauvetage et de récupération. Les plongeurs à des fins commerciales reçoivent une rémunération ou une autre forme de contrepartie pour leurs services. Les professionnels de la plongée (instructeurs, surveillants, etc.) et les plongeurs qui pratiquent la photographie et la vidéographie sous-marines, qui mènent des recherches scientifiques, qui font de l'exploration sous-marine et qui procèdent à l'évaluation et à l'assainissement de l'environnement ne sont pas des plongeurs à des fins commerciales.

police désigne le contrat établi à l'intention du titulaire de police et prévoyant les prestations stipulées aux présentes.

problème de santé préexistant désigne une maladie ou un autre problème médical durant la période de 180 jours précédant immédiatement la date d'effet de l'assurance du membre assuré, pour laquelle ou lequel :

1. une recommandation de subir un test diagnostic, un examen ou un traitement médical a été faite;
2. il y a eu prise de médicaments sous ordonnance ou réception d'une ordonnance de médicaments; ou
3. des symptômes existants auraient entraîné une personne normalement prudente à obtenir un diagnostic ou un traitement avant d'entreprendre des vacances de plongée.

Le point 2. de la présente définition ne s'applique pas à un problème qui est traité ou contrôlé uniquement par la prise de médicaments et qui demeure traité ou contrôlé sans ajustement ni changement de l'ordonnance requise durant toute la période de 180 jours précédant la date d'effet de la garantie aux termes de la police d'assurance collective.

soins de garde désigne des soins :

1. fournis principalement pour le soutien du membre assuré; et
2. visant essentiellement à aider l'assuré ou le membre assuré dans les activités de la vie quotidienne.

Les soins de garde ne comprennent pas les soins fournis principalement pour leur valeur thérapeutique dans le traitement d'une blessure.

sport nautique désigné désigne les activités suivantes :

navigation de plaisance – une activité de loisir qui consiste à conduire ou à monter à bord d'un bateau, accosté ou sur l'eau, pour l'agrément. Elle comprend le canotage, la navigation de plaisance en croisière, le kayakisme, la navigation de plaisance à rames et la voile (telle qu'elle est définie ci-dessous), mais exclut la pêche.

canotage – une activité en plein air qui consiste à se déplacer dans un canoë de type spécial. Les canoës ouverts peuvent être propulsés avec une perche (pontés), à l'aide d'une voile, tirés avec une corde et halés (en utilisant des cordes), ou même par un mouvement de pompes sur les plats-bords (*gunnel-pumped*).

en croisière – une activité de loisir qui consiste à se déplacer dans un voilier de croisière notamment. Ces bateaux possèdent la fonctionnalité et les équipements d'une résidence secondaire, ce qui rend les voyages prolongés possibles et confortables. La navigation de plaisance en croisière ne comprend pas le paquebot de croisière.

kayakisme – un sport ou une activité qui consiste à pagayer sur l'eau dans un kayak. Les différents types de kayakisme sont définis par le type de voie navigable que l'on manœuvre avec le kayak. Le kayakisme classique se pratique dans les canaux, les rivières, les ruisseaux et autres voies navigables principalement stagnantes. Le kayakisme d'eaux vives consiste à descendre des rapides en kayak. Le kayakisme de mer consiste à pagayer dans les eaux océaniques et peut durer plusieurs jours.

à rames – un sport ou une activité à bord d'un bateau d'aviron. Un bateau d'aviron peut être n'importe quel bateau conçu pour avancer avec des rames.

voile – l'action de conduire ou de monter dans un bateau dont le principal moyen de propulsion est le vent qui gonfle les voiles du bateau.

sports dangereux ou à risque élevé désigne les activités sportives extrêmement dangereuses, notamment l'alpinisme, le saut à l'élastique, le ski sur neige, le parachutisme, le vélodétisme, le paravoile, ou voyage à bord d'un appareil gonflable, autrement que par l'intermédiaire d'une compagnie aérienne régulière ou d'une compagnie de vols nolisés.

sports nautiques derrière le bateau (à l'exclusion du paravoile) :

ski nautique – l'action de se tenir debout sur deux skis, un ski (ski avec slalom) ou pieds nus tout en glissant sur la surface de l'eau. Les participants s'accrochent à une corde ou à un câble de remorquage et sont tractés par un bateau, une autre embarcation (telle qu'une motomarine) ou un dispositif mécanique comme un treuil fixe. Les participants peuvent commencer dans l'eau ou hors de l'eau, comme sur un quai ou une plage.

planche sur sillage – l'action de se tenir debout sur une planche sur sillage, les pieds attachés à l'aide de fixations, tout en glissant sur la surface de l'eau. Les participants s'accrochent à un câble de remorquage et sont tractés par un bateau, une autre embarcation (telle qu'une motomarine) ou un dispositif mécanique comme un treuil fixe. Les participants peuvent commencer dans l'eau ou hors de l'eau, comme sur un quai ou une plage. La planche à cru est une variante de la planche sur sillage, où la planche est dépourvue de fixations.

bouée tractable – l'action de monter à bord d'une chambre à air ou d'un autre objet gonflable tracté par un bateau, une autre embarcation (telle qu'une motomarine) ou un dispositif mécanique comme un treuil fixe. Les participants peuvent commencer dans l'eau ou hors de l'eau, comme sur un quai ou une plage.

surf – l'action de se laisser porter par les vagues déferlantes à l'aide d'une planche de surf. Le participant est généralement assis sur la planche flottante jusqu'à ce qu'il repère une vague déferlante convenable. À ce moment-là, il commence à pagayer à l'aide de ses bras et tente de se mettre debout sur la planche. Le *skurf* est une variante dans laquelle une planche de surf est tractée derrière un bateau, une autre embarcation (telle qu'une motomarine) ou un dispositif mécanique comme un treuil fixe.

planche à voile – l'action de se tenir debout sur une planche à voile et d'utiliser la voile attachée pour exploiter la force du vent afin de se propulser et de se diriger.

planche aérotractée ou planche volante – l'utilisation d'une planche aérotractée (semblable à une planche sur sillage), qui peut être attachée ou non aux pieds à l'aide de lanières attache-pieds ou de fixations, conjointement avec un cerf-volant (habituellement attaché au corps à l'aide d'un harnais) pour se déplacer à la surface de l'eau en position debout. Le participant contrôle le cerf-volant avec ses mains afin d'exploiter la force du vent pour se propulser. La présente garantie ne comprend pas le ski cerf-volant ni la formation à la planche volante sans utilisation de la planche.

planche à genoux – l'action de s'agenouiller sur une planche à genoux tout en glissant sur la surface de l'eau. Les participants s'accrochent à un câble de remorquage et sont tractés par un bateau, une autre embarcation (telle qu'une motomarine) ou un dispositif mécanique comme un treuil fixe. Les participants peuvent commencer dans l'eau ou hors de l'eau, comme sur un quai ou une plage.

surf horizontal – l'action de se laisser porter par les vagues déferlantes à l'aide d'une planche ventrale. Les participants s'accrochent généralement à la planche et la manœuvrent en position couchée ou à genoux. Les participants peuvent porter des palmes.

planche à bras – l'action de s'agenouiller sur une planche de surf ou une planche à bras et pagayer à l'aide des bras dans un mouvement similaire à celui de la nage. La planche à bras désigne également la planche à pagaie (SUP), qui consiste à se tenir debout sur une planche de surf ou une planche à pagaie et à utiliser une longue pagaie simple pour se propulser et se diriger.

