

ATTESTATION D'ASSURANCE

Assurance urgence médicale en voyage pour les voyages de 10 jours ou moins

Assurance collision/dommages pour véhicules de location

AVIS IMPORTANT – VEUILLEZ LE LIRE ATTENTIVEMENT

La présente attestation d'assurance contient une disposition qui interdit ou limite le droit de la personne faisant partie du groupe assuré collectivement de désigner une personne à qui ou pour qui l'indemnité d'assurance est payable.

L'assurance voyage est conçue uniquement dans le but de ouvrir les sinistres résultants de circonstances imprévues et imprévisibles (voir la définition « urgence médicale » ci-après). Il est important de lire et de comprendre la présente attestation d'assurance avant de partir en voyage puisque votre couverture peut être assujettie à certaines restrictions et exclusions.

Une exclusion pour condition préexistante s'applique aux affections médicales et/ou symptômes qui se manifestaient dans les 180 jours précédant votre voyage. Veuillez consulter la définition du terme « affection préexistante » et les exclusions s'y rapportant.

La présente assurance contient des dispositions qui pourraient limiter le montant payable.

VEUILLEZ LIRE CETTE ATTESTATION D'ASSURANCE ATTENTIVEMENT AVANT DE PARTIR EN VOYAGE.

La présente attestation d'assurance renferme de l'information concernant votre assurance. Veuillez la lire attentivement et la conserver en lieu sûr. Consultez la section « Définitions » ou la description pertinente des indemnités et le paragraphe qui suit pour connaître la signification de tous les termes utilisés.

La couverture résumée dans la présente attestation d'assurance entre en vigueur le 27 août 2015 et est offerte à tous les titulaires admissibles de la carte World Elite MasterCard^{MD} Services financiers le Choix du Président^{MD}. L'assurance collision/dommages pour véhicules de location est prise en charge par American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride, et l'assurance urgence médicale en voyage est prise en charge par American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride (ci-après les deux sociétés étant désignées collectivement par « Assureur ») en vertu des polices collectives n^{os} PCF0815 et PCFL0815 (ci-après désignées collectivement par « Police ») émises par l'Assureur à la Banque le Choix du Président (ci-après désignée par « Titulaire de la police »).

Les modalités et les dispositions de la Police sont résumées dans la présente attestation d'assurance qui est incorporée à la Police et en fait partie intégrante. Vous, ou toute autre personne qui présente une demande de règlement au titre de la présente attestation d'assurance, pouvez demander un exemplaire de la Police et/ou une copie de la proposition de cette assurance (si applicable) en écrivant à l'Assureur à l'adresse indiquée ci-dessous.

Les sociétés par actions, sociétés de personnes et entreprises ne sont en aucun cas admissibles à la couverture d'assurance offerte au titre de la présente attestation d'assurance.

Pour toute demande de renseignements, veuillez communiquer avec l'Assureur aux coordonnées suivantes :

American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride
American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride
5000, rue Yonge
Bureau 2000
Toronto (Ontario) M2N 7E9.
Téléphone : 1-866-892-8683

DÉFINITIONS

Administrateur : Le fournisseur de services avec lequel l'Assureur a pris des dispositions pour régler les demandes d'indemnité et pour fournir les services administratifs en vertu de la Police et ce, en son nom.

Affection médicale : Toute maladie, toute blessure ou tout symptôme, diagnostiqué ou non.

Affection préexistante : Toute affection médicale dont les symptômes se sont manifestés ou pour laquelle la personne assurée a consulté un médecin, a subi un examen ou a reçu un diagnostic ou un traitement, d'autres examens ou traitements ont été recommandés, des médicaments ont été prescrits ou l'ordonnance a été modifiée, dans les 180 jours précédant la date de départ en voyage. Une affection préexistante ne comprend pas une condition médicale qui est maîtrisée par l'usage de médicaments prescrits par un médecin, dans la mesure où, au cours de la période de 180 jours précédant le départ de la personne assurée, il n'y a pas eu d'autres traitements, d'examen recommandés ni de changements de médicaments. Un nouveau médicament ou une augmentation ou diminution de la dose constitue un changement.

Autopartage : Un club de véhicules de location qui met à la disposition de ses membres un parc de véhicules stationnés à un endroit facilement accessible, et ce, 24 heures sur 24.

Carte : La carte World Elite MasterCard Services financiers le Choix du Président émise par le Titulaire de la police.

Compte : Le compte de la carte World Elite MasterCard Services financiers le Choix du Président du titulaire de carte principal qui est en règle auprès du Titulaire de la police.

Conjoint : Votre femme ou mari légitime ou la personne avec qui vous vivez depuis une période continue d'au moins un an et qui est présentée publiquement comme étant votre conjoint.

Dollars et « \$ » : Les dollars canadiens.

En règle : Un compte dont la fermeture n'a pas été demandée par le titulaire de carte principal au moyen d'un avis écrit présenté au Titulaire de la police, qui est en conformité avec les modalités de la convention du titulaire de carte, dont les privilèges de crédit n'ont pas été autrement suspendus ou révoqués et qui n'a pas autrement été fermé.

Enfant à charge : Votre enfant biologique, adopté, ou l'enfant de votre conjoint, qui est célibataire, qui dépend de vous pour ses besoins et son soutien et qui est âgé de moins de 21 ans ou de moins de 25 ans et fréquente à temps plein un établissement d'enseignement supérieur reconnu au Canada.

Frais raisonnables et usuels : Des frais qui ne dépassent pas le niveau général des frais exigés par d'autres fournisseurs comparables dans la zone locale ou géographique où les frais sont engagés, lorsque des traitements, services ou fournitures comparables sont fournis pour une urgence médicale semblable.

Hôpital : Une institution autorisée à fournir des soins médicaux et à traiter les personnes malades ou blessées et hospitalisées au moyen d'installations médicales, de diagnostic et de chirurgies importantes, sous la surveillance de médecins et offrant un service 24 heures sur 24; ne comprend pas les institutions ou parties d'institution autorisées ou utilisées principalement comme les cliniques, les installations de soins continus ou prolongés, les maisons de convalescence, les maisons de repos, les maisons de soins infirmiers ou encore les résidences pour personnes âgées, les stations santé ou les centres de traitement pour la toxicomanie ou l'alcoolisme.

Médecin : Un médecin ou chirurgien qui est diplômé ou autorisé à pratiquer la médecine dans le lieu où les soins ou traitements médicaux sont fournis et qui n'est pas lié à la personne assurée qui reçoit les soins par les liens du sang ou du mariage.

Personne assurée : Le titulaire de carte et certaines autres personnes admissibles, tel que cela est précisé pour la couverture applicable.

Perte d'utilisation : La somme réclamée par l'agence de location en dédommagement lorsqu'un véhicule ne peut plus être offert en location parce qu'il est en réparation en raison de dommages subis pendant la période de location.

RAMG : Le régime d'assurance maladie gouvernemental de la province ou du territoire de résidence au Canada de la personne assurée.

Réseau : Le réseau d'hôpitaux, de médecins et d'autres fournisseurs de soins médicaux avec qui l'Assureur a conclu une entente afin qu'ils fournissent des traitements médicaux d'urgence en vertu de la Police.

Titulaire de carte : Le titulaire de carte principal et/ou tout titulaire de carte supplémentaire qui est une personne physique résidant au Canada à qui une carte, telle que définie aux présentes, a été émise et dont le nom est embossé sur la carte. Le titulaire de carte peut aussi être désigné aux présentes par « **vous** », « **votre** » et « **vos** ».

Titulaire de carte principal : Le demandeur principal d'un compte qui est une personne physique résidant au Canada à qui une carte a été émise par le Titulaire de la police.

Traitement médical d'urgence : Les traitements nécessaires au soulagement immédiat d'une urgence médicale.

Urgence médicale : Une maladie imprévue ou lésion corporelle accidentelle qui survient durant un voyage et qui exige des soins médicaux ou des traitements immédiats par un médecin. Une urgence médicale prend fin lorsque la maladie ou la lésion corporelle accidentelle a été traitée de sorte que l'état de la personne assurée se soit stabilisé. Un traitement fourni lorsqu'il ressort de la preuve médicale que la personne assurée pourrait reporter le traitement ou rentrer au Canada pour ce traitement n'est pas considéré comme une urgence médicale et n'est pas couvert.

Voyage : La période déterminée que la personne assurée passe hors de sa province ou de son territoire de résidence au Canada. Dans le cadre de l'assurance urgence médicale en voyage, un voyage admissible est d'une durée limitée tel qu'indiqué dans la section « Assurance urgence médicale en voyage ».

