

AMERICAN BANKERS COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE DE LA FLORIDE ET AMERICAN BANKERS COMPAGNIE D'ASSURANCE GÉNÉRALE DE LA FLORIDE

ASSURANCE FACULTATIVE – VOYAGE ET MÉDICALE ATTESTATION D'ASSURANCE

Titulaires de carte Mastercard^{MD} HSBC

Modifiée et mise à jour en date du 1er mars 2019

Police cadre : HSBCT0805

L'assurance en cas d'urgence médicale en voyage offerte au titre de la présente attestation d'assurance ne s'applique pas aux séjours à Cuba.

La présente attestation d'assurance contient une clause qui peut limiter le montant payable.

La présente attestation d'assurance renferme de l'information concernant Votre assurance. Veuillez la lire attentivement et la conserver en lieu sûr. Lorsque Vous voyagez, Vous devez l'avoir avec Vous.

Les protections présentées dans la présente attestation d'assurance sont offertes aux titulaires principaux de la Carte Mastercard de la HSBC admissibles qui ont fait la demande et ont été acceptés pour cette assurance et, lorsque mention en est faite, à certaines autres personnes admissibles comme leur Conjoint et Enfants à charge. Les sociétés par actions, sociétés de personnes et entreprises ne sont en aucun cas admissibles à la couverture d'assurance offerte en vertu de la présente attestation d'assurance.

Les protections sont prises en charge par American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride et American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride (l'« **Assureur** », individuellement ou collectivement, selon le cas) en vertu de la police cadre numéro HSBCT0805 (la « **Police** ») émise par l'Assureur à la Banque HSBC Canada (le « **Titulaire de la police** »). Le versement des indemnités et les services administratifs en vertu de la Police relèvent de l'Assureur.

Seul le Titulaire de la police est habilité à déterminer qui est le Titulaire de carte principal, si le Compte est En règle et, par conséquent, si l'assurance décrite aux présentes est entrée ou est en vigueur.

La présente attestation d'assurance est conçue pour couvrir les sinistres survenus dans des circonstances soudaines et imprévisibles. Elle renferme de l'information sur :

- Les assurances annulation de voyage, interruption de voyage et retard ou perte des bagages qui sont prises en charge par American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride;
- L'assurance en cas d'urgence médicale en voyage qui est prise en charge par American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride.

Les modalités, conditions et dispositions de la Police sont résumées dans la présente attestation d'assurance qui est incorporée à la Police et en fait partie intégrante. Toutes les indemnités sont assujetties à tous les égards aux dispositions de la Police, qui constitue l'unique contrat régissant le versement des indemnités.

Le siège social canadien de American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride et American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride est situé à 5000, rue Yonge, bureau 2000, Toronto (Ontario), M2N 7E9.

DÉFINITIONS

Dans le présent document, tous les termes en majuscule ont la signification particulière qui leur est accordée ci-dessous :

Accident : Un événement extérieur soudain, inattendu et imprévisible causant une lésion corporelle.

Administrateur : L'Assureur et/ou le(s) fournisseur(s) de services avec le(s)quel(s) l'Assureur a pris des dispositions pour assurer le règlement des demandes et/ou les services administratifs en vertu de la Police.

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

Affection préexistante : Toute Affection médicale dont les symptômes se sont manifestés ou à l'égard de laquelle la Personne assurée a consulté un Médecin, a obtenu un examen, un diagnostic, un traitement ou une recommandation d'examen complémentaires, ou pour laquelle des médicaments ont été prescrits ou modifiés, au cours des 180 jours précédant immédiatement la date de son départ en Voyage. Une affection

préexistante ne comprend pas une Affection médicale qui est maîtrisée par l'usage constant 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 ou examens complémentaires recommandés relativement à l'Affection médicale en question ni de changements de médicaments. Un nouveau médicament ou une augmentation ou diminution de la dose constitue un changement.

Billet : La preuve du paiement d'un passage pour le transport par un Transporteur public imputé au Compte.

Carte Mastercard de la HSBC : La carte régulière Mastercard HSBC, la carte Mastercard HSBC +Récompenses, la carte Mastercard HSBC Or, ou la carte Mastercard HSBC Advance émise par le Titulaire de la police.

Compagnon de voyage : Une personne qui voyage avec le Titulaire de carte principal ou son Conjoint pour la durée entière du Voyage et dont le passage ou l'hébergement a été entièrement payé d'avance au même moment que celui du Titulaire de carte principal ou de son Conjoint.

Compte : Le compte Mastercard HSBC du Titulaire de carte principal En règle auprès du Titulaire de la police.

Conjoint : La personne mariée légalement avec le Titulaire de carte principal ou la personne vivant avec le Titulaire de carte principal depuis au moins un an et présentée publiquement comme étant son conjoint.

Date d'anniversaire : Un an à partir de la Date d'entrée en vigueur de Votre couverture indiquée sur la Lettre de confirmation envoyée au moment de Votre adhésion. La couverture sera renouvelée automatiquement à la date d'anniversaire à moins qu'un avis d'annulation écrit ne soit reçu par l'Assureur ou le Titulaire de la police. La prime annuelle sera imputée à Votre Compte Mastercard de la HSBC pour la période des 12 mois suivants.

Date d'entrée en vigueur : La date indiquée sur Votre Lettre de confirmation comme étant la date d'entrée en vigueur de Votre couverture en vertu de la Police.

Dépenses admissibles : Des frais pour les préparatifs de Voyage suivants qui ont été réservés avant le départ en Voyage :

- le coût du transport par un Transporteur public;
- le coût d'hébergement à l'hôtel ou dans un établissement semblable;
- le coût d'un forfait vendu comme unité qui comprend au moins deux des éléments suivants :
 - transport par un Transporteur public;
 - location d'automobile;
 - hébergement à l'hôtel ou dans un établissement semblable;
 - repas;
 - billets ou laissez-passer pour des événements sportifs ou d'autres divertissements, expositions ou événements comparables;
 - leçons ou services d'un guide.

Dépenses de voyage reporté : Des frais supplémentaires associés aux Dépenses admissibles, y compris, frais administratifs et de changement pour reporter un Voyage, avant le départ, et lesquels ont été imputés au Compte.

Dollars et « \$ » : Les dollars canadiens.

Enfants à charge : Les enfants célibataires naturels ou adoptés du Titulaire de carte principal ou de son Conjoint, qui sont à la charge du Titulaire de carte principal pour leurs besoins et leur soutien et qui :

- sont âgés de moins de 21 ans; ou
- sont âgés de 21 ans ou plus et :
 - ont une déficience mentale ou physique et sont inaptes à l'autosuffisance; ou
 - sont étudiants à temps plein dans un établissement d'enseignement supérieur reconnu et n'ont pas atteint l'âge de 26 ans.

En règle : Un Compte à l'égard duquel le Titulaire de carte principal n'a pas avisé le Titulaire de la police de le fermer ou à l'égard duquel le Titulaire de la police n'a pas suspendu ou révoqué les privilèges de Compte et qui n'est pas fermé.