Tableau des prestations désigne le Tableau des prestations dans le présent document.

tiers désigne toute personne autre que :

1. le membre assuré;
2. une personne liée au membre assuré par le sang, le mariage ou l'adoption;
3. les propriétaires, actionnaires, membres du personnel ou autres personnes associées à l'entreprise qui a fourni les services de plongée à l'origine de l'accident.

titulaire de police désigne DAN World, Ltd., l'entité juridique pour laquelle la police d'assurance collective est établie.

traitement ambulatoire désigne les services et fournitures médicalement nécessaires fournis à un membre assuré dans le cabinet d'un médecin ou au service de consultation externe d'un hôpital pour lesquels aucune pension n'est facturée.

traitements et interventions facultatives désigne tout traitement médical ou toute intervention chirurgicale qui n'est pas médicalement nécessaire, y compris les services, les traitements ou les fournitures considérés par une autorité gouvernementale fédérale, provinciale ou locale, ou par nous, comme de la recherche ou de l'expérimentation, ou qui n'est pas reconnu comme une pratique médicale généralement acceptée.

transporteur public désigne tout moyen de transport terrestre, maritime ou aérien pour lequel un permis valide de transport de passagers payants est accordé.

unité de soins intensifs désigne la section distincte d'un hôpital réservée aux patients gravement malades qui nécessitent des soins infirmiers hautement spécialisés et une surveillance infirmière constante ou étroite et fréquente par des moyens audiovisuels. L'unité de soins intensifs doit fournir à ses patients :

1. une pension complète;
2. des soins infirmiers offerts par des infirmiers qui travaillent uniquement dans l'unité; et
3. du matériel spécial et des fournitures qui sont principalement utilisés sur l'unité.

urgence médicale désigne une blessure ou une maladie à caractère d'urgence qui présente un risque immédiat pour la vie ou la santé à long terme d'un membre assuré.

vacances de plongée désigne un voyage dont le but principal est de participer à une activité de plongée couverte à bord d'un bateau d'habitation ou dans un centre ou une installation de plongée qui offre la possibilité de faire de la plongée avec tuba récréative, lorsque l'assuré a payé ou pris des dispositions pour faire des activités de plongée avant son départ.

vous, votre et vos désigne l'assuré ou le membre assuré défini dans la présente police.

voyage (ne s'applique pas aux accidents de plongée couverts) désigne :

1. un voyage aller-retour à au moins quatre-vingts (80) kilomètres de distance du lieu de résidence principal du membre assuré;
2. un voyage n'ayant pas pour but d'obtenir des soins de santé ou un traitement médical de quelque nature que ce soit; et
3. un voyage qui n'est pas effectué vers une destination où le membre assuré dispose d'un domicile ou d'une résidence.

ADMISSIBILITÉ

Personnes admissibles

Prestations non contributives pour les adhésions *Regular et Enhanced*:

Les membres assurés sont tous les membres qui :

- a. sont en règle auprès du titulaire de police;
- b. sont âgés de 8 ans ou plus;
- c. sont âgés de 80 ans ou moins; et
- d. ne sont pas des plongeurs à des fins commerciales; et
- e. sont en voyage au moment où l'urgence médicale survient.

Prestations non contributives pour les étudiants en plongée :

Une personne admissible qui :

- a. est en règle auprès du titulaire de police;
- b. est âgée de 8 ans ou plus;

- c. est âgée de 80 ans ou moins; et
- d. n'est pas un plongeur à des fins commerciales.

Prestations contributives :

Les assurés sont tous les membres qui :

- a. sont en règle auprès du titulaire de police;
- b. sont âgés de 8 ans ou plus;
- c. sont âgés de 80 ans ou moins;
- d. ne sont pas des plongeurs à des fins commerciales; et
- e. ont acquitté la prime exigible.

DATE D'EFFET DE L'ASSURANCE

Toutes les garanties que vous choisissez ou qui vous sont accordées prendront effet à la date à laquelle vous êtes admissible, à condition que le formulaire d'adhésion et la prime exigible pour les prestations contributives aient été reçus par le titulaire de police.

RÉSILIATION DE L'ASSURANCE

Date à laquelle l'assurance prend fin

Votre garantie prend automatiquement fin à la première des dates suivantes :

1. La date à laquelle la police d'assurance collective prend fin au choix de la Compagnie ou du titulaire de police;
2. La date à laquelle la police prend fin pour votre catégorie;
3. La fin de la période pour laquelle vous avez payé la dernière prime;
4. La date d'échéance de votre prime qui coïncide avec la date à laquelle vous atteignez l'âge de 80 ans ou suivant cette date;
5. La date d'échéance de votre prime qui coïncide avec la date à laquelle vous cessez d'être un membre en règle auprès du titulaire de police ou suivant cette date; ou, pour les étudiants en plongée, la date d'achèvement de la dernière plongée exigée par les normes de l'organisme de formation qui délivre un premier niveau de certification de plongée avec un appareil à circuit ouvert ou en apnée, ou 26 semaines après la prise d'effet de l'assurance, selon la première de ces éventualités.

En cas de résiliation de la police d'assurance collective, l'assureur demeure tenu d'assumer le paiement des réclamations aux assurés, mais uniquement pour les réclamations subies avant l'expiration du certificat d'assurance de l'assuré.

PRESTATIONS DE TRANSPORT MÉDICAL D'URGENCE

Évacuation d'urgence et transfert médicalement nécessaire

Toutes les prestations d'évacuation d'urgence et de transfert médicalement nécessaire doivent être approuvées au préalable par *DAN TravelAssist* pour être admissibles au remboursement et tous les préparatifs de voyage doivent être coordonnés par *DAN TravelAssist*.

À la réception d'une preuve en bonne et due forme attestant que le membre assuré a subi une urgence médicale au cours d'un voyage et que son état nécessite une évacuation d'urgence ou un transfert médicalement nécessaire, nous paierons les frais couverts engagés dans le cadre de cette évacuation ou de ce rapatriement, jusqu'à concurrence du plafond des prestations.

Évacuation d'urgence signifie :

1. que le problème de santé du membre assuré est médicalement nécessaire et justifie un transport immédiat de l'endroit où le membre assuré subit la maladie ou la blessure vers l'hôpital ou l'établissement médical le plus proche où un traitement médical approprié peut être obtenu;
2. qu'après avoir été traité dans l'hôpital ou l'établissement médical le plus proche, le transport vers un autre hôpital ou établissement médical pour y recevoir des soins, un traitement ou une évaluation supplémentaires est une nécessité médicale.

transfert médicalement nécessaire signifie qu'après un traitement ou une évaluation dans l'hôpital ou l'établissement médical le plus proche, et s'il n'y a pas de soins appropriés offerts localement, le transport vers un autre hôpital ou établissement médical pour y recevoir des soins, un traitement ou une évaluation supplémentaires est une nécessité médicale.

Tout transfert médicalement nécessaire est effectué au gré du titulaire de police, en consultation avec le médecin traitant du membre assuré.

Frais couverts liés au transport médical d'urgence

Les **frais couverts** désignent les frais de transport, de traitement médical, de services médicaux et de fournitures médicales qui :

1. sont nécessairement engagés dans le cadre d'une évacuation d'urgence et d'un transfert médicalement nécessaire du membre assuré;
2. respectent les normes médicales généralement acceptées; et
3. sont effectués à la demande d'un médecin et sont administrés dans le cadre des soins, de la supervision ou de la demande du médecin, ou sont exigés par la réglementation normale de la méthode de transport utilisée pour transporter le membre assuré.

Pour être couverts, tous les préparatifs de transport faits pour l'évacuation du membre assuré doivent prévoir le transport le plus direct et le plus économique et avoir été organisés préalablement par le titulaire de police.

transport désigne tout transport terrestre, maritime ou aérien nécessaire au transport d'un membre assuré lors d'une évacuation d'urgence ou d'un transfert médicalement nécessaire. Le transport comprend notamment les ambulances aériennes, les ambulances terrestres et les véhicules automobiles privés. Nous ne couvrons pas les frais liés à des services fournis par un autre tiers sans frais pour l'assuré.

PRESTATIONS D'ASSISTANCE VOYAGE

Rapatriement d'une dépouille

À la réception d'une preuve en bonne et due forme attestant que le membre assuré est décédé au cours d'un voyage, nous paierons les frais engagés pour déplacer le corps et ramener la dépouille mortelle au lieu de résidence de la personne, tel qu'il figure dans la base de données de l'administrateur, en vue de l'inhumation. Les frais couverts comprennent notamment les frais de thanatopraxie, d'incinération, les autorisations gouvernementales nécessaires, les cercueils et le transport, jusqu'à concurrence du plafond indiqué au Tableau des prestations.

Les frais liés à l'utilisation d'une ambulance aérienne pour le rapatriement de la dépouille sont expressément exclus.