ASSURANCE COLLISION/DOMMAGES POUR VÉHICULES DE LOCATION

Dans le cadre de cette couverture, la personne assurée signifie le titulaire de carte et toute autre personne possédant un permis de conduire valable et ayant la permission expresse du titulaire de carte de conduire le véhicule de location. Cela comprend tout conducteur dont le nom ne figure pas sur votre contrat de location, à condition qu'il soit par ailleurs habilité à conduire le véhicule de location selon les modalités du contrat de location et qu'il soit autorisé à conduire le véhicule de location selon les lois en vigueur à l'endroit où le véhicule de location est utilisé.

Admissibilité

Vous êtes admissible à l'assurance collision/dommages pour véhicules de location lorsque vous louez la plupart des véhicules de tourisme privés sur une base journalière ou hebdomadaire durant une période NE dépassant PAS 31 jours consécutifs, sous réserve de ce qui suit :

- i. vous effectuez la location ou la réservation du véhicule de location en utilisant votre carte, le cas échéant, et en la présentant en garantie de paiement au moment de prendre possession du véhicule; et
- ii. vous refusez de souscrire la garantie d'exonération des dommages et collisions (EDC) ou des dommages et pertes (EDP) ou toute autre disposition semblable offerte par l'agence de location; et
- iii. vous louez le véhicule en votre nom et portez le coût total de la location à votre compte.

Les véhicules de location d'un programme d'autopartage sont couverts par l'assurance collision/dommages pour véhicules de location si le coût total de la location de véhicule a été porté au compte et que tous les autres critères d'admissibilité ont été satisfaits.

Les « locations gratuites » sont aussi admissibles lorsqu'elles sont reçues dans le cadre d'une promotion en raison de locations antérieures, si ces locations antérieures respectent les exigences d'admissibilité de la présente attestation d'assurance.

Indemnités

Sous réserve des modalités, exclusions et restrictions de responsabilité énoncées dans la présente attestation d'assurance, vous bénéficiez de la même protection contre les dommages découlant d'une responsabilité contractuelle que vous acceptez lorsque vous louez et conduisez le véhicule de location, dont vous auriez bénéficié si vous aviez accepté la garantie d'EDC ou EDP (ou toute disposition semblable) auprès de l'agence de location, jusqu'à concurrence de la valeur marchande réelle du véhicule de location endommagé ou volé, plus tous les frais raisonnables, valables et documentés de perte d'utilisation, les frais de remorquage raisonnables et usuels et les frais d'administration résultant des dommages ou du vol pendant que le véhicule de location est loué en votre nom. Les indemnités sont limitées à un seul véhicule de location au cours de la même période. Si le titulaire de carte loue plus d'un véhicule au cours de la même période, seul le premier véhicule loué sera admissible aux indemnités.

Dans certains endroits, la loi exige que les agences de location incluent la garantie EDC ou EDP dans le prix de location du véhicule. À ces endroits, l'assurance collision/dommages pour véhicules de location offerte en vertu de la Police ne vise que la franchise

applicable, dans la mesure où toutes les exigences précisées dans la présente attestation d'assurance ont été respectées et que vous avez renoncé à la franchise de l'agence de location. Aucune prime à l'égard de la garantie EDC ou EDP offerte par les agences de location ne sera remboursée en vertu de la Police.

Les véhicules de location qui font partie d'un forfait de voyage prépayé sont admissibles uniquement si le coût total du voyage est porté au compte et que toutes les autres exigences énoncées aux présentes sont respectées.

Cette couverture est offerte 24 heures par jour partout dans le monde, sauf si elle est interdite par la loi ou lorsque la couverture enfreint les modalités du contrat de location dans la région dans laquelle il a été signé. (Consultez la section « Avant de partir » pour savoir comment éviter que la couverture soit contestée.)

Cette couverture ne prévoit aucune assurance responsabilité civile automobile pour les dommages matériels et aucune assurance responsabilité civile pour les blessures personnelles subies par des tiers.

Note importante : Vérifiez auprès de votre propre assureur et de l'agence de location que vous et tous les autres conducteurs disposez d'une assurance responsabilité civile suffisante et d'une assurance suffisante pour les dommages matériels et les blessures. La Police ne couvre que la perte ou les dommages concernant le véhicule de location, tel que stipulé aux présentes.

Avant de partir

Bien que l'assurance collision/dommages pour véhicules de location s'applique à l'échelle mondiale (sauf lorsque la loi l'interdit), et que la couverture soit bien accueillie par les agences de location, il n'y a aucune garantie qu'elle sera acceptée par toutes les agences de location. Certaines agences peuvent être réticentes à ce que vous refusiez leur garantie EDC ou EDP. Elles peuvent vous inciter à souscrire à leur garantie. Si vous refusez, elles peuvent exiger un acompte. Avant de réserver un véhicule, confirmez que l'agence de location accepte la présente assurance collision/dommages pour véhicules de location sans acompte. Si ce n'est pas le cas, trouvez-en une qui l'accepte et cherchez à obtenir une confirmation par écrit. Si vous réservez votre voyage par l'intermédiaire d'une agence de voyages, dites-lui que vous désirez vous prévaloir de la présente assurance collision/dommages pour véhicules de location et demandez-lui de confirmer que l'agence de location est prête à l'accepter.

Vous ne serez pas remboursé pour un paiement que vous devez faire pour obtenir la garantie EDC ou EDP de l'agence de location.

Avant de prendre possession du véhicule de location, examinez celui-ci attentivement pour repérer toute égratignure, bosse ou des éclats sur le pare-brise, et signalez toute irrégularité au représentant de l'agence. Demandez-lui de noter les dommages dans le contrat de location (et prenez-en une copie avec vous) ou demandez un autre véhicule.

Si le véhicule subit des dommages de quelque nature que ce soit, communiquez immédiatement par téléphone avec l'Assureur en composant l'un des numéros mentionnés. Avisez le représentant de l'agence de location que vous avez déclaré le sinistre et fournissez-lui l'adresse et le numéro de téléphone de l'Assureur. **Ne signez pas de facture en blanc pour couvrir les frais pour dommages et perte d'utilisation.**

Durée de la couverture

La couverture d'assurance prend effet dès que le titulaire de carte ou une autre personne autorisée à conduire le véhicule loué prend possession du véhicule. Elle prend fin dès la première des dates suivantes :

- i. le moment où l'agence de location reprend possession du véhicule de location, que ce soit à son établissement ou ailleurs;
- ii. la date à laquelle le compte est annulé, fermé ou cesse d'être en règle;
- iii. la date à laquelle la personne assurée cesse d'être admissible à la couverture; ou
- iv. la date à laquelle la Police est résiliée.

En cas de résiliation de la Police, les titulaires de carte en seront informés par avis écrit au moins 30 jours au préalable.

N'OUBLIEZ PAS : Il n'y aura pas de couverture à partir du 1^{er} jour si votre contrat de location est conclu pour une période dépassant 31 jours consécutifs.

Types de véhicules couverts

Les véhicules couverts comprennent les voitures, les véhicules utilitaires sport et les fourgonnettes (telles qu'elles sont définies ci-après).

Les fourgonnettes sont couvertes dans la mesure où :

- i. elles sont réservées au tourisme privé et ne comportent pas plus de huit places assises, y compris celle du conducteur; et
- ii. elles ne sont pas sous-louées par des tiers.

Types de véhicules NON couverts

Les véhicules appartenant aux catégories suivantes NE sont PAS couverts :

- i. tout véhicule dont le prix de détail suggéré par le fabricant au Canada, à l'exclusion des taxes, est supérieur à 65 000 \$ au moment du sinistre;
- ii. les fourgons (sauf tel que susmentionné);
- iii. les camions, les camionnettes ou les autres véhicules pouvant être reconfigurés en camionnettes;
- iv. les caravanes, les remorques ou les véhicules récréatifs;
- v. les véhicules hors route;
- vi. les motocyclettes, les scooters ou les vélomoteurs;
- vii. les voitures exotiques;
- viii. les véhicules personnalisés;
- ix. les véhicules anciens; et
- x. les véhicules loués à bail.

Un véhicule ancien est un véhicule qui a plus de 20 ans ou dont le modèle n'est plus fabriqué depuis au moins 10 ans. Les limousines dont le modèle d'usine original a été allongé ou modifié sont exclues. Toutefois, les versions de série de ces véhicules qui ne sont pas utilisés à titre de limousines ne sont pas exclues.