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, 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 clinique, installation de soins continus ou prolongés, maison de convalescence, maison de repos, maison de soins infirmiers ou encore résidence pour personnes âgées, station de cure ou centre de traitement pour la toxicomanie ou l'alcoolisme.

Lettre de confirmation : Le document posté au Titulaire de carte principal confirmant Votre adhésion à l'assurance offerte en vertu de la Police.

Lésion corporelle accidentelle : Une lésion corporelle causée directement par un Accident qui :

- i. survient pendant que la présente attestation d'assurance est en vigueur;
- ii. dans les 365 jours de la date de l'Accident, entraîne directement un des sinistres visés par l'assurance; et
- iii. se produit indépendamment de toute maladie, infirmité, défaillance physique ou autre cause.

Médecin : Un médecin ou chirurgien autorisé à pratiquer la médecine dans le territoire de compétence où les services ou traitements médicaux sont fournis et qui n'est pas lié par les liens du sang ou du mariage à la Personne assurée qui reçoit les services.

Membre de la famille immédiate : Le Conjoint, l'enfant, le père, la mère, le beau-père, la belle-mère, la sœur ou le frère du Titulaire de carte principal.

Parent immédiat : En plus des Membres de la famille immédiate, les demi-frères, les demi-sœurs, le grand-père, la grand-mère, un petit-enfant, la bru, le gendre, un beau-frère ou une belle-sœur du Titulaire de carte principal.

Personne assurée : Le Titulaire de carte principal et, lorsqu'il en est fait mention, certaines autres personnes admissibles, tel qu'il est précisé à l'égard des protections applicables. La Personne assurée peut aussi être désignée par « Vous », « Votre » et « Vos ».

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

Titulaire de carte principal : Le demandeur principal d'un Compte qui est une personne physique, résidant au Canada et à laquelle une carte Mastercard HSBC a été émise par le Titulaire de la police.

Traitement médical d'urgence : Un traitement nécessaire pour le soulagement immédiat d'une Urgence médicale.

Transporteur public : Un véhicule de transport terrestre, maritime ou aérien qui est dûment autorisé pour le transport de passagers à titre onéreux sans discrimination, à l'exclusion du transport à titre gracieux.

Urgence médicale : Toute maladie imprévue ou Lésion corporelle accidentelle qui survient durant un Voyage et qui exige des soins médicaux ou 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 assuré.

Voyage : Le temps déterminé que la Personne assurée passe hors de sa province ou de son territoire de résidence au Canada. Pour ce qui a trait à l'admissibilité à l'assurance en cas d'urgence médicale en voyage, un voyage est limité à 17 jours depuis la date du départ de la province ou du territoire de résidence au Canada de la Personne assurée.

ASSURANCE EN CAS D'URGENCE MÉDICALE EN VOYAGE

Pour cette couverture, le terme « Personne assurée » s'entend du Titulaire de carte principal et de son Conjoint ainsi que de ses Enfants à charge qui voyagent avec le Titulaire de carte principal ou son Conjoint.

L'assurance en cas d'urgence médicale en voyage offerte au titre de la présente attestation d'assurance ne s'applique pas aux séjours à Cuba.

La couverture s'applique automatiquement aux 17 premiers jours d'un Voyage à compter de la date de départ. Le Compte doit être En règle pendant toute la durée du Voyage pour que la couverture soit en vigueur.

Admissibilité

Cette couverture d'assurance est offerte uniquement au Titulaire de carte principal et à son Conjoint qui sont âgés de moins de 65 ans à la date du départ en Voyage, et à ses Enfants à charge. Pour ce qui est des Enfants à charge, veuillez consulter la définition concernant les limites d'âge.

Tous les Personnes assurées doivent être des résidentes permanentes du Canada et couvertes par un RAMG provincial ou territorial.

Durée de la couverture

La couverture commence à la date où Vous partez en Voyage de Votre province ou territoire de résidence au Canada. La couverture se termine à la première des dates suivantes :

- i. La date à laquelle Vous revenez dans Votre province ou territoire de résidence au Canada;
- ii. La date à laquelle le Compte Mastercard de la HSBC est annulé;
- iii. Le jour avant la Date d'anniversaire si le Titulaire de carte principal a choisi de ne pas renouveler la couverture;
- iv. La date à laquelle le Compte Mastercard de la HSBC n'est plus En règle;
- v. La date à laquelle Vous avez été absent pendant plus de 17 jours consécutifs de Votre province ou territoire de résidence au Canada;
- vi. La date à laquelle Vous atteignez l'âge de 65 ans* (pour ce qui est des Enfants à charge, voir la définition concernant les limites d'âge).

*La couverture prend fin pour toutes les Personnes assurées à la date à laquelle le Titulaire de carte principal atteint l'âge de 65 ans.

Prolongation automatique

Lorsque Vous êtes hospitalisé en raison d'une Urgence médicale, Votre couverture continue à s'appliquer tant que Vous êtes hospitalisé ainsi que trois jours après Votre congé de l'Hôpital, sous réserve du critère d'admissibilité ci-dessus.

En outre, Votre couverture d'assurance en cas d'urgence médicale en voyage sera automatiquement prolongée jusqu'à concurrence de trois jours lorsque le retour de la Personne assurée à sa province ou son territoire de résidence au Canada est retardé uniquement en raison de ce qui suit :

- i. Le départ retardé du véhicule d'un Transporteur public dans lequel Vous avez réservé une place;
- ii. Un accident ou une panne mécanique du véhicule personnel de la Personne assurée;
- iii. Vous devez retarder Votre retour prévu en raison d'une Urgence médicale d'une autre Personne assurée.

Indemnité

En cas d'Urgence médicale, les Frais raisonnables et usuels engagés pour le Traitement médical d'urgence seront payés par l'Assureur, moins les montants payables ou remboursables en vertu du RAMG et de tout régime d'assurance santé collectif ou individuel ou de toute autre police ou de tout autre régime d'indemnisation.

L'indemnité maximale est de 1 000 000 \$ par Personne assurée, sous réserve des restrictions et exclusions ci-après.

Voici les dépenses associées à un Traitement médical d'urgence qui sont remboursables.

Frais d'Hôpital, d'ambulance et médicaux d'urgence

Chambre d'Hôpital, y compris une chambre à deux lits ou l'équivalent. Les frais de traitement dans une unité de soins intensifs ou de soins coronariens sont couverts s'ils sont médicalement nécessaires;

- i. Honoraires de Médecin;
- ii. Utilisation d'une salle d'opération, anesthésie et pansements chirurgicaux;
- iii. Coût d'un service d'ambulance agréé;
- iv. Frais de salle d'urgence;
- v. Médicaments vendus sur ordonnance;
- vi. Coût de location ou d'achat d'appareils médicaux tels que des fauteuils roulants et des béquilles.

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 tomographiques (TDM), les examens échographiques et les ultrasons doivent être autorisés à l'avance par l'Administrateur.