Rapatriement pour soins supplémentaires

Si un membre assuré subit une urgence médicale au cours d'un voyage pour laquelle une évacuation d'urgence ou un transfert médicalement nécessaire est requis, et le membre assuré est jugé médicalement apte à se rendre dans un autre hôpital ou établissement médical pour y recevoir des soins, un traitement ou une évaluation supplémentaires, *DAN TravelAssist* organisera et nous paierons, jusqu'au plafond des prestations, les frais couverts pour le transport vers un hôpital ou un établissement médical qui est situé :

1. près du domicile du membre assuré; ou
2. près de l'endroit où le membre assuré vit et/ou travaille au moment de l'urgence médicale.

Tout rapatriement pour soins supplémentaires est effectué au gré de *DAN TravelAssist*, en consultation avec le médecin traitant du membre assuré. Le rapatriement pour soins supplémentaires est limité aux compagnies aériennes commerciales régulières, aux bateaux ou aux transports terrestres, et *DAN TravelAssist* organisera et nous paierons, jusqu'au plafond des prestations, les frais couverts pour ces compagnies aériennes commerciales régulières, ces bateaux ou ces transports terrestres.

Transport médical à domicile

Si un membre assuré subit une urgence médicale au cours d'un voyage et que l'on s'attend à ce que son état nécessite une hospitalisation de plus de sept jours, nous paierons, jusqu'à concurrence du plafond des prestations, les frais couverts pour le transport du membre assuré à l'hôpital de son choix situé à proximité de son domicile.

Nous nous réservons le droit, en consultation avec le médecin traitant et *DAN TravelAssist*, de déterminer, à notre avis :

1. si le problème de santé d'un membre assuré est suffisamment grave pour justifier un transport médical à domicile;
2. si le problème de santé d'un membre assuré est suffisamment stable pour permettre un transport médical à domicile sans l'exposer à des blessures supplémentaires ou à une aggravation de son état; et
3. le mode de transport.

Le membre assuré ne peut bénéficier de cette prestation qu'une seule fois par période de 12 mois.

Lorsque le transport médical à domicile est limité aux compagnies aériennes commerciales régulières, aux bateaux ou aux transports terrestres, nous paierons, jusqu'à concurrence du plafond des prestations, les frais couverts pour ces compagnies aériennes commerciales régulières, ces bateaux ou ces transports terrestres. Lorsque le transport médical à domicile comprend des services loués, nous paierons également, jusqu'à concurrence du plafond des prestations, les frais couverts pour ces services loués.

Transport pour rejoindre le circuit à la suite d'une urgence médicale

Si, au cours d'un voyage, un membre assuré est hospitalisé ou subit une évacuation d'urgence qui l'empêche de suivre l'itinéraire original de son voyage, une fois qu'il s'est rétabli et qu'il est jugé apte à voyager par compagnie aérienne commerciale régulière, bateau ou transport terrestre, nous paierons pour que le membre assuré obtienne, jusqu'à concurrence du plafond des prestations, un billet aller simple en classe économique (ou de la même classe que celle du billet original s'il s'agit d'une classe différente de la classe économique) déduction faite de la valeur du crédit appliqué à tout billet inutilisé détenu par le membre assuré, afin qu'il rejoigne le voyage.

Rapatriement à la suite d'une urgence médicale

Si, au cours d'un voyage, un membre assuré est hospitalisé ou subit une évacuation d'urgence qui l'empêche de suivre l'itinéraire original de son voyage, une fois qu'il s'est rétabli et qu'il est jugé apte à voyager par compagnie aérienne commerciale régulière, bateau ou transport terrestre, nous paierons pour que le membre assuré obtienne, jusqu'à concurrence du plafond des prestations, un billet aller simple en classe économique (ou de la même classe que celle du billet original) déduction faite de la valeur du crédit appliqué à tout billet de retour original inutilisé détenu par le membre assuré, afin qu'il se rende à sa destination de retour originale.

Recherche et sauvetage

Si un membre assuré a disparu au cours d'un voyage ou d'une plongée couverte et que la garde côtière, la police locale ou d'autres services nationaux ou internationaux responsables de la sécurité en mer et/ou de la recherche et du sauvetage entreprennent des recherches pour tenter de sauver la vie du membre assuré, nous soutiendrons ces recherches et paierons, jusqu'à concurrence du plafond des prestations, les dépenses liées aux efforts de recherche et de sauvetage. Le remboursement est limité aux frais engagés par des organismes spécialement formés et approuvés pour entreprendre des opérations de recherche et de sauvetage. Aucune prestation n'est payable pour les frais qu'un membre assuré n'est pas tenu de payer ou pour les charges calculées uniquement en raison de l'existence de la présente prestation.

Visite d'un membre de la famille ou d'un ami/compagnon de voyage

Si, au cours d'un voyage, un membre assuré voyage seul et doit être hospitalisé pendant plus de sept jours consécutifs, *DAN TravelAssist* organisera et nous paierons, jusqu'à concurrence du plafond des prestations, un billet d'avion aller-retour en classe économique pour une personne choisie par le membre assuré pour qu'elle puisse se rendre à l'endroit où il est hospitalisé et revenir à son point de départ, jusqu'à concurrence du plafond des prestations indiqué au Tableau des prestations.

De plus, nous paierons les frais d'hébergement et de repas pendant toute la durée du séjour du membre assuré. Le membre de la famille ou l'ami/le compagnon de voyage doit fournir des factures ou des reçus pour les frais réels. La prestation est payable jusqu'à concurrence de 250 \$ par nuit pour l'hébergement et de 100 \$ par jour pour les repas et est soumise au plafond global des prestations indiqué dans le Tableau des prestations. La présente prestation s'applique à une période d'au plus 10 jours, ou jusqu'à 72 heures après la sortie de l'hôpital du membre assuré, selon la période la moins longue. La présente prestation ne couvre pas les séjours à l'hôpital. Les frais accessoires sont inclus dans l'adhésion *Enhanced*, mais ne le sont pas dans l'adhésion *Regular*.

Retour d'enfants à charge

Si, au cours d'un voyage, un membre assuré voyage seul avec ses enfants à charge mineurs et subit une urgence médicale pour laquelle une évacuation d'urgence ou un transfert médicalement nécessaire est payable et qu'il n'est pas en mesure de répondre aux besoins des enfants, *DAN TravelAssist* organisera et nous paierons, jusqu'à concurrence du plafond des prestations, le transport aller simple des enfants en classe économique (ou de la même classe que celle du billet original), déduction faite de la valeur du crédit appliqué à tout billet de retour original inutilisé détenu par les enfants, afin qu'ils puissent retourner à leur domicile. Des accompagnateurs qualifiés seront fournis, au besoin.

Retour d'un compagnon de voyage

À la réception d'une preuve en bonne et due forme attestant que le membre assuré a subi une urgence médicale au cours d'un voyage et que le billet d'avion de son compagnon de voyage n'est plus valide en raison des changements de plans causés par l'urgence, *DAN TravelAssist* organisera et nous paierons le transport aller simple du compagnon de voyage en classe économique (ou de la même classe que celle du billet original) déduction faite de la valeur du crédit appliqué à tout billet de retour original inutilisé, afin que le compagnon de voyage puisse revenir à son point de départ, jusqu'à concurrence du plafond des prestations indiqué au Tableau des prestations.

Restitution du véhicule

À la réception d'une preuve en bonne et due forme attestant que le membre assuré est hospitalisé ou subit une évacuation d'urgence et un transfert médicalement nécessaire, nous rembourserons les frais de retour du véhicule non surveillé à l'agence de location ou à sa résidence principale actuelle, jusqu'à concurrence du plafond de prestations indiqué au Tableau des prestations.

Évacuation de sécurité mondiale

Si, au cours d'un voyage hors de son pays de résidence, un membre assuré est confronté à une situation d'urgence qui le met en danger imminent, nous paierons, jusqu'à concurrence du plafond des prestations, les frais couverts engagés pour une telle évacuation de sécurité.

Dans le cadre d'une **évacuation de sécurité**, les **frais couverts** comprennent les frais de transport qui sont nécessairement engagés dans le cadre de l'évacuation pour des raisons de sécurité du membre assuré.

Pour être couverts, tous les préparatifs de transport faits pour transporter le membre assuré doivent prévoir le transport le plus direct et le plus économique et avoir été organisés préalablement par *DAN TravelAssist*.