Restrictions et exclusions

L'assurance collision/dommages pour véhicules de location ne couvre aucun sinistre ayant comme cause ou facteur contributif l'un des cas suivants :

- i. la conduite du véhicule loué en contravention de la loi ou d'une modalité quelconque du contrat ou de la convention de location;
- ii. la conduite du véhicule par une personne qui n'est pas autorisée;
- iii. la conduite du véhicule par une personne qui n'est pas en possession d'un permis de conduire valable dans le territoire de location;
- iv. la conduite du véhicule ailleurs que sur les routes régulièrement entretenues;

- v. la consommation d'alcool lorsque le taux d'alcoolémie du conducteur est égal ou supérieur à la limite établie pour la conduite avec facultés affaiblies dans le Code criminel du Canada ou dans le territoire où le véhicule est loué, si elle est inférieure, ou lorsque le conducteur est accusé de conduite avec facultés affaiblies;
- vi. la consommation de stupéfiants par le conducteur;
- vii. une réaction nucléaire, une radiation nucléaire ou une contamination radioactive;
- viii. les pneus endommagés à moins que les dommages soient liés à une cause assurée;
- ix. l'usure normale, la dégradation graduelle ou une panne mécanique du véhicule;
- x. les dommages survenus en cours de déplacement ou de transport de marchandises;
- xi. les insectes ou vermines;
- xii. un vice ou un dommage propre;
- xiii. les actes d'hostilité ou de guerre, une insurrection, une rébellion, une révolution ou une guerre civile;
- xiv. la saisie ou la destruction en vertu de la réglementation des douanes ou d'une quarantaine, ou la confiscation par ordre d'une autorité gouvernementale ou publique;
- xv. le transport de contrebande ou le commerce illégal;
- xvi. le transport de biens ou de passagers à titre onéreux; ou
- xvii. la perpétration ou la tentative de perpétration de tout acte malhonnête, frauduleux ou criminel de la part du titulaire de carte et/ou d'un conducteur autorisé.

L'assurance NE couvre PAS :

- i. les véhicules loués pour une période dépassant 31 jours consécutifs[†], que ce soit en vertu d'un ou de plusieurs contrats de location consécutifs ou non;
- ii. un véhicule de remplacement dont le coût total ou partiel de location est pris en charge par votre assurance automobile personnelle, le concessionnaire, l'atelier de réparations ou par un tiers;
- iii. la perte ou le vol d'effets personnels dans le véhicule, y compris les téléphones cellulaires, les ordinateurs portatifs et les appareils électroniques et de communication;
- iv. les frais assumés, payés, payables ou exonérés par l'agence de location ou son assureur;
- v. la responsabilité envers les tiers (lésions corporelles à quiconque, ou à quoi que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur du véhicule) ou les dommages à la propriété des tiers; ou
- vi. tout montant payable par votre employeur ou aux termes de l'assurance de votre employeur si le véhicule a été loué à des fins commerciales.

†Si la période de location dépasse 31 jours, il n'y aura aucune couverture même pour les 31 premiers jours de la période de location. Il n'est pas possible de prolonger la couverture au-delà de 31 jours au moyen du renouvellement du contrat de location ou au moyen de la signature d'un nouveau contrat auprès de la même ou d'une autre agence de location, pour le même véhicule ou tout autre véhicule.

COMMENT PRÉSENTER UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Vous devez déclarer le sinistre à l'Assureur dès que possible et dans tous les cas, dans les 48 heures suivant les dommages ou le vol. Composez le **1-866-892-8683** au Canada et aux États-Unis ou le **613-634-4997** dans la région locale ou à frais virés ailleurs dans le monde. L'omission de déclarer le sinistre dans les 48 heures peut entraîner le refus de la demande ou une diminution de votre indemnité.

Un représentant du service à la clientèle prendra en note certains renseignements préliminaires, répondra à vos questions et vous enverra un formulaire de demande de règlement. Vous devrez présenter une demande de règlement dûment remplie, accompagnée des pièces justificatives suivantes :

- i. une copie du permis de conduire de la personne qui conduisait le véhicule au moment de l'accident;
- ii. une copie du rapport de perte ou dommages que vous avez rempli à l'agence de location;
- iii. une copie du rapport de police en cas de dommages ou de vol d'un montant supérieur à 1 000 \$;
- iv. une copie de votre reçu et de votre relevé de compte où figurent les frais de location;
- v. le recto et le verso du contrat de location original, lors de l'ouverture et de la clôture du contrat;
- vi. une copie du devis estimatif des réparations et des factures finales des réparations et des pièces;
- vii. les reçus originaux de toute réparation que vous avez pu payer; et
- viii. s'il y a des frais pour perte d'utilisation, une copie du relevé quotidien d'utilisation de l'agence de location à compter de la date à laquelle le véhicule n'était plus disponible pour la location jusqu'à la date à laquelle il est devenu de nouveau disponible.

Des documents incomplets ou insuffisants peuvent entraîner le non-paiement de la demande de règlement.

ASSURANCE URGENCE MÉDICALE EN VOYAGE

L'assurance offre une couverture pour les 10 premiers jours consécutifs du voyage d'une personne assurée âgée de moins de 65 ans.

Dans le cadre de cette couverture, la personne assurée signifie le titulaire de carte principal, son conjoint et tout enfant à sa charge avec qui le titulaire de carte principal ou son conjoint est en voyage. Toute personne assurée doit être un résidant permanent du Canada et être assurée en vertu du RAMG de sa province ou de son territoire de résidence.

PÉRIODE DE COUVERTURE

En ce qui a trait à l'indemnité payable en cas d'urgence médicale en voyage, seuls les 10 premiers jours consécutifs d'un voyage, tels qu'ils sont déterminés par la date de départ et la date de retour originales, sont couverts. Il n'y a aucune couverture offerte en vertu de la présente attestation d'assurance pour la partie d'un voyage qui dépasse les 10 premiers jours consécutifs. Lors de la présentation d'une demande de règlement, il sera nécessaire de fournir une preuve de la durée prévue du voyage.

La couverture commence à 0 h 01 le jour où la personne assurée part en voyage de sa province ou de son territoire de résidence au Canada. La couverture prend fin à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle la personne assurée revient dans sa province ou dans son territoire de résidence au Canada;
- b) la date à laquelle le compte est annulé, fermé ou cesse d'être en règle;
- c) la date à laquelle la personne assurée a été absente pendant plus de 10 jours consécutifs (y compris le jour de départ et le jour de retour) de sa province ou de son territoire de résidence au Canada;
- d) la date à laquelle la personne assurée cesse d'être admissible à la couverture (pour les enfants à charge, voir la section « Définitions » pour connaître les critères d'âge); ou
- e) la date de résiliation de la Police.

En cas de résiliation de la Police, les titulaires de carte en seront informés par avis écrit au moins 30 jours au préalable.

Sauf indication ou convention contraire, aucune indemnité ne sera versée au titre de la Police pour un sinistre survenu après la résiliation de la couverture.

PROLONGATION AUTOMATIQUE DE LA COUVERTURE

La couverture sera prolongée d'office au-delà de la limite de 10 jours, pendant une période maximale de trois jours, à compter de la fin d'une urgence médicale.

De plus, la couverture de l'assurance urgence médicale en voyage sera également prolongée d'office au-delà de la limite de 10 jours, pendant une période maximale de trois jours, si le retour de la personne assurée dans sa province ou dans son territoire de résidence au Canada est retardé exclusivement en raison de ce qui suit :

- a) le départ du bus, train, avion ou navire à bord duquel elle avait réservé une place est retardé; ou
- b) un accident ou le véhicule personnel de la personne assurée tombe en panne mécanique.

INDEMNITÉS

En cas d'urgence médicale, les frais raisonnables et usuels engagés pour un traitement médical d'urgence seront payés par l'Assureur, moins les montants payables ou remboursables en vertu d'un RAMG et de tout régime d'assurance-maladie collectif ou individuel ou de toute autre police d'assurance ou de tout autre régime d'indemnisation.

Voici les frais admissibles au remboursement, sous réserve des restrictions et exclusions, jusqu'à concurrence de 1 000 000 \$ par personne assurée :

Hospitalisation et dépenses médicales, y compris une chambre semi-privée ou l'équivalent, traitement dans une unité de soins intensifs ou de soins coronariens, fournitures médicales, utilisation d'une salle d'opération, anesthésie et pansements chirurgicaux. Les frais d'une chambre ou d'une salle privée ne sont pas couverts à moins que cela soit médicalement nécessaire.

Honoraires de médecin pour traitement médical d'urgence.

Soins infirmiers particuliers, jusqu'à concurrence de 5 000 \$, pour les services d'une infirmière ou d'un infirmier autorisé (lorsque cette personne n'est pas liée à la personne assurée par les liens du sang ou du mariage) si cela est médicalement nécessaire et ordonné par un médecin. Cela comprend les fournitures pour soins infirmiers qui sont médicalement nécessaires.