Frais de soins infirmiers particuliers

L'indemnité est payable jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par Personne assurée pour des soins infirmiers professionnels fournis par un infirmier autorisé (lorsque l'infirmier ne Vous est pas lié par le sang ou par mariage) pendant une période d'hospitalisation, si cela est médicalement nécessaire et ordonné par un Médecin. Cela comprend les fournitures pour soins infirmiers qui sont médicalement nécessaires.

Transport ou évacuation d'urgence par avion

Voici les frais couverts, dans la mesure où ils sont approuvés et convenus à l'avance par l'Administrateur :

- i. Ambulance aérienne à l'installation médicale appropriée la plus proche ou à un Hôpital canadien;

- ii. Transport sur une ligne aérienne pour le retour d'urgence de la Personne assurée dans sa province ou son territoire de résidence au Canada pour des traitements médicaux immédiats;
- iii. Les services d'un assistant médical pour Vous accompagner sur le vol de retour au Canada.

Autres services professionnels

Lorsque les services professionnels d'un physiothérapeute ou d'un podiatre sont médicalement nécessaires en raison d'une Urgence médicale, la couverture est assurée jusqu'à concurrence de 150 \$ par Personne assurée par discipline.

Frais dentaires d'urgence

Le coût de la réparation ou du remplacement de dents naturelles ou de dents artificielles plantées de façon permanente en raison d'un coup accidentel à la bouche, jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par Personne assurée. Pour être admissible à la couverture, le traitement dentaire doit être prodigué pendant Votre Voyage. Le traitement pour le soulagement d'urgence de douleurs dentaires est couvert jusqu'à concurrence de 150 \$ par Personne assurée.

Transport au chevet

La couverture inclut le coût d'un billet aller-retour en classe économique par la voie la plus directe du Canada, ainsi que l'hébergement et les repas jusqu'à concurrence de 250 \$, d'un Parent immédiat pour lui permettre :

- i. de se rendre au chevet de la Personne assurée qui voyageait seul et qui a été hospitalisée. Les autorités médicales doivent prévoir que la Personne assurée sera hospitalisée pour au moins sept jours à l'extérieur de sa province ou de son territoire de résidence et le Médecin traitant doit attester que la situation est suffisamment grave pour exiger une telle visite;
- ii. d'identifier la Personne assurée décédée avant la libération du corps, lorsque cela est nécessaire.

Cette indemnité doit être approuvée au préalable par l'Administrateur.

Retour du corps

En cas du décès d'une Personne assurée en Voyage, l'assurance couvre jusqu'à concurrence de 3 000 \$ pour la préparation (y compris l'incinération) et le retour du corps de la Personne assurée à sa province ou à son territoire de résidence au Canada. Le coût du cercueil ou d'une urne n'est pas compris.

Frais d'hébergement et de repas additionnels

Si Votre retour au Canada est retardé en raison d'une Urgence médicale, l'assurance couvre le coût des frais d'hébergement et de repas engagés après Votre date de retour prévue jusqu'à concurrence de 200 \$ par jour pour un maximum de 10 jours par Compte. Pour recevoir le remboursement, il faut présenter les originaux des reçus.

Retour d'un véhicule

Il y aura un remboursement, jusqu'à concurrence de 1 000 \$, pour les frais associés au 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 ou décès. Sont admissibles au remboursement le coût du retour par une agence professionnelle seulement, ou les frais nécessaires et raisonnables engagés par une personne qui ramène le véhicule pour le compte de la Personne assurée, notamment : essence, repas, hébergement, billet d'avion aller simple en classe économique. Pour recevoir le remboursement, Vous devez présenter les originaux des reçus. Aucuns autres frais ne sont couverts. Les frais engagés par une personne qui voyage avec la personne qui ramène le véhicule ne sont pas couverts.

L'indemnité n'est payable que si le retour du véhicule est préapprouvé par l'Administrateur ou que celui-ci prend les dispositions voulues et que le véhicule est ramené à Votre lieu de résidence habituel ou à l'agence de location la plus proche dans les 30 jours suivant Votre retour au Canada.

Restrictions et exclusions

Aucune indemnité n'est prévue pour les dépenses engagées, directement ou indirectement, de ce qui suit :

- i. Une Urgence médicale qui survient lorsqu'une Personne assurée est en séjour à Cuba;
- ii. Toute Affection préexistante;
- iii. Le traitement continu, la récurrence ou des complications d'une Affection médicale suivant un traitement d'urgence de cette Affection médicale au cours de Votre Voyage, si les conseillers médicaux de l'Administrateur déterminent que la Personne assurée est en mesure de rentrer au Canada et que la Personne assurée choisit de ne pas rentrer;
- iv. Une Affection médicale pour laquelle la Personne assurée a retardé

ou refusé un traitement ou une investigation recommandée par un Médecin avant la date de départ;

- v. La chirurgie, y compris l'angioplastie ou la chirurgie cardiaque et les frais de diagnostic connexes, qui ne sont pas approuvés par l'Administrateur avant d'être exécutés, sauf dans des situations extrêmes où la chirurgie est faite d'urgence immédiatement après l'admission à un Hôpital;
- vi. Les procédures invasives et les procédures suivantes qui ne sont pas autorisées à l'avance par l'Administrateur, y compris les frais associés : IRM (imagerie par résonance magnétique), TDM (tomodensitométrie), échographies, ultrasons, biopsies;
- vii. Le traitement qui n'est pas administré par un Médecin ou un dentiste ou sous sa supervision;
- viii. La grossesse, la fausse couche, l'accouchement ou leurs complications dans les huit semaines de la date d'accouchement prévue;
- ix. Une émeute ou un trouble civil, la perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel;
- x. Les lésions auto-infligées, suicide ou tentative de suicide, abus de médicaments, tout Accident qui se produit quand la Personne assurée a consommé des drogues illégales ou de l'alcool et que la concentration dans son sang dépasse 80 milligrammes par 100 millilitres de sang;
- xi. L'exposition volontaire et délibérée de la Personne assurée à un risque associé à un acte de guerre, déclarée ou non, une rébellion, une révolution, un détournement, un acte de terrorisme ou le service dans les forces armées de tout pays;
- xii. Les médicaments couramment disponibles sans ordonnance ou qui ne sont pas légalement enregistrés et approuvés au Canada;
- xiii. Les renouvellements d'ordonnance;
- xiv. Le remplacement de lunettes, de lentilles cornéennes ou d'appareils auditifs perdus ou endommagés;
- xv. La participation à un sport professionnel ou dangereux, y compris une épreuve de vitesse, la pratique de la plongée sous-marine, à moins que la Personne assurée détienne un certificat de compétence, niveau de base, délivré par une école ou un autre organisme reconnu, du deltaplane, du parachutisme, du saut à l'élastique, du parapente, de la spéléologie, de l'alpinisme, de l'escalade ou un accident d'aéronef, à moins que Vous ne soyez passager à bord d'un avion d'une ligne aérienne détenant un permis de vol commercial;
- xvi. Tout traitement ou chirurgie pouvant être effectué au retour de la Personne assurée dans sa province ou son territoire de résidence, sans compromettre son Affection médicale;
- xvii. Tout traitement ou chirurgie au cours d'un Voyage lorsque le Voyage est entrepris aux fins d'obtenir des traitements médicaux ou des services d'Hôpital, que ce Voyage soit entrepris ou non sur les conseils d'un Médecin;
- xviii. Tout Voyage entrepris ou poursuivi malgré les recommandations du Médecin de la Personne assurée;
- xix. Le traitement régulier d'une affection chronique, les traitements facultatifs, la chirurgie esthétique ou tout traitement ou chirurgie qui n'est pas requis pour le soulagement de la douleur aiguë ou émergente.