Aux fins de l'application de la présente prestation seulement, l'expression « **avis de sécurité** » désigne une recommandation officielle des autorités compétentes invitant le membre assuré ou les citoyens de son pays de résidence ou les citoyens du pays d'accueil à quitter le pays d'accueil.

Aux fins de l'application de la présente prestation seulement, l'expression « **autorités compétentes** » désigne les autorités gouvernementales dans le pays de résidence du membre assuré ou celles du pays d'accueil.

Aux fins de l'application de la présente prestation seulement, l'expression « **situation d'urgence** » désigne l'une ou l'autre des situations suivantes dans laquelle se trouve un membre assuré au cours d'un voyage hors de son pays de résidence :

1. L'expulsion d'un pays d'accueil ou le fait d'être déclaré persona non grata sur autorisation écrite du gouvernement reconnu d'un pays d'accueil;
2. Des événements politiques ou militaires concernant un pays d'accueil, si les autorités compétentes publient un avis de sécurité;
3. Un désastre naturel;
4. Une agression physique confirmée ou une menace d'agression physique confirmée par un tiers;
5. Le membre assuré est réputé enlevé ou une personne disparue par les autorités locales ou internationales et, lorsqu'il est retrouvé, sa sécurité et/ou son bien-être sont remis en question dans les 14 jours après avoir été retrouvé.

Aux fins de l'application de la présente prestation seulement, l'expression « **pays d'accueil** » désigne tout pays dans lequel un membre assuré se rend lors d'un voyage hors de son pays de résidence.

Aux fins de l'application de la présente prestation seulement, l'expression « **danger imminent** » désigne une situation où le membre assuré est exposé à un risque de blessure ou de maladie à la suite d'une situation d'urgence pouvant entraîner un grave préjudice corporel ou la mort.

Aux fins de l'application de la présente prestation seulement, l'expression « **personne disparue** » désigne un assuré qui a disparu pour une raison inconnue et dont la disparition a été signalée aux autorités compétentes.

Aux fins de l'application de la présente prestation seulement, l'expression « **désastre naturel** » désigne une tempête (de vent, de pluie, de neige, de grésil, de grêle, de poussière ou de sable, ou un orage électrique), un tremblement de terre, une inondation, une éruption volcanique, un feu de forêt ou un autre événement similaire qui :

1. découle de causes naturelles; et
2. entraîne des dommages si graves et si étendus que l'endroit des dommages est officiellement déclaré zone sinistrée par le gouvernement du pays d'accueil et que cette zone est considérée comme inhabitable ou dangereuse.

Aux fins de l'application de la présente prestation seulement, l'expression « **évacuation de sécurité** » désigne le dégagement d'un membre assuré au cours d'un voyage hors de son pays de résidence en raison d'une situation d'urgence qui place le membre assuré dans une situation de danger imminent.

Aux fins de l'application de la présente prestation seulement, l'expression « **transport** » désigne tout moyen de transport terrestre, maritime ou aérien nécessaire au transport d'un membre assuré lors d'une évacuation de sécurité. Le transport doit être requis dans les circonstances et autorisé par *DAN TravelAssist*. *DAN TravelAssist* organisera le transport en utilisant le mode de transport le mieux adapté à cette fin.

Aux fins de l'application de la présente prestation seulement, l'expression « **agression physique confirmée** » désigne un préjudice corporel volontaire du membre assuré confirmé par des documents ou des preuves matérielles.

Aux fins de l'application de la présente prestation seulement, l'expression « **menace d'agression physique confirmée** » désigne une menace à la santé et la sécurité du membre assuré confirmée par des documents et/ou des preuves matérielles.

Exclusions de frais couverts liés au transport médical d'urgence

Aucune prestation n'est payable :

1. pour les problèmes de santé chroniques ou préexistants;
2. lors d'un voyage entrepris malgré l'avis d'un médecin;
3. pour des services, fournitures, traitements ou transports liés à une pandémie, à une épidémie ou à une exposition à une maladie infectieuse contagieuse;
4. si le membre assuré était inscrit sur une liste d'attente pour une transplantation d'organes lorsqu'il a entrepris son voyage et que le transport est lié à cette transplantation;
5. pour un traitement indemnisable aux termes d'une autre assurance des frais médicaux, de la loi sur l'indemnisation des accidents du travail, ou pour tout service, fourniture ou traitement prévus dans un régime public, notamment fédéral ou provincial, ou en vertu d'une loi fédérale, provinciale ou autre;
6. pour les services, fournitures ou traitements, y compris toute période d'hospitalisation, qui n'ont pas été recommandés, approuvés et certifiés comme nécessaires et raisonnables par un médecin, ou pour tous frais de nature non médicale;
7. pour un suicide ou une tentative de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non, ou une blessure auto-infligée;
8. en raison d'un acte de guerre ou d'une guerre, que celle-ci soit déclarée ou non, ou du service au sein des forces armées, de la garde nationale ou d'un corps de réserve organisé d'un pays ou d'une autorité internationale quelconque;
9. pour les blessures subies en participant : (i) à des sports professionnels; (ii) à des sports dangereux ou à risque élevé; ou (iii) à des sports de club, interscolaires ou intercollégiaux;
10. pour les frais découlant de la grossesse;
11. en lien avec des compétitions ou des tentatives d'établir ou de battre des records;
12. pour tout trouble nerveux, émotionnel ou mental;
13. en lien avec la consommation d'alcool ou de drogues, ou l'utilisation de tout médicament ou agent narcotique, sauf sur ordonnance d'un médecin;
14. par suite de la perpétration d'un crime ou en lien avec celle-ci; ou
15. si les services sont fournis par un membre de la famille immédiate.

La Compagnie n'est pas tenue de fournir des services de transport à un membre assuré si, à son gré :

16. le membre assuré se trouve dans une région qui n'est pas accessible de manière sécuritaire par la compagnie fournissant les services de transport;
17. le membre assuré a une maladie infectieuse contagieuse;
18. le diagnostic principal du membre assuré est de nature psychiatrique;
19. le membre assuré était inscrit sur une liste d'attente pour une transplantation d'organes lorsqu'il a entrepris son voyage et que le transport est lié à cette transplantation;
20. le membre assuré doit être hospitalisé en raison d'un problème de santé préexistant;
21. le membre assuré ne peut être transporté en toute sécurité;
22. le membre assuré a été exposé à une réaction nucléaire ou à une contamination radioactive; ou
23. le membre assuré voyage dans le but d'obtenir un traitement médical.

Accidents de plongée couverts – Frais médicaux couverts

Nous paierons les frais couverts décrits ci-dessous, sous réserve des conditions et des limites énoncées aux présentes.

frais couverts désignent les frais admissibles qui sont liés à des services, fournitures, soins ou traitements médicalement nécessaires dans le cadre d'un accident de plongée couvert. L'accident doit survenir pendant que l'assurance est en vigueur. Les frais admissibles doivent être engagés dans les 365 jours suivant l'accident.

Les services, fournitures, soins ou traitements médicaux doivent être prescrits, effectués ou ordonnés par un médecin, et les frais doivent être raisonnables et usuels. Nous ne paierons pas les frais en excédent du montant indiqué au Tableau des prestations.

Le terme « frais couverts » comprend ce qui suit :

1. Les frais de traitement en caisson hyperbare pour un maximum de trois traitements par accident de plongée couvert. Tout traitement après le troisième doit être approuvé par l'assureur, ou son représentant désigné.
2. Les honoraires de médecin pour le traitement en caisson hyperbare, les services médicaux et les opérations chirurgicales.
3. Les frais d'ambulance pour le transport par un service professionnel d'ambulance terrestre, aérienne ou maritime vers l'hôpital ou le caisson hyperbare le plus proche où des soins ou des traitements appropriés peuvent être prodigués. Les frais admissibles ne comprennent pas les frais admissibles au remboursement dans le cadre de la prestation de transport médical d'urgence. Tout transport ayant recours à un service d'ambulance aérienne ou maritime doit être approuvé préalablement pour être admissible à un remboursement.
4. Les frais d'hôpital pour :
 - a. pension complète;
 - b. soins infirmiers généraux, y compris le traitement en caisson hyperbare;
 - c. autres services et fournitures pour les patients hospitalisés et les patients externes (à l'exclusion des frais pour les services professionnels rendus à l'hôpital par des personnes qui ne sont pas des employés); et
 - d. placement dans une unité de soins intensifs, à condition que ce placement soit ordonné par un médecin et découle d'une blessure nécessitant un traitement médical et infirmier spécial qui n'est généralement pas dispensé aux autres patients de l'hôpital.