Services de diagnostic, y compris les tests de laboratoire et les radiographies prescrits par un médecin. NOTE : Les examens d'imagerie par résonance magnétique (IRM), les examens tomodensitométriques (TDM), les examens échographiques et les ultrasons doivent être autorisés à l'avance par l'administrateur.

Service d'ambulance pour transport à destination de l'hôpital le plus proche pouvant dispenser le traitement médical d'urgence nécessaire.

Transport aérien d'urgence jusqu'à l'hôpital le plus proche ou le rapatriement jusqu'à un hôpital dans la province ou le territoire de résidence de la personne assurée au Canada (lorsque le transport est approuvé et organisé par l'Assureur) si l'état de la personne assurée exclut tout autre moyen de transport.

Médicaments vendus sur ordonnance, exception faite des médicaments généralement disponibles sans ordonnance ou qui ne sont pas légalement enregistrés ou approuvés au Canada ou aux États-Unis.

Soins dentaires à la suite d'un accident pour le traitement de dents naturelles ou de dents artificielles permanentes endommagées en raison d'un coup accidentel à la bouche en cours de voyage, jusqu'à concurrence de 2 000 \$. Le traitement pour le soulagement d'urgence de douleurs dentaires est couvert jusqu'à concurrence de 150 \$.

Appareils médicaux, y compris les écharpes, les appareils orthopédiques, les attelles et la location locale de béquilles, de marchettes et de fauteuils roulants.

Billet d'avion de retour pour assumer tout coût supplémentaire engagé pour un billet aller simple en classe économique (moins tout remboursement émis pour les billets originaux) et, le cas échéant, pour une civière ou un personnel médical traitant pour retourner la personne assurée à sa province ou à son territoire de résidence au Canada lorsque des soins médicaux supplémentaires sont nécessaires et lorsque cela est approuvé et organisé par l'administrateur.

Transport du conjoint, du parent, de l'enfant, du frère ou de la sœur de la personne assurée, en provenance du Canada, pour lui permettre de se rendre au chevet de la personne assurée lorsqu'elle est hospitalisée et il est prévu qu'elle sera hospitalisée pour trois jours ou plus. Cette indemnité doit être préapprouvée par l'administrateur. Les frais couverts comprennent un billet aller-retour en classe économique, les repas et l'hébergement jusqu'à concurrence de 100 \$ par jour (sous réserve d'une limite globale de 1 500 \$) et une couverture médicale de voyage offerte sans frais pour la personne demandée au chevet de la personne assurée pendant la période de l'urgence médicale.

Retour d'un véhicule, jusqu'à concurrence de 1 000 \$, pour le remboursement des frais engagés pour le retour du véhicule de la personne assurée à sa province ou à son territoire de résidence au Canada ou, dans le cas d'un véhicule loué, à l'agence de location appropriée la plus proche, si la personne assurée est incapable de retourner le véhicule elle-même en raison d'une urgence médicale et que cela soit approuvé et organisé par l'administrateur.

Rapatriement de la dépouille lorsque le décès de la personne assurée est le résultat d'une urgence médicale. Les frais engagés pour la préparation de la dépouille de la personne assurée (y compris son incinération) et son transport jusqu'à sa province ou son territoire de résidence au Canada (à l'exclusion du coût d'achat d'un cercueil ou d'une urne) sont couverts jusqu'à concurrence de 5 000 \$.

RESTRICTIONS

Si l'administrateur n'est pas avisé d'une urgence médicale immédiatement ou dès qu'il est raisonnablement possible de le faire compte tenu des circonstances, les indemnités payables en vertu de la présente attestation seront limitées comme suit :

- Aucune indemnité ne sera versée pour une intervention chirurgicale ou un procédé invasif (comme un cathétérisme cardiaque) n'ayant pas fait l'objet d'une approbation préalable de l'administrateur, exception faite des cas extrêmes pour lesquels il est impossible d'attendre cette approbation sans mettre en danger la vie de la personne devant subir l'intervention chirurgicale.
- Les dépenses admissibles qui ne sont pas liées à une intervention chirurgicale et qui auraient autrement donné lieu au versement d'indemnités seront limitées à 80 % du total, jusqu'à concurrence de 30 000 \$.

Les indemnités payables peuvent aussi être limitées comme suit :

- En consultation avec le médecin traitant, l'administrateur se réserve le droit de transférer la personne assurée dans un établissement approprié du réseau ou de transférer la personne assurée dans sa province ou dans son territoire de résidence au Canada pour qu'elle reçoive le traitement médical d'urgence. Le refus de se conformer à cette décision décharge l'Assureur de toute responsabilité quant aux frais engagés après la date proposée pour le transfert.
- Une fois l'urgence médicale passée, aucune indemnité supplémentaire ne sera versée à l'égard de l'urgence médicale en question, ni en cas de nouvelle apparition de l'affection à l'origine de celle-ci.

EXCLUSIONS

L'assurance urgence médicale en voyage n'offre aucune couverture en vertu de la Police pour les personnes âgées de 65 ans ou plus, même lorsque le 65^e anniversaire de naissance de la personne survient au cours du voyage. De plus, aucune indemnité ne sera versée pour les frais résultant directement ou indirectement des causes suivantes :

- a) toute affection préexistante telle que définie aux présentes;
- b) toute urgence médicale ou tout traitement médical d'urgence survenant dans des circonstances autres que celles d'un voyage couvert;
- c) tout traitement, toute intervention chirurgicale ou tout médicament qui est facultatif ou non urgent, y compris les soins continus découlant d'une affection chronique;
- d) toute urgence médicale survenant au cours d'un voyage ayant comme but principal le travail à l'extérieur du Canada;
- e) une grossesse, un accouchement ou des complications connexes survenant dans les neuf semaines précédant la date prévue de l'accouchement;
- f) des soins néonataux;
- g) la participation à une infraction criminelle;
- h) des blessures auto-infligées intentionnellement, un suicide ou une tentative de commettre ces actes;
- i) une maladie ou une blessure accidentelle subie sous l'influence de médicaments, de drogues, de l'alcool ou d'autres substances intoxicantes;
- j) des actes de terrorisme, une insurrection ou une guerre, qu'elle soit déclarée ou non;
- k) la participation volontaire à une émeute ou à une agitation civile;
- l) des troubles mentaux ou émotifs;
- m) des traitements non prescrits par un médecin; ou
- n) la participation à un sport professionnel ou à des courses ou épreuves de vitesse, à la plongée récréative en scaphandre autonome (à moins que la personne assurée ne détienne un certificat de plongée de niveau élémentaire d'une école reconnue ou d'un organisme de certification) ou à d'autres activités et sports dangereux.

MARCHE À SUIVRE EN CAS D'URGENCE MÉDICALE

Lorsque survient une urgence médicale, vous devez communiquer avec l'administrateur dans les plus brefs délais.

Vous pouvez communiquer avec un service d'assistance disponible 24 heures sur 24 en composant le **1-866-892-8683** au Canada et aux États-Unis ou le **613-634-4997** dans la région locale ou à frais virés ailleurs dans le monde. Si vous appelez à partir d'un endroit où il est impossible d'effectuer des appels à frais virés, composez le numéro directement et l'appel vous sera remboursé.

L'administrateur confirmera la validité de l'assurance, dirigera la personne assurée vers l'établissement du réseau ou vers l'établissement médical approprié le plus proche, donnera l'autorisation de paiement des dépenses admissibles requise et s'occupera de l'urgence médicale.

L'administrateur s'engage, dans la mesure du possible, à payer directement aux hôpitaux, aux médecins ou aux autres fournisseurs de soins médicaux les dépenses admissibles qui ont été engagées ou à en autoriser le paiement. Cependant, s'il n'est pas possible d'offrir un tel paiement ou une telle autorisation, la personne assurée peut être tenue d'acquitter elle-même le paiement. En pareil cas, les dépenses admissibles payées seront remboursées à la personne assurée dès réception d'une demande de règlement valide.

Vous ne pouvez pas désigner de bénéficiaire pour les indemnités de l'assurance urgence médicale en voyage.

Note : Les indemnités pourront être refusées ou réduites si l'administrateur n'a pas été avisé au préalable du traitement (voir les dispositions ci-dessus).