Toute partie des indemnités exigeant une autorisation et une prise de dispositions préalables par l'Administrateur ne sera pas payée si ces indemnités n'ont pas fait l'objet de telles autorisation et prise de dispositions par l'Administrateur, sauf dans les cas extrêmes où la demande d'une approbation préalable aurait retardé le traitement médical d'une Urgence médicale menaçant la vie de la personne en question.

L'assurance en cas d'urgence médicale en voyage paie les frais couverts en sus de Votre RAMG et de toute autre assurance ou régime d'indemnisation. Après paiement de Vos frais couverts, l'Administrateur en demandera le remboursement à Votre RAMG. Les indemnités payables en vertu d'un autre régime d'assurance en vertu duquel Vous pourriez être couvert, seront coordonnées par l'Administrateur conformément aux lignes directrices en vigueur, comme celles de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes. Les paiements en vertu de la présente Police et de tout autre régime ne peuvent être supérieurs à 100 % des frais admissibles engagés. L'Assureur ou l'Administrateur est autorisé à recevoir en Votre nom, à endosser et à négocier pour Votre Compte ces paiements admissibles.

En consultation avec le Médecin traitant de la Personne assurée, l'Assureur ou l'Administrateur se réserve le droit de transférer la Personne assurée dans un établissement de fournisseurs de soins médicaux préféré par l'Administrateur ou de transférer la Personne assurée à sa province ou à son territoire de résidence au Canada. Le refus de la part de la Personne assurée de se conformer à cette décision décharge l'Assureur et

l'Administrateur de toute responsabilité quant aux frais engagés après la date proposée pour le transfert.

Ni l'Assureur, ni l'Administrateur, ni le Titulaire de la police n'assument de responsabilité pour la disponibilité, la qualité ou les résultats d'un traitement médical ou d'un transport, ou de l'omission de la Personne assurée d'obtenir des traitements médicaux.

Que faire en cas d'Urgence médicale?

Lorsque survient une Urgence médicale, Vous devez communiquer avec l'Administrateur dans les plus brefs délais. Composez le **1-800-668-8680** au Canada et aux États-Unis ou le **416-977-6066** 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 est disponible 24 heures sur 24, tous les jours.

L'Administrateur confirmera la validité de l'assurance, dirigera la personne 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 pourrait 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.

Afin de bénéficier de l'assistance de paiement et d'autres services, Vous devez aviser l'Administrateur dès que Vous avez besoin de traitements médicaux ou dès que cela est raisonnablement possible, au plus tard 24 heures après Votre admission à l'Hôpital. À défaut d'aviser l'Administrateur dès que possible, Vous pourriez recevoir des traitements médicaux inappropriés ou superflus, qui pourraient ne pas être couverts par cette assurance.

Remarque : 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

En cas de sinistre, communiquez avec l'Administrateur en composant le **1-800-668-8680** au Canada et aux États-Unis ou le **416-977-6066** à frais virés ailleurs dans le monde.

Si l'Administrateur a autorisé le paiement de frais pour un Hôpital autorisé ou d'autres frais médicaux au nom de la Personne assurée, Vous devez signer un formulaire d'autorisation permettant à l'Administrateur de recouvrer les sommes avancées auprès de Votre 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 sont subséquemment jugées inadmissibles, 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 paiements originaux.

En cas de sinistre, Vous devez présenter la preuve de Votre date de départ ainsi que de Votre date de retour prévue et réelle, à Votre province ou territoire de résidence au Canada. Vous devez soumettre un formulaire de demande de règlement dûment rempli et fournir des documents et renseignements à l'appui, notamment :

- i. La cause ou la nature de l'Affection médicale exigeant un traitement;
- ii. Des factures et reçus détaillés des soins médicaux;
- iii. L'original des reçus de médicaments vendus sur ordonnance;
- iv. La date de naissance du Titulaire de carte principal et la date de naissance de la Personne assurée (une preuve d'âge pourrait être exigée);
- v. Une photocopie de la carte RAMG de la Personne assurée;
- vi. Le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de l'employeur;
- vii. Une preuve de Vos dates de départ et de retour (par exemple : copie de billets, de reçus, de factures de frais d'hébergement ou de reçus d'essence);
- viii. Le nom et l'adresse de l'émetteur et le numéro de toutes les autres polices de couverture d'assurance dont la Personne assurée pourrait être titulaire, y compris une assurance individuelle ou collective, une couverture de carte de crédit et tout autre régime d'indemnisation;
- ix. Une autorisation signée pour l'obtention de renseignements supplémentaires.

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

ANNULATION DE VOYAGE (AVANT LE DÉPART)

Pour cette couverture, le terme « Personne assurée » s'entend du Titulaire de carte principal et de son Conjoint ainsi que de ses Enfants à charge qui voyagent avec le Titulaire de carte principal ou son Conjoint.

La couverture ne s'applique que si au moins 75 % des Dépenses admissibles d'un Voyage ont été imputées au Compte.

La couverture commence à la date à laquelle le Voyage a été payé d'avance et avant qu'une pénalité ne soit exigée en raison de l'annulation. Elle prend fin à la date prévue de Votre départ.

Si Vous devez annuler un Voyage avant Votre date de départ prévue en raison d'une des causes d'annulation couvertes, Vous devez le faire et en informer l'Administrateur dans les 48 heures de l'événement qui Vous a amené à annuler le Voyage. Vous serez remboursé pour toutes Dépenses admissibles qui sont non remboursables, jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par Compte. L'omission d'aviser l'Administrateur dans les 48 heures peut réduire le montant payable.

Toutes les Dépenses de voyage reporté qui ne sont aucunement remboursables Vous seront remboursées si, avant Votre date de départ prévue, une Personne assurée décide de reporter le Voyage en raison d'une des causes d'annulation couvertes citées ci-après. Le montant payable est le moins élevé des Dépenses de voyage reporté et du montant qui aurait été versé au titre de la présente attestation d'assurance dans le cas d'une annulation pure et simple. Votre Voyage reporté sera considéré comme un nouveau Voyage au titre de la présente attestation d'assurance.

Indemnité

Les indemnités d'annulation de voyage sont payables lorsqu'un événement couvert mentionné ci-après survient avant Votre date de départ prévue.