La prestation quotidienne d'hospitalisation payable pour la pension complète pour chaque jour d'hospitalisation correspond au tarif moyen d'une chambre à deux lits dans l'hôpital où a lieu l'hospitalisation. Si l'hôpital ne dispose que de chambres à un lit, la prestation quotidienne d'hospitalisation correspondra à 80 % du tarif des chambres à un lit. La prestation quotidienne payable pour la pension complète pour chaque jour d'hospitalisation dans une unité de soins intensifs correspond à deux fois la prestation quotidienne d'hospitalisation.

5. Les frais liés aux fournitures médicales d'oxygène.
6. Les autres frais admissibles, y compris :
 - a. les frais chirurgicaux ambulatoires pour les services et fournitures nécessaires si :
 - i. les frais découlent d'une intervention chirurgicale;
 - ii. les prestations pour ces frais auraient été payables si l'intervention chirurgicale avait été effectuée dans un hôpital; et
 - iii. la chirurgie est pratiquée dans un centre chirurgical ambulatoire qui exerce ses activités dans le cadre de son autorisation à pratiquer cette chirurgie.
 - b. Les honoraires de chirurgien pour la pratique d'interventions chirurgicales.
 - c. Les frais d'anesthésie et leur administration lorsqu'ils ne sont pas couverts à titre de frais d'hôpital.
 - d. Les frais de soins infirmiers, de physiothérapie et d'ergothérapie pour :
 - i. les soins infirmiers privés fournis par un infirmier;
 - ii. les traitements fournis par un physiothérapeute autorisé; et
 - iii. les traitements fournis par un ergothérapeute autorisé.
 - e. Les frais de radiologie et de laboratoire pour les rayons X, les traitements radiologiques et les tests diagnostiques de laboratoire.
 - f. Les frais liés aux fournitures médicales pour :
 - i. les plâtres, les attelles, les bandages herniaires, les appareils orthopédiques, les béquilles et les bandages chirurgicaux; et
 - ii. les yeux et les membres artificiels pour le remplacement initial des yeux et des membres naturels amputés pendant que l'assurance est en vigueur; et
 - iii. la location de fauteuils roulants manuels et de lits d'hôpitaux, de matériel à oxygène et d'autres équipements médicaux durables utilisés uniquement par l'assuré pour le traitement de la blessure. La Compagnie approuve, à son gré, l'achat de ces articles.

Accidents de plongée couverts – Frais médicaux couverts limités

Les frais couverts pour la thérapie manuelle (par exemple, le recours aux approches corporelles ou à la massothérapie et aux autres manipulations physiques du corps en vue d'une guérison, comme l'ostéopathie et la chiropratique) et l'acupuncture sont limités à 350 \$ par année civile et payables à raison de 35 \$ par visite pour dix (10) visites.

Accidents non liés à la plongée et sports nautiques désignés – Frais médicaux couverts

À la réception d'une preuve en bonne et due forme attestant que l'assuré a engagé des frais pour le traitement d'une blessure causée par un accident non lié à la plongée, nous paierons les frais couverts décrits ci-dessous, sous réserve des conditions et des limites. Les frais couverts désignent les frais admissibles pour des services, des fournitures, des soins ou un traitement médicalement nécessaires se rapportant à la blessure. L'accident doit survenir pendant que :

1. la garantie est en vigueur;
2. l'assuré est en voyage à des fins récréatives uniquement;
3. l'assuré se trouve hors de son pays de résidence (non applicable aux sports nautiques désignés); et
4. l'assuré est à plus de quatre-vingts (80) kilomètres de distance de sa résidence principale (non applicable aux sports nautiques désignés).

Les frais engagés par suite de l'accident doivent être engagés et traités hors du pays de résidence de l'assuré.

Les services, fournitures, soins ou traitements médicaux doivent être prescrits, effectués ou ordonnés par un médecin et comprennent les soins médicaux, chirurgicaux et dentaires d'urgence, les soins infirmiers professionnels, les services hospitaliers, les services de rayons X, les services d'ambulance terrestre et les prothèses. Les frais pour ces services, fournitures, soins ou traitements doivent être raisonnables et usuels et nous ne paierons pas les frais en excédent du plafond des prestations indiqué au Tableau des prestations.

Prestations complémentaires

Si la police d'assurance collective prend fin alors qu'un assuré est totalement invalide, les prestations seront prolongées pour englober les frais engagés après la date de résiliation. Ces prestations complémentaires sont soumises aux mêmes conditions que celles qui se seraient appliquées si la police d'assurance collective était restée en vigueur, et elles ne sont payables que pour les frais engagés :

1. pour le traitement de l'accident de plongée couvert précis qui a causé l'invalidité totale;
2. alors que la personne demeure totalement invalide; et
3. pendant les douze (12) premiers mois consécutifs suivant la fin de la police d'assurance collective.

Aux fins de l'application des prestations complémentaires, le terme **invalidité totale** signifie qu'un assuré est incapable d'accomplir les tâches essentielles et importantes de tout emploi pour lequel ses études, son expérience ou sa formation le qualifient. Dans le cas d'une personne assurée pour laquelle la définition professionnelle d'invalidité totale ou de totalement invalide n'est pas appropriée, ces termes signifient que la personne assurée est incapable de se livrer aux activités habituelles d'une personne du même âge et du même sexe dont l'état de santé est comparable à celui de la personne assurée immédiatement avant l'accident.

Exclusions des frais médicaux couverts pour les accidents de plongée couverts, les accidents non liés à la plongée et les accidents de sports nautiques désignés

Aux termes de la présente prestation, aucune prestation n'est payable :

1. pour les frais liés à des problèmes de santé préexistants ou chroniques;
2. pour les services ou les fournitures pour lesquels l'assuré n'est pas tenu de payer, ou les frais imposés uniquement en raison de l'existence de l'assurance;
3. pour un accident pour lequel les frais sont indemnisables aux termes d'une autre assurance des frais médicaux, de la loi sur l'indemnisation des accidents du travail ou sur les maladies professionnelles de toute province ou de tout territoire, ou pour tout service, fourniture ou traitement prévu dans un régime public, notamment fédéral ou provincial, ou en vertu d'une loi fédérale, provinciale ou autre;
4. pour les frais liés à un acte de guerre, que celle-ci soit déclarée ou non;
5. pour les soins de garde;
6. pour les drogues ou les médicaments qui peuvent être obtenus sans ordonnance écrite et/ou qui ne sont pas fournis et administrés pendant une hospitalisation à titre de patient hospitalisé;
7. pour les frais qui dépassent les frais raisonnables et usuels pour les services et fournitures fournis;

8. pour les services hospitaliers et les fournitures pour hôpitaux lorsque l'hospitalisation a lieu uniquement à des fins de diagnostic;
9. pour les troubles nerveux, émotionnels ou mentaux;
10. pour un accident qui survient après une consommation d'alcool et/ou de drogues, à moins que cette consommation n'ait été prescrite par un médecin;
11. pour les examens médicaux qui ne sont pas nécessaires au traitement des blessures découlant de l'accident;
12. pour les examens de la vue ou de l'ouïe de routine, les réfractions oculaires, les lunettes, les verres de contact, les prothèses auditives ou tout type d'appareil externe utilisé pour améliorer l'acuité visuelle ou auditive, ainsi que leurs ajustements;
13. pour les interventions cosmétiques ou reconstructives, et tous les services ou fournitures connexes, qui modifient l'apparence mais ne restaurent pas ou n'améliorent pas les fonctions physiques altérées;
14. en lien avec des compétitions ou des tentatives d'établir ou de battre des records;
15. pour les soins, le traitement, les services ou les fournitures :
 - a. non prescrits par un médecin;
 - b. non médicalement nécessaires;
 - c. considérés comme expérimentaux au Canada ou fournis principalement à des fins de recherche médicale ou autre;
 - d. reçus d'un infirmier qui ne requièrent pas les compétences et la formation d'un infirmier;
 - e. reçus dans un hôpital appartenant au gouvernement canadien ou à l'un de ses organismes ou géré par eux;
 - f. dans la mesure où des prestations sont payables aux termes d'autres dispositions de la police d'assurance collective;
 - g. fournis ou payés par un régime ou une loi d'État ne se limitant pas aux employés civils de l'État et à leurs personnes à charge; ou ordonnés par un membre de la famille.