COMMENT PRÉSENTER UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Si l'administrateur a autorisé le paiement de frais hospitaliers ou d'autres frais médicaux au nom de la personne assurée, la personne assurée doit signer un formulaire d'autorisation permettant à l'administrateur de recouvrer les sommes avancées auprès d'un RAMG, d'autres régimes d'assurance-maladie ou assureurs, et le remettre à l'administrateur dans les 30 jours. Si une somme a été avancée pour des dépenses qui ne sont pas admissibles, vous devrez rembourser la somme à l'administrateur.

Si des dépenses admissibles ont été engagées sans autorisation préalable de l'administrateur, elles devront être présentées à l'administrateur au moyen des reçus et relevés de paiement originaux.

Vous devrez soumettre une demande de règlement dûment remplie et fournir les renseignements et documents à l'appui, y compris :

- a) la cause et la nature de l'affection médicale exigeant un traitement;
- b) l'original des états de compte détaillés des soins médicaux;
- c) l'original des reçus de médicaments vendus sur ordonnance;
- d) la date de naissance de la personne assurée (une preuve d'âge peut être exigée);
- e) une photocopie de la carte d'assurance-maladie (RAMG) de la personne assurée;
- f) le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de l'employeur, le cas échéant;
- g) un document attestant la date de départ et/ou la date de retour de la personne assurée (c'est-à-dire une copie de billets, de reçus, de factures de frais d'hébergement prépayés ou de reçus d'essence);
- h) le numéro de police de tout autre régime d'indemnisation et toute autre police d'assurance que vous et les autres personnes assurées pouvez détenir (y compris les assurances individuelle et collective, les assurances de carte de crédit et tout autre régime d'indemnisation) ainsi que le nom et l'adresse de l'émetteur; et
- i) une autorisation signée pour l'obtention de renseignements supplémentaires.

Des documents incomplets ou insuffisants peuvent entraîner le non-paiement de la demande de règlement.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES ET CONDITIONS LÉGALES

Sauf indication contraire énoncée dans la présente attestation d'assurance ou dans la Police, les dispositions générales suivantes s'appliquent aux indemnités décrites dans le présent document.

Avis et preuve de sinistre

Immédiatement après avoir pris connaissance du sinistre ou d'un événement pouvant occasionner un sinistre couvert aux termes de la Police, vous devez aviser l'administrateur/l'Assureur en composant le **1-866-892-8683** au Canada et aux États-Unis ou le **613-634-4997** dans la région locale ou à frais virés ailleurs dans le monde. Un formulaire de demande de règlement vous sera ensuite envoyé.

Les formulaires de demande de règlement dûment remplis, accompagnés de la preuve de sinistre, doivent être présentés à l'administrateur/l'Assureur dès qu'il est raisonnablement possible de le faire suivant l'événement ou le début du sinistre couvert par la Police, mais dans tous les cas dans un délai maximal de quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la date dudit sinistre. Un avis écrit donné par ou pour le demandeur ou le bénéficiaire qui contient des renseignements suffisants pour identifier le titulaire de carte sera réputé être un avis de sinistre.

L'omission de fournir la preuve de sinistre dans le délai prévu aux présentes ne rendra pas invalide la demande de règlement si la preuve est fournie dès que cela est raisonnablement possible, mais tous les cas dans un (1) an à compter de la date du sinistre, s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de fournir la preuve dans le délai prévu. Si la preuve est fournie après un (1) an, votre demande de règlement ne sera pas acceptée.

Règlement des demandes

Les indemnités payables en vertu de la Police seront versées dès réception d'une preuve de sinistre écrite, complète et jugée satisfaisante par l'administrateur ou l'Assureur.

Examen physique

L'Assureur aura le droit et l'occasion d'effectuer, à ses frais, l'examen de toute personne assurée dont la lésion ou la maladie est le motif d'une demande de règlement en vertu des présentes, aussi souvent qu'il juge raisonnable de le faire pendant le traitement de la demande en vertu des présentes, et, en cas de décès, d'effectuer une autopsie de la personne décédée si la loi ne l'interdit pas.

Résiliation de l'assurance

La couverture prend fin à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle le compte est annulé, fermé ou cesse d'être en règle;
- b) la date à laquelle la personne assurée cesse d'être admissible à la couverture; et
- c) la date d'expiration de la Police.

Sauf indication ou convention contraire, aucune indemnité ne sera versée au titre de la Police pour un sinistre survenu après la résiliation de la couverture.

Subrogation

Une fois qu'une indemnité est versée pour le sinistre d'une personne assurée, l'Assureur est subrogé dans tous les droits de la personne assurée et dans tous ses recours à l'encontre de toute partie relativement au sinistre, pour un montant n'excédant pas le montant de l'indemnité versée, et possède l'intérêt requis pour intenter à ses frais une action en justice au nom de la personne assurée. La personne assurée doit apporter à l'Assureur toute l'aide que celui-ci peut raisonnablement exiger pour garantir ses droits et recours, y compris signer tout document nécessaire pour permettre à l'Assureur d'intenter une action en justice au nom de la personne assurée.

Diligence raisonnable

La personne assurée doit faire preuve de diligence et prendre toutes les mesures raisonnables pour éviter ou atténuer tout sinistre aux termes de la Police.

Fausse demande de règlement

Si vous présentez une demande de règlement en sachant qu'elle est fautive ou frauduleuse à quelque égard que ce soit, vous perdrez le bénéfice de l'assurance et n'aurez plus droit au règlement de quelque demande que ce soit en vertu de la Police.

Action en justice

Toute action ou poursuite judiciaire intentée contre un assureur dans le but d'obtenir un paiement du produit de l'assurance aux termes du contrat est strictement interdite à moins qu'elle ne soit intentée dans le délai applicable établi par la *Loi sur les assurances*, la *Loi sur la prescription des actions* ou par toute autre loi applicable dans votre province ou territoire.

Accès aux soins médicaux

Le Titulaire de la police, l'administrateur et l'Assureur ne sont pas responsables de l'accès à un quelconque traitement médical ou service de transport, ni de la qualité ou des résultats de ceux-ci. Si la personne assurée néglige de se faire soigner, ils n'en sont pas non plus responsables.

CERTIFICATE OF INSURANCE

Travel Emergency Medical Insurance for Trips of 10 Days or Less
Car Rental Collision/Loss Damage Waiver Insurance

IMPORTANT NOTICE – PLEASE READ CAREFULLY

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

Travel insurance is designed only to cover losses arising from sudden and unforeseeable circumstances (see definition of “Medical Emergency”, below). It is important that You read and understand Your Certificate of Insurance before You travel as Your coverage may be subject to certain limitations or exclusions.

A pre-existing exclusion applies to Medical Conditions and/or symptoms that existed in the 180 days prior to Your Trip. Refer to the definition of Pre-existing Condition and the exclusions.

This insurance contains clauses which may limit the amount payable.

PLEASE READ THIS CERTIFICATE CAREFULLY BEFORE YOU TRAVEL.

This Certificate of Insurance contains information about Your insurance. Please read it carefully and keep it in a safe place. Refer to the Definitions section or to the applicable description of benefits and the paragraph following this one for the meanings of all capitalized terms.

The coverage outlined in this Certificate of Insurance is effective as of August 27, 2015, and is provided to eligible President's Choice Financial® World Elite MasterCard® Cardholders. Car Rental Collision/Loss Damage Waiver Insurance is underwritten by American Bankers Insurance Company of Florida, and Travel Emergency Medical Insurance is underwritten by American Bankers Life Assurance Company of Florida (hereinafter collectively referred to as the "Insurer"), under Group Policy numbers PCF0815 and PCFL0815 (hereinafter collectively referred to as the "Policy") issued by the Insurer to President's Choice Bank (hereinafter referred to as the "Policyholder").

The terms, conditions and provisions of the Policy are summarized in this Certificate of Insurance, which is incorporated into and forms part of the Policy. You or a person making a claim under this Certificate of Insurance may request a copy of the Policy and/or copy of Your application for this insurance (if applicable) by writing to the Insurer at the address shown below.

In no event will a corporation, partnership or business entity be eligible for the insurance coverage provided by this Certificate of Insurance.

Inquiries may be directed to the Insurer at:

American Bankers Insurance Company of Florida and
American Bankers Life Assurance Company of Florida
5000 Yonge Street, Suite 2000
Toronto, Ontario M2N 7E9.
Telephone: 1-866-892-8683

DEFINITIONS

Account means the Primary Cardholder's President's Choice Financial World Elite MasterCard Account which is in Good Standing with the Policyholder.

Administrator means the service provider authorized by the Insurer to provide, on its behalf, claims payment and/or administrative services under the Policy.

Car Sharing means a car rental club that provides its members with 24-hour access to a fleet of cars parked in a convenient location.

Card means Your President's Choice Financial World Elite MasterCard issued by the Policyholder.