Causes médicales couvertes en cas d'annulation

- i. Le décès d'une Personne assurée, d'un Parent immédiat, d'un Compagnon de voyage ou du parent immédiat d'un Compagnon de voyage;
- ii. Une Lésion corporelle accidentelle, une maladie soudaine et imprévue, ou une quarantaine qui Vous a touché ou a touché un Compagnon de voyage, un Parent immédiat ou un parent immédiat d'un Compagnon de voyage. La maladie ou la blessure doit nécessiter les soins et la surveillance d'un Médecin et celui-ci doit recommander l'annulation du Voyage;
- iii. Une Lésion corporelle accidentelle, une maladie soudaine et imprévue ou le décès du soignant avec lequel Vous aviez conclu un accord pour que des soins ou des services soient rendus à un Enfant à charge durant Votre absence. La maladie ou la blessure doit nécessiter les soins et la surveillance d'un Médecin et celui-ci doit recommander l'annulation du Voyage;
- iv. Des complications survenant au cours des 28 premières semaines de Votre grossesse ou suivant un accouchement à terme normal;
- v. Des effets secondaires ou une réaction indésirable aux vaccins requis pour Votre Voyage;
- vi. L'hospitalisation ou le décès de l'hôte de l'établissement qui était Votre destination principale.

Causes non médicales couvertes en cas d'annulation

- i. Une convocation comme juré ou assignation inattendue à témoigner au cours d'un procès nécessitant la présence en cours d'une Personne assurée durant le Voyage;
- ii. Un désastre naturel a rendu Votre résidence principale inhabitable;
- iii. Le gouvernement a appelé la Personne assurée à servir dans la réserve, l'armée, la police ou comme pompier;
- iv. Votre demande de visa pour le pays de destination a été refusée, à condition toutefois que les documents fournis puissent démontrer que Vous aviez droit à ce visa, que le visa n'a pas été refusé en raison de la soumission tardive de la demande et qu'il ne s'agissait pas d'une demande présentée après qu'une demande de visa initiale ait été refusée;
- v. La perte involontaire de l'emploi principal du Titulaire de carte principal ou de son Conjoint, à condition que Vous puissiez produire un avis de cessation d'emploi et que la perte de cet emploi ne Vous était pas déjà connue au moment où Vous avez réglé le coût du Voyage;
- vi. Un avis formel émanant du ministère des Affaires étrangères et du Commerce international du gouvernement canadien et recommandant aux Canadiens de ne pas se rendre dans un pays, une région ou une ville initialement prévu dans l'itinéraire du Voyage, au cours d'une période coïncidant avec le Voyage de la Personne assurée;
- vii. Un manquement de la part de l'établissement qui s'était engagé à organiser Votre Voyage et qui a cessé complètement ses activités commerciales en raison de la faillite ou d'insolvabilité;
- viii. Le départ du Transporteur public devant assurer la correspondance

a été retardé de 30 % ou plus par rapport à la durée totale du Voyage en raison de mauvaises conditions météorologiques;

- ix. Un retard Vous fait manquer une correspondance avec un Transporteur public ou Votre départ prévu sur le billet, y compris ce qui suit :
- retard du Transporteur public d'une Personne assurée occasionné par une défaillance mécanique;
 - accident de la circulation ou fermeture d'urgence d'une route par la police (dans l'un ou l'autre des cas, un rapport de police est requis);
 - conditions météorologiques.

L'indemnité payable pour les causes d'annulation couvertes correspond au prix d'un aller simple en classe économique selon l'itinéraire le moins cher pour la prochaine destination de la Personne assurée. L'annulation pure et simple d'un vol n'est pas considérée comme un retard.

Restrictions et exclusions

L'assurance annulation de voyage ne couvre pas et ne prévoit ni de services ni de règlement pour les sinistres résultant de ce qui suit :

- i. Toute raison qui ne figure pas dans la liste des causes d'annulation couvertes;
- ii. Une grossesse, une fausse couche, un accouchement ou leurs complications dans les huit semaines qui précèdent la date prévue de l'accouchement;
- iii. Une émeute ou des troubles civils; perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel;
- iv. Une lésion intentionnelle auto-infligée, le suicide ou une tentative de suicide;
- v. L'abus de médicaments, de l'alcool ou d'autres substances toxiques;
- vi. Une maladie ou une blessure qui se produit quand la Personne assurée a consommé des drogues illégales ou de l'alcool et que la concentration d'alcool dans son sang dépasse 80 milligrammes par 100 millilitres de sang;
- vii. L'exposition volontaire et délibérée de la Personne assurée à un risque associé :
 - a. à un acte de guerre, que celle-ci ait été déclarée ou non;
 - b. à une rébellion, une révolution, un détournement ou un acte de terrorisme;
 - c. au service dans les forces armées de tout pays;
- viii. La participation à un sport professionnel ou dangereux, y compris une épreuve de vitesse, la pratique de la plongée sous-marine en scaphandre autonome (à moins que la Personne assurée détienne un certificat de compétence, niveau de base, délivré par une école ou un autre organisme reconnu), du deltaplane, du parachutisme (traditionnel ou en chute libre), du saut à l'élastique, du parapente, de la spéléologie, de l'alpinisme, de l'escalade ou un accident d'aéronef (à moins d'être un passager à bord d'un avion d'une ligne aérienne détenant un permis de vol commercial);
- ix. Tout Voyage entrepris malgré les recommandations du Médecin de la Personne assurée;
- x. Le manquement de la part de l'établissement de voyage auquel Vous aviez demandé de Vous fournir ses services, si cet établissement, au moment où Vous faites les réservations pour le Voyage, est déjà en faillite ou en insolvabilité ou a été placé sous administration judiciaire, ou encore, s'il s'agit d'une société américaine de transport aérien, si celle-ci a été citée aux termes du chapitre 11 du code des faillites des États-Unis. Aucune protection n'est offerte en cas de manquement aux engagements d'un agent, d'une agence ou d'un courtier de voyage;
- xi. L'absence des documents requis pour le Voyage, comme le visa, le passeport, la confirmation d'inoculations ou de vaccins reçus.

Comment présenter une demande de règlement

Lorsqu'une cause d'annulation couverte se produit, le Titulaire de carte principal doit téléphoner à l'Administrateur en composant le **1-800-668-8680** au Canada et aux États-Unis ou le **416-977-6066** à frais virés ailleurs dans le monde dans les 48 heures.

Veuillez consulter la section « Dispositions générales et conditions statutaires » de la présente attestation d'assurance pour plus de détails.

INTERRUPTION DE VOYAGE (APRÈS LE DÉPART)

Pour cette couverture, le terme « Personne assurée » s'entend du Titulaire de carte principal et de son Conjoint ainsi que de ses Enfants à charge qui voyagent avec le Titulaire de carte principal ou son Conjoint.

La couverture ne s'applique que si au moins 75 % des Dépenses admissibles d'un Voyage ont été imputées au Compte.

Admissibilité

Si lorsqu'une Personne assurée est en cours de Voyage couvert et qu'une

cause d'interruption couverte se produit, des indemnités d'interruption de voyage seront versées.

Indemnité

Si Vous devez changer la date prévue de Votre retour pour la reporter à une date ultérieure en raison d'une des causes couvertes indiquées ci-dessous, Vous recevrez un remboursement maximal de 2 000 \$ par Compte pour le montant le moins élevé des deux montants suivants : les frais supplémentaires payés par Vous pour changer le billet ou le coût d'un billet aller simple en classe économique pour Vous retourner à Votre point de départ ou prochaine destination.