PRESTATION DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS – APPLICABLE AUX ACCIDENTS DE PLONGÉE COUVERTS ET AUX ACCIDENTS DE SPORT NAUTIQUE DÉSIGNÉS

Nous verserons la prestation indiquée dans le Tableau ci-dessous à la réception d'une preuve en bonne et due forme attestant qu'en raison d'un accident de plongée couvert ou d'un accident de sport nautique désigné, l'assuré a subi une perte mentionnée dans ce Tableau. Une telle perte doit survenir dans les 365 jours suivant l'accident de plongée couvert ou l'accident de sport nautique désigné. Le montant de la prestation payable en cas de perte est indiqué vis-à-vis de la perte en question. Si l'assuré subit plus d'une perte en raison d'un même accident de plongée couvert ou d'un même accident de sport nautique désigné, une seule prestation, soit la plus élevée, sera payable. Le montant du capital assuré prévu pour cette prestation est stipulé dans le Tableau des prestations.

Tableau des pertes

Pour la perte de ce qui suit :	Montant versé :
Vie	Capital assuré
Deux mains ou deux pieds ou vue des deux yeux	Capital assuré
Une main et un pied	Capital assuré
Une main ou un pied et vue d'un œil	Capital assuré
Une main ou un pied	Moitié du capital assuré
Vue d'un œil	Moitié du capital assuré

Dans le présent document, le terme « **perte** » désigne :

1. Dans le cas d'une main et d'un pied, le sectionnement total à partir ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville; et
2. Dans le cas des yeux, la perte totale et irréversible de la vue.

La perte de vie doit être attestée au moyen d'un certificat de décès ou d'une autre preuve ou d'un autre document que nous jugeons acceptable. Le capital décès de l'assuré sera versé aux ayants droit de l'assuré. Le bénéficiaire du capital décès en cas de décès d'un conjoint ou d'une personne à sa charge est l'assuré.

PRESTATION D'INVALIDITÉ TOTALE ET PERMANENTE – APPLICABLE AUX ACCIDENTS DE PLONGÉE COUVERTS ET AUX ACCIDENTS DE SPORT NAUTIQUE DÉSIGNÉS

À la réception d'une preuve en bonne et due forme attestant que l'assuré, qui est âgé de plus de 21 ans, est frappé d'invalidité totale et permanente, nous verserons le capital assuré. Le montant du capital assuré prévu pour cette prestation est stipulé dans le Tableau des prestations. L'invalidité totale et permanente doit résulter d'un accident de plongée couvert ou d'un accident de sport nautique désigné qui s'est produit alors que la garantie est en vigueur et doit être corroborée par un rapport de médecin que nous jugeons acceptable.

La perte doit :

1. survenir dans les 365 jours suivants l'accident de plongée couvert ou l'accident de sport nautique désigné;
2. se poursuivre sans interruption pendant au moins un an; et
3. être raisonnablement prévue de se poursuivre sans interruption jusqu'au décès de l'assuré.

Toute somme versée payable autrement dans le cadre de la présente prestation sera après déduction de toute somme payée ou payable aux termes de la prestation de décès et mutilation accidentels à condition que la perte est attribuable au même accident de plongée couvert ou au même accident de sport nautique désigné.

Aux fins de l'application de la présente prestation seulement, l'expression « **invalidité totale et permanente** » signifie qu'une personne assurée, en raison d'un accident de plongée couvert, ou d'un accident de sport nautique désigné, est incapable de façon permanente d'accomplir les tâches essentielles et importantes de tout emploi pour lequel ses études, son expérience ou sa formation la qualifient. Dans le cas d'une personne assurée pour laquelle la définition professionnelle d'invalidité totale et permanente/de totalement invalide de façon permanente n'est pas appropriée, invalidité totale et permanente/totalement invalide de façon permanente signifie qu'une personne assurée est incapable de façon permanente de se livrer aux activités habituelles d'une personne du même âge et du même sexe dont l'état de santé est comparable à celui de la personne assurée immédiatement avant l'accident.

PRESTATION POUR FRAIS SUPPLÉMENTAIRES DE TRANSPORT – APPLICABLE AUX ACCIDENTS DE PLONGÉE SEULEMENT

À la réception d'une preuve en bonne et due forme attestant que l'assuré n'a pas pu utiliser son billet de retour original pour le transport en raison d'un retard causé par un accident de plongée couvert, nous verserons une prestation pour frais supplémentaires de transport pour le voyage de retour. Le retard doit être par suite de l'avis du médecin traitant et l'assuré doit nous en fournir une copie de l'avis du médecin. La prestation payable correspond à la différence entre un nouveau billet (dans la même classe que celle du billet original) et la valeur restante du billet original jusqu'à concurrence du plafond des prestations.

PRESTATION POUR FRAIS SUPPLÉMENTAIRES D'HÉBERGEMENT – APPLICABLE AUX ACCIDENTS DE PLONGÉE SEULEMENT

À la réception d'une preuve en bonne et due forme attestant que l'assuré a retardé son retour au domicile sur la recommandation écrite du médecin traitant à la suite d'un accident de plongée couvert, nous verserons des prestations pour frais supplémentaires d'hébergement. Les prestations débutent le premier jour suivant la date initiale à laquelle l'assuré aurait dû retourner à son domicile. L'assuré doit fournir des factures ou des reçus des dépenses réelles et une copie de l'avis du médecin traitant. La prestation payable correspond aux dépenses réelles engagées, jusqu'à concurrence du plafond des prestations. Les frais supplémentaires d'hébergement comprennent les repas jusqu'à concurrence de 100 \$ par jour, mais ne comprennent pas les frais accessoires.

PRESTATION D'ANNULATION DE VACANCES DE PLONGÉE – APPLICABLE AUX VACANCES DE PLONGÉE SEULEMENT

Si, avant la date et l'heure de départ pour des vacances de plongée, l'assuré ou son compagnon de voyage souffre d'une maladie ou subit une blessure qui nuit considérablement à sa capacité de plonger et qui nécessite l'annulation des vacances de plongée, nous payerons, jusqu'à concurrence du plafond des prestations, pour les pertes assurées que l'assuré ou son compagnon de voyage subit à la suite de cette annulation, sous réserve d'un assuré par vacances de plongée. La présente prestation est assujettie à une franchise de 250 \$ dans le cadre du régime *Preferred*.

annulation signifie qu'un médecin a recommandé par écrit qu'en raison de la gravité de l'état de la personne assurée ou de son compagnon de voyage, il est médicalement nécessaire que la personne assurée annule ses vacances de plongée. La personne assurée ou son compagnon de voyage doit être sous les soins et la supervision directs d'un médecin.

pertes assurées comprend les pénalités, ou les paiements ou les dépôts faits d'avance, retenus non remboursables, non utilisés pour la plongée, l'hébergement, les repas ou le transport, imposés à la suite de l'annulation des vacances de plongée.

PRESTATION D'INTERRUPTION DE VACANCES DE PLONGÉE – APPLICABLE AUX VACANCES DE PLONGÉE SEULEMENT

Si, après la date de départ prévue pour des vacances de plongée, l'assuré ou son compagnon de voyage souffre d'une maladie ou subit une blessure qui nuit considérablement à sa capacité de plonger et qui nécessite l'interruption des vacances de plongée, nous payerons, jusqu'à concurrence du plafond des prestations, pour les pertes assurées que l'assuré ou son compagnon de voyage subit à la suite de cette interruption. La présente prestation est assujettie à une franchise de 250 \$ dans le cadre du régime *Preferred*.

pertes assurées comprend les pénalités, ou les paiements ou les dépôts faits d'avance, retenus non remboursables, non utilisés pour la plongée, l'hébergement, les repas ou le transport, imposés à la suite de l'interruption des vacances de plongée.

interruption signifie qu'un médecin a recommandé par écrit qu'en raison de la gravité de l'état de la personne assurée ou de son compagnon de voyage, il est médicalement nécessaire que la personne assurée interrompe ses vacances de plongée. La personne assurée ou son compagnon de voyage doit être sous les soins et la supervision directs d'un médecin.