Cardholder means the Primary Cardholder and/or any supplemental Cardholder, who is a natural person, resident in Canada and who is also issued a Card, as defined herein, and whose name is embossed on the card. Cardholder may also be referred to as "**You**" and "**Your**".

Dependent Children means Your unmarried natural, adopted or step-children who are dependent on You for maintenance and support and who are either under 21 years of age, or under 25 years of age and in full-time attendance at a recognized institution of higher learning in Canada.

Doctor means a physician or surgeon who is registered or licensed to practise medicine in the jurisdiction where the medical treatment or service is provided, and who is not related by blood or by marriage to the Insured Person to whom the service is rendered.

Dollars and **\$** mean Canadian dollars.

Emergency Medical Treatment means treatment necessary for the immediate relief of a Medical Emergency.

GHIP means the Government Health Insurance Plan of an Insured Person's province or territory of residence in Canada.

Good Standing means, with respect to an Account, that the Primary Cardholder has not advised the Policyholder in writing to close it, it is in compliance with all terms of the Cardholder agreement and the Policyholder has not suspended or revoked credit privileges or otherwise closed the Account.

Hospital means an institution which is licensed to provide, on an inpatient basis, medical care and treatment of sick and injured persons through medical, diagnostic and major surgical facilities, under the supervision of a staff of Doctors and with 24-hour-a-day service. Hospital does not include any institution or part of an institution which is licensed or used principally as a clinic, a continued care or extended care facility, a convalescent home, a rest home, a nursing home or home for the aged, a health spa or a treatment centre for drug addiction or alcoholism.

Insured Person means a Cardholder and certain other eligible persons as outlined under the applicable coverage.

Loss of Use means the amount charged by a rental agency to compensate it when a rental vehicle is unavailable for rental while undergoing repairs for damage incurred during the rental period.

Medical Condition means any illness, injury or symptom, whether diagnosed or not.

Medical Emergency means an unforeseen illness or accidental injury which occurs during a Trip and which requires immediate medical care or treatment from a Doctor. A Medical Emergency ends when the illness or accidental injury has been treated such that the Insured Person's condition has stabilized. Treatment provided when medical evidence indicates that an Insured Person could delay treatment or return to Canada for such treatment, is not considered a Medical Emergency and is not covered.

Network means the network of Hospitals, Doctors and other medical providers with which the Insurer has entered into an agreement to provide Emergency Medical Treatment under the Policy.

Pre-existing Condition means any Medical Condition for which symptoms appeared or for which an Insured Person sought the attention of a Doctor, had investigated, diagnosed or treated, had treatment or further investigation recommended, or for which medication was prescribed or altered, in the 180 days prior to the Trip departure date. A Pre-existing Condition does not include a Medical Condition which is controlled by the consistent use of medications prescribed by a Doctor, provided that, during the 180-day period, before the Insured Person's departure, there has been no other treatment or investigation recommended and there has been no change in medication. A new medication or increase/decrease in dosage constitutes a change.

Primary Cardholder means the principal applicant for an Account who is a natural person, resident in Canada and to whom a Card is issued by the Policyholder.

Reasonable and Customary Charges means charges which do not exceed the general level of charges made by other providers of similar standing in the locality or geographical area where the charges are incurred, when furnishing comparable treatment, services or supplies for a similar Medical Emergency.

Spouse means Your legal wife or husband or the person with whom You have lived and publicly represented as Your Spouse for at least one continuous year.

Trip means a scheduled period of time during which an Insured Person is away from his or her Canadian province or territory of residence. For Travel Emergency Medical Insurance, an eligible Trip is further limited in duration, as specified under Travel Emergency Medical Insurance.

CAR RENTAL COLLISION/ LOSS DAMAGE WAIVER INSURANCE

For this coverage, Insured Person means a Cardholder and any other person who holds a valid driver's licence and has the Cardholder's express permission to operate the rental vehicle. This includes drivers not listed on Your rental contract, provided they would otherwise qualify under the rental contract and are permitted to drive the rental vehicle under the laws of the jurisdiction in which the rental vehicle will be used.

Eligibility

You are eligible for Car Rental Collision/Loss Damage Waiver Insurance when You rent most private passenger vehicles on a daily or weekly basis for a period NOT to exceed 31 consecutive days, provided that:

- i. You initiate the rental transaction by booking or reserving the vehicle rental with Your Card, if required, and by providing Your Card as payment guarantee at the time You take possession of the vehicle; and
- ii. You decline the rental agency's collision damage waiver (CDW) or loss damage waiver (LDW), or similar provision; and
- iii. You rent the vehicle in Your name and charge the entire cost of the car rental to the Account.

Rental vehicles which are part of a Car Sharing program are eligible for this Car Rental Collision/Loss Damage Waiver Insurance if the full cost of the rental of the vehicle was charged to the Account and all other eligibility requirements were met.

"Free rentals" are also eligible for benefits when received as the result of a promotion conditioned on Your making previous vehicle rentals, if each such previous rental met the eligibility requirements of this Certificate of Insurance.

Benefits

Subject to the terms, limitations and exclusions set out in this Certificate of Insurance, You are provided with the same protection against losses arising from the contractual liability assumed when renting and operating a rental vehicle as You would have if You accepted the rental agency's collision or loss damage waiver (or similar provision) up to the actual cash value of the damaged or stolen rental vehicle as well as any reasonable, valid and documented Loss of Use, reasonable and customary towing charges and administration charges resulting from damage or theft occurring while the rental vehicle is rented in Your name. Benefits are limited to one vehicle rental during any one period. If, during the same period, more than one vehicle is rented by the Cardholder, only the first rental will be eligible for these benefits.

In some jurisdictions the law requires rental agencies to include CDW/LDW in the price of the vehicle rental. In these locations, Car Rental Collision/Loss Damage Waiver Insurance under the Policy will only provide coverage for any deductible that may apply, provided all the requirements outlined in this Certificate of Insurance have been met and You have waived the rental agency's deductible waiver. No CDW/LDW premiums charged by the rental agencies will be reimbursed under the Policy.

Rental vehicles which are part of pre-paid travel packages are eligible for benefits if the total cost for Your Trip was charged to the Account and all other requirements herein are met.

This coverage is available on a 24-hour basis anywhere in the world, except where prohibited by law, or where the coverage is in violation of the terms of the rental contract in the jurisdiction in which it was formed. (See the section “Know Before You Go” for tips on how to avoid having use of this coverage challenged.)

This coverage does not provide any form of third party automobile property damage or personal injury liability insurance.

Important: Check with Your personal insurer and the rental agency to ensure that You and all other drivers have adequate personal property, personal injury and third party liability coverages. The Policy only covers loss or physical damage to a rental vehicle, as stipulated herein.

“Know Before You Go”

While Car Rental Collision/Loss Damage Waiver Insurance provides coverage on a worldwide basis (except where prohibited by law), and the coverage is well received by car rental merchants, there is no guarantee that this coverage will be accepted at every car rental facility. Some rental agencies may resist Your decline of their CDW/LDW coverage and may try to encourage You to take their coverage. If You refuse, they may insist You provide a deposit. Before booking a vehicle, confirm that the rental agency will accept this Car Rental Collision/Loss Damage Waiver Insurance without requiring a deposit. If they won't, You may wish instead to find one that will, and try to get written confirmation. If booking Your Trip through a travel agency, let them know You want to take advantage of this Car Rental Collision/Loss Damage Waiver Insurance and have them confirm the rental agency's willingness to accept this coverage.

You will not be compensated for any payment You may have to make to obtain the rental agency's CDW/LDW.

Check the rental vehicle carefully for scratches, dents and windshield chips and point out any damage to the agency representative before You take possession of the vehicle. Have them note the damage on the rental agreement (and take a copy with You), or ask for another vehicle.

If the vehicle sustains damage of any kind, immediately phone the Insurer at one of the numbers provided. Advise the rental agent that You have reported the claim and provide the Insurer's address and phone number. **Do not sign a blank sales draft to cover the damage and Loss of Use charges.**

Coverage Period

Insurance coverage begins as soon as the Cardholder or other person authorized to operate the rental vehicle takes control of the vehicle, and ends at the earliest of:

- i. the time the rental agency assumes control of the rental vehicle, whether it be at its place of business or elsewhere;
- ii. the date the Account is cancelled, closed or ceases to be in Good Standing;
- iii. the date the Insured Person ceases to be eligible for coverage; or
- iv. the date the Policy terminates.

Cardholders will be given at least 30 days advance written notice before termination of the Policy.

REMEMBER: There is no coverage from day 1 if Your rental contract exceeds 31 consecutive days.