Le montant payable exclut le coût de transport de retour prépayé et non utilisé, jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué ci-dessus.

Remarque : Cette couverture ne couvre que les coûts (c.-à-d., les frais administratifs pour annuler ou changer l'itinéraire) en sus des récompenses en voyages fournies par un programme de récompenses ou un programme pour grands voyageurs. La valeur de la perte des récompenses ou des points d'un programme pour grands voyageurs n'est pas couverte.

Causes couvertes en cas d'interruption de voyage

Les indemnités d'interruption de voyage sont payables lorsque l'un des événements suivants survient après Votre date de départ prévue mais avant Votre date de retour prévue :

- i. Le décès d'une Personne assurée, de son Parent immédiat, de son Compagnon de voyage ou du parent immédiat de son Compagnon de voyage;
- ii. Une Lésion corporelle accidentelle, une maladie soudaine et imprévue, ou une quarantaine qui Vous a touché ou a touché un Compagnon de voyage, un Parent immédiat ou un parent immédiat du Compagnon de voyage. La maladie ou la blessure doit nécessiter les soins et la surveillance d'un Médecin et celui-ci doit recommander l'interruption du Voyage.

Restrictions et exclusions

Les mêmes restrictions et exclusions s'appliquent que celles présentées ci-dessus à l'égard de l'assurance annulation de voyage.

Comment présenter une demande de règlement

En cas de sinistre, le Titulaire de carte principal doit téléphoner à l'Administrateur en composant le **1-800-668-8680** au Canada et aux États-Unis ou le **416-977-6066** à frais virés ailleurs dans le monde. L'Administrateur aidera le Titulaire de carte principal à prendre les dispositions nécessaires pour le retour. L'omission d'aviser l'Administrateur dans les 48 heures peut réduire le montant payable.

RETARD OU PERTE DES BAGAGES

Pour cette couverture, le terme « Personne assurée » s'entend du Titulaire de carte principal et de son Conjoint ainsi que de ses Enfants à charge qui voyagent avec le Titulaire de carte principal ou son Conjoint.

La couverture s'applique si au moins 75 % des Dépenses admissibles d'un Voyage sont imputées au Compte.

Indemnité

L'assurance en cas de retard des bagages offre un remboursement au Titulaire de carte principal, si les bagages enregistrés d'une Personne assurée ne sont pas livrés dans les 12 heures qui suivent l'arrivée à la destination prévue, pour les dépenses nécessaires, raisonnables et immédiates engagées pour les articles nécessaires, jusqu'à concurrence de 200 \$ par Voyage, sous réserve de ce qui suit :

- i. Les bagages en question sont sous la responsabilité d'une société de transport aérien ou d'un Transporteur public;
- ii. Les bagages en question n'ont pas été retardés lorsque la Personne assurée est retournée au point de départ original.

L'assurance en cas de perte des bagages couvre la valeur marchande réelle pour perte et dommages physiques directs des bagages ainsi que des biens personnels qu'ils contiennent, jusqu'à concurrence de 750 \$ par Personne assurée, lorsque les bagages de la Personne assurée sont enregistrés auprès d'une société de transport aérien ou d'un Transporteur public ou lorsque les bagages de la Personne assurée sont portés la Personne assurée dans un Transporteur public, comme suit :

- i. En cas de perte ou de dommages aux bagages ou effets personnels portés ou utilisés par Vous au cours du Voyage, l'indemnité maximale prévue est de 500 \$ par article;
- ii. En cas de vol, de cambriolage, d'incendie ou de risques de transport touchant les bagages ou les effets personnels portés ou utilisés par Vous au cours du Voyage, l'indemnité maximale prévue est de 500 \$ par article;
- iii. En cas de perte ou d'endommagement de l'équipement photographique au cours du Voyage, l'indemnité maximale prévue est de 500 \$ par article, tous les éléments composant l'équipement

- photographique étant considérés comme un seul article;
- iv. En cas de perte ou d'endommagement des bijoux au cours du Voyage, l'indemnité maximale prévue est de 500 \$ par article, l'ensemble des bijoux étant considéré comme un seul article.

Le paiement est basé sur le coût de remplacement réel de tout article perdu ou volé à condition que l'article soit réellement remplacé. Autrement, le paiement est basé sur la valeur marchande réelle de l'article à la date du sinistre.

Restrictions et exclusions

L'assurance en cas de retard ou de perte des bagages ne couvre pas et ne prévoit ni de services ni de règlement pour les sinistres résultant de ce qui suit :

- i. Une perte ou un endommagement causé par l'usure normale, la détérioration graduelle, les mites ou la vermine;
- ii. Une perte ou un endommagement des animaux, des automobiles (y compris l'équipement et le contenu), des remorques, des motocyclettes, des bicyclettes, des bateaux, des véhicules motorisés et de tout autre moyen de transport ou de leurs accessoires, des souvenirs, des articles fragiles ou de collection, des appareils ménagers, des articles d'ameublement, des lentilles cornéennes, des lunettes de soleil sans verres correcteurs, des prothèses dentaires et autres, du matériel et des appareils médicaux, de l'argent comptant, des valeurs, des billets, des documents ou de tout article lié aux affaires, à la profession ou à l'emploi, des ordinateurs personnels, des logiciels ou des téléphones cellulaires;
- iii. Une perte ou un endommagement des bijoux ou de l'équipement photographique pendant qu'ils sont dans des bagages à moins que ces bagages soient portés à la main sous la supervision personnelle de Titulaire de carte principal ou de son Conjoint ou de son Compagnon de voyage avec le consentement du Titulaire de carte principal;
- iv. Une perte, un endommagement ou un retard d'objets causé par la radiation ou la confiscation par un organisme de l'État, ou par un risque de guerre (que celle-ci ait été déclarée ou non), ou par suite de contrebande, de transport ou de commerce illégal;
- v. Une perte, un endommagement ou un retard se produisant pendant que Vous commettez un acte négligent ou criminel.

La couverture de l'assurance en cas de retard ou de perte des bagages est en sus de toute autre assurance, indemnisation, protection et de tout remboursement valable dont Vous pouvez Vous prévaloir à l'égard de la demande de règlement. L'Assureur ne sera responsable que du montant de la perte ou du dommage en sus du montant couvert en vertu de l'autre assurance, indemnisation, remboursement ou protection ainsi que du montant des franchises applicables dans la mesure où ces autres couvertures ont fait l'objet de demandes de règlement et ont été épuisées et sous réserve des modalités, des exclusions et des limites de responsabilité établies dans la présente attestation d'assurance. Cette couverture ne constitue pas une assurance contributive, malgré toute disposition incluse dans les autres polices ou contrats d'assurance, d'indemnisation ou de protection.