Si la maladie ou la blessure est telle que le voyage peut se poursuivre, mais que l'assuré ou son compagnon de voyage ne peut poursuivre les activités de plongée couvertes, nous verserons des prestations pour les jours de plongée perdus. La prestation est versée en fonction du nombre de jours de plongée perdus jusqu'à la fin du voyage prévu. La prestation quotidienne correspond à 200 \$ ou à la partie non remboursable des préparatifs de plongée, selon le moindre de ces montants. Si l'activité de plongée a été achetée dans le cadre d'un forfait, la prestation quotidienne correspond à 200 \$ ou à la différence entre le tarif journalier pour les plongeurs et celui pour les non-plongeurs, selon le moindre de ces montants. Pour avoir droit à cette prestation, les paiements ou les dépôts pour les préparatifs de plongée doivent être effectués avant l'apparition de la maladie ou la survenance de la blessure qui empêche l'assuré ou son compagnon de voyage de plonger.

PRESTATION DE RESPONSABILITÉ CIVILE DES PARTICULIERS À LA SUITE D'UN ACCIDENT DE PLONGÉE – APPLICABLE AUX ACCIDENTS DE PLONGÉE SEULEMENT

Sous réserve des conditions et des limites indiquées aux présentes, nous indemniserons l'assuré de toutes sommes, jusqu'à concurrence du plafond des prestations, que l'assuré est légalement tenu de payer à des tiers à la suite d'un accident de plongée subi par l'assuré, ou d'un accident causé par l'assuré au cours d'une plongée couverte qui entraîne une blessure à un tiers ou un accident causé par l'assuré qui entraîne des dommages aux biens d'un tiers.

Dans le cas où une réclamation est présentée par un tiers en vertu de la présente disposition, nous fournirons, dans les 30 jours suivant la demande écrite de ce tiers, une déclaration sous serment d'un cadre de la société ou de notre directeur des sinistres, contenant les informations suivantes :

1. Notre nom;
2. Le nom de chaque assuré;
3. Le plafond des prestations de cette assurance responsabilité civile;
4. Une déclaration de toute défense de police ou de couverture que nous estimons raisonnablement être à notre disposition au moment du dépôt de cette déclaration;
5. Une copie de la police.

En cas de circonstances susceptibles d'engager la responsabilité civile de l'assuré, ce dernier doit immédiatement informer le titulaire de police ou *DAN TravelAssist*, ou toute autre partie désignée de temps à autre par le titulaire de police, de la réclamation et envoyer au titulaire de police ou à la partie désignée tout avis de réclamation ou intention de présenter une réclamation, que ce soit verbalement ou par lettre, télécopie, signification d'une poursuite, ou par toute forme de correspondance électronique.

Outre les autres exclusions/limites qui peuvent s'appliquer à cette prestation, aucune garantie n'est prévue pour :

1. toute réclamation résultant du fait d'exercer un enseignement professionnel ou une supervision d'activités de plongée;
2. le décès ou la blessure de membres de la famille, de propriétaires, d'actionnaires, de membres du personnel ou d'autres personnes associées à l'entreprise qui a fourni les services de plongée qui ont donné lieu à l'accident; ou

3. toute perte de biens ou tout dommage à des biens dont les membres de la famille, les propriétaires, les actionnaires, les membres du personnel ou d'autres personnes associées à l'entreprise qui a fourni les services de plongée ayant donné lieu à l'accident sont propriétaires, ou dont ceux-ci ont la charge, la garde ou le contrôle.

EXCLUSIONS GÉNÉRALES

L'exclusion suivante s'applique aux garanties Décès et mutilation accidentels et Invalidité totale et permanente :

1. Nous ne paierons pas pour les pertes causées par une maladie de quelque nature que ce soit, ou en résultant.

L'exclusion suivante s'applique au transport médical d'urgence, à l'assurance médicale accidents, à la prestation d'invalidité totale et permanente découlant d'accident de plongée couvert seulement, à l'annulation de vacances de plongée et à l'interruption de vacances de plongée :

2. Nous ne paierons pas pour les pertes causées par un problème de santé préexistant, tel qu'il est défini dans la police d'assurance collective, y compris le décès qui en découle, ni pour les frais engagés en raison d'un tel problème.

L'exclusion suivante s'applique à toutes les garanties. Nous ne paierons pas pour toute perte aux termes de la police d'assurance collective causée par ce qui suit ou en découlant :

3. Le suicide, une tentative de suicide ou une blessure volontaire du membre assuré ou du compagnon de voyage ou du conjoint de fait ayant fait des réservations pour le voyage avec le membre assuré, que la personne soit saine d'esprit ou non;
4. Les troubles mentaux, nerveux ou psychologiques;
5. Le fait d'être sous l'influence de drogues ou de substances intoxicantes, sauf si elles sont prescrites par un médecin;
6. La grossesse, l'accouchement, l'avortement volontaire ou médicalement nécessaire, ou les complications qui en découlent;
7. Sauf accord préalable du titulaire de police, pour les blessures subies lors de la participation : (i) à des sports professionnels; (ii) à des sports dangereux ou à risque élevé (dont l'alpinisme, le saut à l'élastique, le ski sur neige, le parachutisme, le vélideltisme, le paravoile, ou voyage à bord d'un appareil gonflable, autrement que par l'intermédiaire d'une compagnie aérienne régulière ou d'une compagnie de vols nolisés); et (iii) à des sports amateurs, de club, interscolaires ou intercollégiaux organisés;
8. Une compétition automobile en tant que pilote ou coureur;
9. Un acte de guerre ou une guerre, que celle-ci soit déclarée ou non, le désordre civil, ou le service au sein des forces armées, de la garde nationale ou d'un corps de réserve organisé d'un pays ou d'une autorité internationale quelconque; y compris le terrorisme, une réaction nucléaire, une radiation ou une contamination radioactive;
10. L'utilisation ou l'apprentissage de l'utilisation d'un aéronef, en tant que pilote ou membre d'équipage;
11. Tout acte criminel et illégal commis par le membre assuré, un compagnon de voyage (qu'il soit assuré ou non) ou le conjoint de fait voyageant avec l'assuré/le membre assuré;
12. Toute somme payée ou payable en vertu d'une indemnisation des accidents du travail, d'une prestation d'invalidité ou d'une loi similaire;
13. Une perte ou un dommage causé par la détention, la confiscation ou la destruction par les douanes;
14. Les traitements et interventions facultatives;
15. Un traitement médical au cours d'un voyage ou découlant d'un voyage entrepris dans le but ou l'intention d'obtenir un traitement médical;
16. L'insolvabilité de l'entreprise ou de la personne physique ou morale auprès de laquelle le membre assuré a directement acheté ou payé son voyage;
17. La faillite, l'insolvabilité, le défaut ou l'absence de prestation de services d'un fournisseur de voyage;
18. Les obligations d'affaires, contractuelles ou éducationnelles du membre assuré, du conjoint de fait ou du compagnon de voyage;
19. L'incapacité d'un voyageur, d'un transporteur public ou d'un autre fournisseur de voyage, d'une personne ou d'une agence à honorer les préparatifs de voyage négociés;

20. Une perte résultant d'une maladie, d'une affection ou de tout autre état, événement ou circonstance, qui survient à un moment où la police d'assurance collective n'est pas en vigueur pour le membre assuré.

BÉNÉFICIAIRES POUR LES MEMBRES

Le bénéficiaire est nommé par vous dans votre proposition, sauf modification. Vous pouvez à tout moment changer le bénéficiaire, sauf s'il s'agit d'un bénéficiaire irrévocable. Pour ce faire, une demande écrite au moyen d'un formulaire jugé satisfaisant par la Compagnie doit être adressée à son siège social. Lorsque la Compagnie enregistre le changement, celui-ci prend effet à la date à laquelle vous avez signé cette demande. Le changement ne s'appliquera pas aux paiements effectués par la Compagnie avant l'enregistrement de la demande. Si la présente assurance remplace une assurance collective qui était en vigueur auprès d'une autre compagnie d'assurance, la Compagnie utilisera la désignation de bénéficiaire inscrite au dossier que vous avez fournie à cette autre compagnie. Vous pouvez modifier cette désignation, comme il est indiqué ci-dessus.