Types of Vehicles Covered

The types of rental vehicles covered include cars, sport utility vehicles and minivans (as defined below).

Minivans are covered provided they:

- i. are for private passenger use with seating for no more than 8 occupants including the driver; and
- ii. are not to be used for hire by others.

Types of Vehicles NOT Covered

Vehicles which belong to the following categories are NOT covered:

- i. any vehicle with a manufacturer's suggested retail price in Canada, excluding taxes, of over \$65,000 at the time of loss;
- ii. vans (except as defined above);
- iii. trucks, pickup trucks or any vehicle that can be reconfigured into a pickup truck;
- iv. campers or trailers or recreational vehicles;
- v. off-road vehicles;
- vi. motorcycles, mopeds or motorbikes;
- vii. exotic vehicles;
- viii. customized vehicles;
- ix. leased vehicles; and
- x. antique vehicles.

An antique vehicle is one which is over 20 years old or its model has not been manufactured for 10 years or more. Limousines that have been stretched or altered from the original factory design are excluded. However, standard production models of these vehicles that are not used as limousines are not excluded.

Limitations and Exclusions

Car Rental Collision/Loss Damage Waiver Insurance does not cover any loss caused or contributed to by:

- i. operation of the rental vehicle in violation of the law or any terms and conditions of the rental agreement/contract;
- ii. operation of the vehicle by any driver not so authorized;
- iii. operation of the vehicle by any driver not in possession of a driver's licence that is valid in the rental jurisdiction;
- iv. operation of the vehicle on other than regularly maintained roads;
- v. alcohol intoxication where the driver's blood alcohol concentration is equal to or over the blood alcohol concentration limit for impaired driving under the Criminal Code of Canada or the jurisdiction in which the vehicle rental occurred, if lower, or the driver is charged for impaired driving;
- vi. use of narcotics by the driver;
- vii. nuclear reaction, radiation or radioactive contamination;
- viii. damage to tires unless in conjunction with an insured cause;
- ix. wear and tear, gradual deterioration, mechanical breakdown of vehicle;
- x. any damage caused by moving or transporting cargo;
- xi. insects or vermin;
- xii. inherent vice or damage;
- xiii. hostile or warlike action, insurrection, rebellion, revolution or civil war;
- xiv. seizure or destruction under quarantine or customs regulations or confiscation by any government or public authority;
- xv. transporting contraband or illegal trade;
- xvi. transportation of property or passengers for hire; or
- xvii. any dishonest, fraudulent or criminal act committed or attempted by the Cardholder and/or any authorized driver.

Benefits do NOT include coverage for:

- i. vehicles rented for a period that exceeds 31 consecutive days,[†] whether or not under one or more consecutive rental agreements;
- ii. a replacement vehicle for which Your personal automobile insurance, car dealer, repair shop, or other party is covering all or part of the rental cost;
- iii. loss or theft of personal belongings in the vehicle, including cellular telephones, portable computers, electronic and communication devices;
- iv. expenses assumed, waived or paid or payable by the rental agency or its insurer;
- v. third party liability (injury to anyone or anything inside or outside the vehicle) or third party property damage; or
- vi. any amount payable by Your employer or employer's insurance coverage, if the rental car was for business purposes.

[†]If the rental period exceeds 31 days, no coverage will be provided even for the first 31 days of the rental period.

Coverage may not be extended for more than 31 days by renewing or taking out a new rental agreement with the same or another vehicle rental agency for the same or another vehicle.

HOW TO CLAIM

You must report a claim to the Insurer as soon as possible, and in all events within 48 hours of the damage or theft having occurred. Call **1-866-892-8683** from Canada and the United States or **613-634-4997** locally or collect from elsewhere in the world. Failure to report a claim within 48 hours may result in denial of the claim or reduction of Your benefit.

A customer service representative will take down some preliminary information, answer any questions You may have, and forward You a claim form. You will be required to submit a completed claim form including the following documentation:

- i. a copy of the driver's licence of the person who was driving the vehicle at the time of the accident;
- ii. a copy of the loss/damage report You completed with the rental agency;
- iii. a copy of a police report required when the loss results in damage or theft over \$1,000;
- iv. a copy of Your sales receipt, and Your statement of Account showing the rental charge;
- v. the front and back of the original opened and closed-out rental agreement;
- vi. a copy of the itemized repair estimate, final itemized repair bill and parts invoices;
- vii. original receipt(s) for any repairs for which You may have paid; and
- viii. if Loss of Use is charged, a copy of the rental agency's complete daily utilization log from the date the vehicle was not available for rental, to the date the vehicle became available to rent.

Claims submitted with incomplete or insufficient documentation may not be paid.

TRAVEL EMERGENCY MEDICAL

Provides coverage for the first 10 consecutive days of a Trip for Insured Persons under 65 years of age.

For this coverage, Insured Person means the Primary Cardholder, his or her Spouse and his or her Dependent Children when travelling with the Primary Cardholder and/or his or her Spouse on a Trip. All Insured Persons must be permanent residents of Canada and insured by their provincial or territorial GHIP.

COVERAGE PERIOD

For the Travel Emergency Medical benefit, only the first 10 consecutive days of a Trip, as determined by the originally scheduled departure and return dates, will be covered. There is no coverage for that portion of a Trip which extends beyond the first 10 consecutive days under this Certificate of Insurance. In the event of a claim, proof of scheduled Trip duration will be required.

Coverage begins at 12:01 a.m. on the date the Insured Person leaves his or her province or territory of residence in Canada on a Trip. Coverage ends on the earliest of:

- a) the date the Insured Person returns to his or her province or territory of residence in Canada;
- b) the date the Account is cancelled, closed or ceases to be in Good Standing;
- c) the date the Insured Person has been absent for more than 10 consecutive days (including the day of departure and day of return) from his or her province or territory of residence in Canada;
- d) the date the Insured Person ceases to be eligible for coverage (for Dependent Children, see the Definitions section for age limits); or
- e) the date the Policy terminates.

Cardholders will be given at least 30 days advance written notice before termination of the Policy.

No benefits will be paid under the Policy for losses incurred after coverage has terminated, unless otherwise specified or agreed.

AUTOMATIC EXTENSION OF COVERAGE

Coverage will be automatically extended for up to 3 days following the end of the Medical Emergency when a Medical Emergency goes beyond the 10-day limit.

In addition, Travel Emergency Medical Insurance coverage will also be automatically extended for up to 3 days beyond the 10-day limit if an Insured Person's return to his or her province or territory of residence in Canada is delayed solely as the result of:

- a) the delayed departure of the bus, train, plane or ship on which he or she is booked; or
- b) an accident or the mechanical breakdown of an Insured Person's personal vehicle.

BENEFITS

In the event of a Medical Emergency, Reasonable and Customary Charges for Emergency Medical Treatment will be paid by the Insurer, less any amount payable by or reimbursable under a GHIP, any group or individual health plans or insurance policies. Benefits are limited to \$1,000,000 for each Insured Person, and subject further to the Limitations and Exclusions. The following expenses are eligible for reimbursement:

Hospital Accommodation and Medical Expenses including room and board up to semi-private or the equivalent, treatment in an intensive or coronary care unit, medical supplies, use of an operating room, anaesthesia, surgical dressings. Excludes costs of a private room or suite, unless one is medically required.

Doctor Charges for Emergency Medical Treatment.

Private Duty Nursing up to \$5,000 for services performed by a registered nurse (not related to the Insured Person by blood or marriage) when medically necessary and prescribed by a Doctor. This includes medically necessary nursing supplies.

Diagnostic Services including laboratory tests and x-rays when prescribed by a Doctor. NOTE: Magnetic resonance imaging (MRI), computerized axial tomography (CAT scans), sonograms and ultrasound must be authorized in advance by the Administrator.

Ambulance Service to the nearest Hospital equipped to provide the required Emergency Medical Treatment.

Emergency Air Transport to the nearest Hospital, or repatriation to a Hospital in the Insured Person's province or territory of residence in Canada (when approved and arranged by the Insurer) in the event the Insured Person's condition precludes the use of other means of transportation.

Prescription Drug Reimbursement excluding any drugs or medications which are commonly available without prescription, or which are not legally registered and approved in Canada or the United States.

Accidental Dental Care to a maximum of \$2,000 for treatment of natural or permanently installed teeth, necessitated by an accidental blow to the mouth. Treatment for emergency relief of dental pain is covered to a maximum of \$150.

Medical Appliances including slings, braces, splints, and local rental of crutches, walkers and wheelchairs.