Lorsque l'article assuré fait partie d'une paire ou d'un ensemble, Vous ne recevrez pas plus que la valeur des parties perdues ou endommagées, quelle que soit la valeur particulière que l'article puisse avoir comme partie du prix d'achat total de la paire ou de l'ensemble. L'Administrateur, pour le compte de l'Assureur, se réserve le droit de réparer ou de remplacer tout article endommagé ou perdu, par un autre article de qualité et de valeur comparables, et d'exiger que l'article soit présenté pour l'évaluation du dommage, le coût de celle-ci étant à la charge de la Personne assurée.

Comment présenter une demande de règlement

En cas de sinistre, il faut téléphoner à l'Administrateur en composant le **1-800-668-8680** au Canada et aux États-Unis ou le **416-977-6066** à frais virés ailleurs dans le monde.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES ET CONDITIONS STATUTAIRES

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

Procédures d'annulation et de remboursement des primes

Les primes seront intégralement remboursées si l'avis d'annulation est reçu par écrit par l'Assureur ou la HSBC dans les 30 jours suivant la Date d'entrée en vigueur ou dans les 30 jours suivant la date d'émission du relevé de compte sur lequel figure la prime de renouvellement, pourvu que Vous ne soyez pas parti en Voyage entre la Date d'entrée en vigueur ou la Date d'anniversaire et la date d'annulation.

Services carte de crédit HSBC
C.P. 20, Succursale « M »
Montréal (Québec) H1V 3L6
Téléphone : 1 866 406-HSBC (4722)

Vous pouvez annuler l'assurance en tout autre temps en téléphonant ou en écrivant à la HSBC aux coordonnées indiquées ci-dessus ou en écrivant à l'Assureur à son siège social canadien dont l'adresse est indiquée dans la présente attestation d'assurance. Sauf indications contraires de la loi, l'annulation prendra effet à la date à laquelle Votre demande d'annulation est reçue par l'Assureur ou la HSBC. Vous recevrez un remboursement des primes non acquises calculées au prorata.

Dans le cas où Vous annulez la couverture, Vous ne serez réadmissible à l'assurance voyage et médicale qu'après la fin de la période de 12 mois qui suit la date à laquelle l'Assureur ou la HSBC reçoit Votre avis d'annulation.

Avis et preuve de sinistre

Immédiatement après avoir pris connaissance d'un sinistre ou d'un événement qui peut donner lieu à un sinistre en vertu de l'une de ces assurances, avisez l'Administrateur. On Vous enverra un formulaire de demande de règlement.

Un avis écrit de sinistre doit être donné à l'Administrateur dès que cela est raisonnablement possible après la survenance ou le début d'un sinistre visé par la Police. Dans tous les cas, l'avis de sinistre doit être fourni au plus tard 90 jours après la date du sinistre. Un avis écrit donné par ou pour le demandeur ou le bénéficiaire à l'Administrateur avec des renseignements suffisants pour Vous identifier est réputé constituer une demande de règlement.

Les formulaires de demande de règlement appropriés, dûment remplis et accompagnés de la preuve écrite de sinistre, doivent être soumis dès que cela est raisonnablement possible.

Le défaut de fournir un avis ou une preuve de sinistre dans le délai prescrit aux présentes n'invalide pas la demande de règlement si l'avis ou la preuve sont donnés ou fournis dès que cela est raisonnablement possible et, en aucun cas, plus d'un an après la date de survenance du sinistre en vertu des présentes, s'il est prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner un avis ou de fournir une preuve au cours du délai prescrit. Si l'avis ou la preuve sont donnés ou fournis après un an, Votre demande de règlement ne sera pas payée.

Examen et autopsie

L'Assureur, à ses frais, peut et doit pouvoir procéder à un examen médical de la Personne assurée qui présente une demande de règlement par suite d'une blessure aussi souvent que cela est raisonnablement requis durant le traitement de la demande de règlement et peut et doit pouvoir faire procéder à une autopsie en cas de décès, à moins que la loi ne l'interdise.

Règlement des demandes

Les indemnités payables en vertu de la Police seront versées sur réception d'une preuve de sinistre écrite complète, à la satisfaction de l'Assureur.

Les autres indemnités qui n'ont pas été payées au décès de la Personne assurée peuvent, au gré de l'Assureur, être versées soit à son bénéficiaire, soit au Titulaire de carte principal au nom duquel le Compte est ouvert.

Exemplaire de la Police

Vous, ou toute personne qui présente une demande de règlement au titre de la présente attestation d'assurance, avez le droit d'obtenir un exemplaire de la Police et/ou une copie de Votre proposition d'assurance, selon le cas, en écrivant à l'adresse suivante :

Assurant
Siège social canadien
5000, rue Yonge, bureau 2000
Toronto (Ontario) M2N 7E9

Résiliation de l'assurance

La couverture des Personnes assurées prend fin à la première des dates suivantes :

- i. La date à laquelle le Compte est annulé, fermé ou cesse d'être En règle;
- ii. La date à laquelle la Personne assurée cesse d'être admissible à la couverture;
- iii. La date à laquelle la Police est résiliée;
- iv. La date à laquelle l'avis d'annulation du Titulaire de carte principal est reçu par l'Assureur ou la HSBC.

Aucun règlement ne sera accordé pour un sinistre survenu après la date de résiliation de la Police, sauf indication contraire.

Subrogation

Après le règlement d'une demande d'une Personne assurée pour une perte ou un dommage survenu, l'Assureur est subrogé, à hauteur de ce paiement, à tous les droits et recours de la Personne assurée contre quiconque à l'égard de la perte ou du dommage et a le droit, à ses frais, d'intenter une poursuite au nom de la Personne assurée. La Personne assurée donnera à l'Assureur toute l'aide raisonnablement requise pour faire valoir ses droits et recours, y compris la signature de tous les documents nécessaires pour permettre à l'Assureur d'intenter une poursuite en son nom.

Diligence raisonnable

La Personne assurée doit faire preuve de diligence et prendre toutes les mesures raisonnables pour éviter ou atténuer toute perte ou tout dommage aux biens couverts par 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 perdez le bénéfice de l'assurance et n'avez droit au règlement d'aucune demande en vertu de la Police.

Recours judiciaire

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 la province ou le territoire de résidence de la Personne assurée.

Plainte ou demande de renseignements

Si Vous avez une plainte ou une préoccupation concernant Votre couverture, veuillez appeler l'Assureur au 1-888-668-8680. L'Assureur fera son possible pour régler Votre plainte ou répondre à Votre préoccupation. Si pour une raison quelconque, l'Assureur n'est pas en mesure de le faire à Votre entière satisfaction, Vous pouvez envoyer Votre plainte ou Votre préoccupation par écrit à un organisme externe indépendant. Vous pouvez aussi obtenir de l'information détaillée concernant le processus de règlement de l'Assureur et le recours externe en appelant l'Assureur au numéro susmentionné ou en visitant l'adresse suivante : www.assurantsolutions.ca/aide-consommateurs.