Si deux (2) bénéficiaires ou plus sont nommés et que leur part n'est pas précisée, ils se partageront les sommes dues à parts égales. À votre décès, il se peut qu'il n'y ait aucun bénéficiaire nommé vivant pour recevoir toute part des sommes dues. Dans ce cas, la Compagnie peut verser les sommes dues à vos héritiers ou, au choix de la Compagnie :

- à votre conjoint, s'il est vivant;
- aux enfants survivants, à parts égales, si le conjoint est décédé;
- aux parents survivants, à parts égales, si tous enfants sont décédés; ou
- aux frères et sœurs, à parts égales, si le conjoint et tous les enfants sont décédés. La Compagnie ne sera pas responsable de ce paiement après qu'il ait été effectué.

PLURALITÉ DE CERTIFICATS

Une personne ne peut être assurée en vertu de plus d'un certificat offrant le même type de couverture d'assurance aux termes des polices d'assurance collective établies par la Compagnie au titulaire de police. Si une prime est payée pour plus d'un certificat, l'assurance ne sera en vigueur qu'en vertu d'un seul certificat à la fois. La prime payée pour des certificats qui ne sont pas en vigueur sera remboursée.

CONFORMITÉ AUX LOIS

À la date d'entrée en vigueur de la police d'assurance collective, certaines de ses dispositions peuvent être contraires à une loi applicable. Si tel est le cas, ces dispositions sont modifiées de manière à respecter les minimums requis par cette loi.

SEXE

Les pronoms masculins seront interprétés comme des pronoms féminins, le cas échéant.

DÉCLARATION INEXACTE QUANT À L'ÂGE

Si les primes et/ou les prestations du membre assuré sont fondées sur l'âge et qu'il y a eu une erreur sur l'âge du membre assuré, un ajustement équitable des primes et/ou des prestations en fonction de l'âge réel du membre assuré sera effectué. La Compagnie peut demander une preuve d'âge satisfaisante avant de payer toute réclamation.

ABSENCE DE PARTICIPATION

La police d'assurance collective est une assurance sans participation, et le titulaire de police n'a aucune part aux revenus ni aucun dividende.

PAS EN REMPLACEMENT DES PRESTATIONS POUR ACCIDENT DU TRAVAIL

La présente police d'assurance collective ne remplace aucune obligation d'assurance en vertu de toute loi relative à l'indemnisation des accidents du travail ou de toute loi similaire applicable à un membre assuré, et n'a aucune incidence sur toute obligation d'assurance en vertu de celles-ci.

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RÉCLAMATIONS

Avis de réclamation :

La Compagnie doit recevoir un avis de réclamation écrit dans les 180 jours suivant la survenance d'une perte assurée. Si l'avis ne peut être présenté dans ce délai, il doit l'être dès qu'il est raisonnablement possible de le faire. L'avis doit inclure le nom du membre assuré et suffisamment de renseignements pour l'identifier, et peut être donné à la Compagnie ou à ses agents autorisés :

Zurich Travel Assist
100 King Street West, Suite 5300
Toronto (Ontario) Canada M5X 1C9
travelclaims@wtp.ca
Tél. : +416 874-1397 ou 1 888 422-9401

DAN Services, Inc.
6 West Colony Place, Suite 200
Durham, NC 27705 États-Unis
Tél. : 1 919 684-2948
Télec. : 1 919 490-6630

Formulaires de réclamation :

Lorsque la Compagnie reçoit un avis de réclamation, elle envoie au membre assuré des formulaires pour qu'il dépose une preuve de la perte. Si les formulaires ne sont pas envoyés dans les 30 jours suivants la réception de l'avis de réclamation par la Compagnie, le demandeur satisfera aux exigences en matière de preuve de perte en remettant à la Compagnie une déclaration écrite de la nature et de l'étendue de la perte. Cette déclaration doit être envoyée à la Compagnie dans le délai indiqué dans la disposition Preuve de perte.

Preuve de perte :

Une preuve de perte écrite doit être envoyée à la Compagnie dans les 180 jours suivant la date de survenance de la perte. La Compagnie ne réduira pas ou ne refusera pas une réclamation s'il n'était pas raisonnablement possible de fournir une preuve de la perte écrite dans le délai imparti. Dans tous les cas, le membre assuré doit fournir à la Compagnie une preuve de la perte écrite dans les 12 mois suivant la date de survenance de la perte, à moins que le membre assuré ne soit légalement inapte.

Paiement des réclamations :

À la réception de toute preuve de perte écrite, les paiements pour toutes les pertes, sauf en cas de décès, seront faits au membre assuré qui subit la perte (ou en son nom, le cas échéant).

Les prestations prévues en cas de décès seront versées au bénéficiaire du membre assuré. En l'absence d'une telle désignation, les prestations seront versées aux héritiers du membre assuré. Toutes les autres prestations sont versées directement au membre assuré, à moins d'indication contraire. Les prestations accumulées non payées au décès du membre assuré seront versées à son bénéficiaire ou à ses héritiers en l'absence de désignation d'un bénéficiaire.

Paiement à une personne mineure ou inapte :

Si le bénéficiaire est mineur ou n'a pas la capacité de donner une quittance valide pour le paiement, le paiement sera versé au tuteur légal chargé des biens du bénéficiaire. Si le bénéficiaire n'a pas de tuteur légal pour ses biens, la Compagnie peut, à son choix, effectuer un paiement n'excédant pas 3 000 \$ à un parent ayant un lien par le sang ou le mariage avec le bénéficiaire, qui, selon la Compagnie, assure la garde et subvient aux besoins du mineur ou assume la responsabilité des affaires de la personne inapte.

Examen physique et autopsie :

La Compagnie, à ses frais, a le droit de faire examiner le membre assuré aussi souvent que nécessaire pendant qu'une réclamation est en suspens. La Compagnie peut, à ses frais, exiger une autopsie, à moins que la loi ou la religion du membre assuré ne l'interdise.

Droit applicable :

La relation entre la Compagnie et tout membre assuré sera assujettie aux lois de la province canadienne ou du territoire canadien de résidence du membre assuré au moment où sa couverture d'assurance aux termes des présentes entre en vigueur.

Conformité avec le droit applicable :

Toute disposition de la présente police qui est en conflit avec une loi fédérale, provinciale, territoriale ou autre loi applicable en vigueur au lieu de résidence du membre assuré est modifiée par les présentes afin de se conformer aux exigences minimales de cette loi.

Sanctions

Nonobstant les autres conditions du présent contrat d'assurance, l'assureur ne sera pas réputé procurer une garantie ou effectuer des paiements ou fournir un service ou un avantage à une personne assurée ou à un membre assuré ou à une autre partie si cette garantie, ces paiements, ce service ou cet avantage et/ou toute affaire ou activité de l'assuré ou du membre assuré enfreignaient une loi ou un règlement applicable prévoyant des sanctions sociales ou économiques.

Fausse déclaration et fraude

La présente police sera annulée si l'assureur établit à tout moment que le titulaire de police a dissimulé ou faussement déclaré un fait important concernant la présente police. La couverture d'une personne assurée ou d'un membre assuré sera annulée si l'assureur établit à tout moment que la personne assurée ou le membre assuré a dissimulé ou faussement déclaré un fait important concernant sa couverture aux termes de la présente police.

Poursuites

Toute action en justice ou procédure engagée contre l'assureur pour recouvrer des sommes assurées payables aux termes du contrat est absolument interdite, à moins qu'elle ne soit engagée dans les délais prescrits dans la loi intitulée *Insurance Act* (pour les actions en justice ou procédures régies par les lois de l'Alberta et de la Colombie-Britannique), *Loi sur les assurances* (pour les actions en justice ou procédures régies par les lois du Manitoba), *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (pour les actions en justice ou procédures régies par les lois de l'Ontario) ou toute autre loi applicable. Dans le cas des actions en justice ou procédures régies par les lois du Québec, la période de prescription est énoncée dans le *Code civil du Québec*.