Return Airfare to cover any additional cost incurred for a one-way economy fare (less any refunds due on original tickets) and, if required, the charge for transportation of a stretcher and attending medical personnel to return the Insured Person to his or her province or territory of residence in Canada if further medical treatment is warranted and when approved and arranged by the Administrator.

Transportation to Bedside from Canada for one of: the Insured Person's Spouse, parent, child, brother or sister when the Insured Person is hospitalized and expected to remain so for 3 days or more. This benefit must be pre-approved by the Administrator. This benefit includes one round-trip economy airfare, food and accommodation expenses of \$100 per day to a maximum of \$1,500. This Travel Emergency Medical Insurance will be extended, at no charge, for the person required at bedside for the duration of the Medical Emergency.

Vehicle Return cost to a maximum of \$1,000 to return an Insured Person's car to his or her province or territory of residence in Canada, or in the case of a rented vehicle, to the nearest appropriate rental location, when the Insured Person is unable to return the vehicle as a result of a Medical Emergency and when approved and arranged by the Administrator.

Return of Deceased when death results from a Medical Emergency, to a maximum of \$5,000 for the cost of preparation (including cremation) and transport of the Insured Person (excluding the cost of a burial coffin or urn) to his or her province or territory of residence in Canada.

LIMITATIONS

Failure to notify the Administrator immediately following a Medical Emergency, or as soon as possible under the circumstances, will limit the benefits payable under this Certificate of Insurance as follows:

- No benefits will be payable for surgery or invasive procedures (such as cardiac catheterization) without prior approval by the Administrator, except in extreme circumstances where a request for prior approval would delay surgery needed in a life-threatening medical crisis.
- Non-surgical eligible expenses for which benefits would otherwise have been provided will be limited to 80% of the total, to a maximum of \$30,000.

Benefits payable are further limited as follows:

- In consultation with the attending Doctor, the Administrator reserves the right to transfer the Insured Person to an appropriate Network facility or to his or her province or territory of residence in Canada for Emergency Medical Treatment. Refusal to comply will absolve the Insurer of any liability for expenses incurred after the proposed transfer date.
- Once a Medical Emergency ends, no further benefits are payable for that Medical Emergency or for any recurrence of the condition which caused the Medical Emergency.

EXCLUSIONS

There is no Travel Emergency Medical Insurance coverage for any person 65 years of age or older under this Policy, including where the 65th birthday occurs during a Trip. Further, no benefits are payable for any expenses incurred directly or indirectly as a result of:

- a) any Pre-existing Condition as defined herein;
- b) any Medical Emergency or Emergency Medical Treatment that occurs other than during a Trip;
- c) any elective or non-emergency surgery, treatment or medication, including ongoing care of a chronic condition;
- d) any Medical Emergency that occurs during a Trip where the primary purpose was to work outside of Canada;
- e) pregnancy, childbirth and/or related complications occurring within 9 weeks of the expected delivery date;
- f) neo-natal care;
- g) participation in a criminal offence;
- h) intentionally self-inflicted injuries, suicide or any attempt thereof;
- i) illness or accidental injury sustained while under the influence of drugs, medication, alcohol or other intoxicants;
- j) acts of terrorism, insurrection or war, whether declared or undeclared;
- k) voluntary participation in a riot or civil commotion;
- l) mental or emotional disorders;
- m) treatments that are not prescribed by a Doctor; or
- n) participation in professional sports, speed contests, dangerous sports or events including recreational scuba diving (unless the Insured Person holds a basic scuba designation from a certified school or licensing body).

MEDICAL EMERGENCY PROCEDURES

When a Medical Emergency occurs, You must contact the Administrator without delay.

24-hour assistance is available by calling **1-866-892-8683** from within Canada and the United States, or **613-634-4997** locally or collect from other countries. If calling from somewhere in the world where a collect call is not possible, call direct and You will be reimbursed.

The Administrator will confirm coverage, provide directions to the Network facility or the nearest appropriate medical facility, provide the necessary authorization of payment of eligible expenses and manage the Medical Emergency.

The Administrator will make every effort to pay or authorize payment of eligible expenses to Hospitals, Doctors, and other medical providers directly. If direct payment or payment authorization is not possible, an Insured Person may be required to make payments. In that event, the Insured Person will be reimbursed for eligible expenses on submission of a valid claim.

You may not name a beneficiary for Travel Emergency Medical Insurance benefits.

Note: Benefits may be excluded or reduced where the Administrator has not been contacted in advance of treatment, as noted above.

CLAIM PROCEDURES

If the Administrator authorizes Hospital or other medical payments on an Insured Person's behalf, the Insured Person must sign an authorization form allowing the Administrator to recover payments from his or her GHIP, other health plans or insurers and return it to the Administrator within 30 days. If an advance has been made for ineligible expenses, You will be required to reimburse the Administrator.

If eligible expenses are incurred for which payment has not been pre-authorized by the Administrator, they should be submitted to the Administrator with original receipts and payment statements.

You will be required to submit a completed claim form and provide documentation to substantiate the claim, including the following:

- a) the cause and nature of the Medical Condition requiring treatment;
- b) original, itemized medical invoices;
- c) original prescription receipts;
- d) Insured Person's date of birth (proof of age may be required);
- e) a photocopy of the Insured Person's GHIP (Health) card;
- f) name, address and phone number of the Insured Person's employer, if applicable;
- g) proof of the Insured Person's departure and/or return date (i.e. copy of tickets, receipts, prepaid accommodation invoice and gas receipts);
- h) name, address and policy numbers for all other insurance coverage You and other Insured Persons may have, including group and individual insurance, credit card coverage and any other reimbursement plans; and
- i) signed authorization to obtain any further required information.

Claims submitted with incomplete or insufficient documentation may not be paid.

GENERAL PROVISIONS AND STATUTORY CONDITIONS

Unless otherwise expressly provided herein or in the Policy, the following general provisions apply to the benefits described in this Certificate of Insurance.

Notice and Proof of Claim

Immediately after learning of a loss or an occurrence which may lead to a loss covered under the Policy, notify the Administrator/Insurer by calling **1-866-892-8683** from within Canada and the United States, or by calling **613-634-4997** locally or collect from other countries. You will then be sent a claim form.

The completed forms together with proof of claim must be given to the Administrator/Insurer as soon as reasonably possible after the occurrence or commencement of any loss covered under the Policy, but in no event later than ninety (90) days from the date of such loss. Written notice given by or on behalf of the claimant or the beneficiary, with information sufficient to identify the Cardholder, shall be deemed notice of claim.

Failure to provide proof of claim within the time prescribed herein does not invalidate the claim if the proof of claim is furnished as soon as reasonably possible, and all events within one (1) year from the date the loss occurred, if it is shown that it was not reasonably possible to furnish proof within the time prescribed. If proof of claim is provided after one (1) year, Your claim will not be paid.

Payment of Claim

Benefits payable under the Policy will be paid upon receipt of full proof of claim, as determined by the Administrator or Insurer.

Physical Examination

The Insurer at its own expense shall have the right and opportunity to examine any Insured Person whose injury or illness is the basis of a claim hereunder when and so often as it may reasonably require during pendency of a claim hereunder, and also the right and opportunity to make an autopsy in case of death where it is not forbidden by law.

Termination of Coverage

Coverage ends on the earliest of:

- a) the date the Account is cancelled, closed or ceases to be in Good Standing;
- b) the date the Insured Person ceases to be eligible for coverage; and
- c) the date the Policy terminates.

No benefits will be paid under the Policy for losses incurred after coverage has terminated, unless otherwise specified or agreed.

Subrogation

Following payment of an Insured Person's claim for loss, the Insurer shall be subrogated to the extent of the amount of such payment, to all of the rights and remedies of the Insured Person against any party in respect of such loss, and shall be entitled at its own expense to sue in the Insured Person's name. The Insured Person shall give the Insurer all such assistance as the Insurer may reasonably require to secure its rights and remedies, including the execution of all documents necessary to enable the Insurer to bring suit in the name of the Insured Person.

Due Diligence

The Insured Person shall use diligence and do all things reasonable to avoid or diminish any loss under the Policy.

False Claim

If You make a claim knowing it to be false or fraudulent in any respect, You will not be entitled to the benefit of coverage under the Policy, nor to the payment of any claim made under the Policy.

Legal Action

Every action or proceeding against an insurer for the recovery of insurance money payable under the contract is absolutely barred unless commenced within the time set out in the *Insurance Act*, *Limitations Act* or other applicable legislation in Your province or territory.

Access to Medical Care

The Policyholder, the Administrator and the Insurer are not responsible for the availability, quality or results of any medical treatment or transport, or for the failure of an Insured Person to obtain medical treatment.