Politique de confidentialité

L'Assureur peut recueillir, utiliser et partager les renseignements personnels que Vous lui avez fournis et qui ont été obtenus d'autres parties avec Votre consentement, ou dans la mesure où cela est requis ou permis par la loi. L'Assureur peut utiliser ces renseignements pour Vous servir à titre de client et communiquer avec Vous. L'Assureur peut traiter ou stocker Vos renseignements personnels dans un autre pays où ils peuvent faire l'objet d'accès par les autorités gouvernementales en vertu des lois applicables de ce pays. Vous pouvez obtenir une copie de la politique de confidentialité de l'Assureur en composant le 1-888-778-8023 ou en visitant son site Web : www.assurantsolutions.ca/privacy-fr. Si Vous avez des questions ou préoccupations concernant la politique de confidentialité ou les options Vous permettant de refuser ou de retirer Votre consentement, Vous pouvez téléphoner à l'Assureur au numéro indiqué ci-dessus.

SERVICES D'ASSISTANCE EN VOYAGE

Vous n'avez pas à utiliser votre Carte Mastercard de la HSBC pour être admissible aux services suivants.

Les services d'assistance en voyage constituent uniquement des services et non des couvertures d'assurance. Tous les coûts engagés pour ou par rapport à ces services seront imputés au Compte (sous réserve du crédit disponible). Si ces coûts ne peuvent être imputés au Compte, des dispositions seront prises pour leur paiement (lorsque cela est raisonnablement possible) par la famille ou les amis.

Ces services sont offerts au Titulaire de carte principal et à son Conjoint 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Pour bénéficier de l'un des services décrits ci-après, Vous n'avez qu'à téléphoner à l'Administrateur en composant le **1 800 668-8680** au Canada et aux États-Unis ou le **416 977-6066** à frais virés ailleurs dans le monde.

Les services d'assistance en voyage peuvent ne pas être offerts dans des pays politiquement instables et, de temps en temps, ces pays peuvent être jugés peu sûrs et/ou inaccessibles.

Centre de message d'urgence

En cas d'Urgence médicale, l'Administrateur peut Vous aider à transmettre des messages importants à Votre famille, à Votre entreprise ou à Votre Médecin.

Assistance de paiement

Si l'assurance en cas d'urgence médicale en voyage ne peut être confirmée ou si la confirmation n'est pas acceptée par un Hôpital ou un fournisseur de soins médicaux, l'Administrateur peut Vous aider à prendre des dispositions de paiement et les coordonner lorsque cela est possible.

Assistance et consultation médicales

Vous serez dirigé vers les installations médicales appropriées les plus proches chaque fois que possible. Il est recommandé de communiquer avec l'Administrateur pour cette assistance avant d'obtenir des traitements pour une Urgence médicale.

^{MD}Mastercard et la marque de commerce Mastercard sont des marques déposées de Mastercard International Incorporated. Utilisées en vertu d'une licence.

AMERICAN BANKERS LIFE ASSURANCE COMPANY OF FLORIDA AMERICAN BANKERS INSURANCE COMPANY OF FLORIDA

OPTIONAL TRAVEL AND MEDICAL CERTIFICATE OF INSURANCE

HSBC Mastercard® Cardholders
Amended & Restated Effective March 1, 2019
Master Policy: HSBCT0805

Emergency Travel Medical Insurance under this Certificate of Insurance does not apply to travel in Cuba. This Certificate of Insurance contains a clause which may limit the amount payable.

This Certificate of Insurance contains information about your insurance. Please read it carefully and keep it in a safe place. You should carry this Certificate of Insurance with you when you travel.

The coverage outlined in this Certificate of Insurance is provided to eligible HSBC Mastercard Primary Cardholders who have applied and been accepted for this insurance and, where specified, certain other eligible persons such as their Spouses and Dependent Children. In no event will a corporation, partnership or business entity be eligible for the insurance coverage provided by this Certificate of Insurance.

Coverage is underwritten by American Bankers Life Assurance Company of Florida and American Bankers Insurance Company of Florida (individually or collectively the "Insurer", as appropriate) under Master Policy number HSBCT0805 (the "Policy") issued by the Insurer to HSBC Bank Canada (the "Policyholder"). Claims payment and administrative services under the Policy are arranged by the Insurer.

Only the Policyholder may determine who is a Primary Cardholder and whether an Account is in Good Standing, and consequently, whether the insurance pursuant to this Certificate has come into or is in force.

This Certificate of Insurance is designed to cover losses arising from sudden and unforeseeable circumstances and is composed of:

- Trip Cancellation, Trip Interruption and Baggage Delay or Loss Insurance which are underwritten by American Bankers Insurance Company of Florida; and
- Emergency Travel Medical Insurance which is underwritten by American Bankers Life Assurance Company of Florida.

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. All benefits are subject in every respect to the Policy, which alone constitutes the agreement under which benefits will be provided.

The Canadian head office of American Bankers Life Assurance Company of Florida and American Bankers Insurance Company of Florida is located at: 5000 Yonge Street, Suite 2000, Toronto, Ontario, M2N 7E9.

DEFINITIONS

Throughout this document, all capitalized terms have the specific meaning provided below:

Accident means a sudden, unexpected and unforeseeable cause of injury from an external source.

Accidental Bodily Injury means bodily injury caused directly by an Accident that:

- occurs while the insurance evidenced by this Certificate of Insurance is in force;
- results, within 365 days after the date of the Accident, directly in any of the losses to which the insurance applies; and
- is independent of any disease, bodily infirmity, bodily malfunction or any other cause.

Account means the Primary Cardholder's HSBC Mastercard account which is in Good Standing with the Policyholder.

Administrator means the Insurer and/or the service provider(s) arranged by the Insurer to provide claims payment and/or administrative services under the Policy.

Anniversary Date means one year from the Effective Date of coverage noted in the Letter of Confirmation sent to You upon Your enrolment. Coverage will be renewed automatically on the Anniversary Date unless written notice of cancellation is received by the Insurer or the Policyholder

and the annual premium will be charged to Your HSBC Mastercard Account for the subsequent 12-month period.

Common Carrier means any land, air or water conveyance which is licensed to carry passengers without discrimination and for hire, excluding courtesy transportation provided without a specific charge.

Dependent Children mean the Primary Cardholder's unmarried natural, adopted or step-children who are dependent on the Primary Cardholder for maintenance and support and who are:

- under 21 years of age; or
- 21 years of age or over and
 - mentally or physically challenged and incapable of self-support; or
 - in full time attendance at a recognized institution of higher learning and have not reached the age of 26.

Dollars and "\$" means Canadian dollars.

Effective Date means the date confirmed in Your Letter of Confirmation as the effective date of Your coverage under the Policy.

Eligible Expense means charges for any of the following travel arrangements which have been booked or reserved prior to departure on a Trip:

- cost of transportation by a Common Carrier;
- cost of hotel or similar accommodations; and
- cost of a package tour which has been sold as a unit and includes at least two of the following:
 - transportation by a Common Carrier;
 - car rental;
 - hotel or similar accommodation;
 - meals;
 - tickets or passes for sporting events or other entertainment, exhibition or comparable event; or
 - lessons or the services of a guide.

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 an Account to which the Primary Cardholder has not advised the Policyholder to close; for which the Policyholder has not suspended or revoked Account privileges and which is not closed.

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 Physicians 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 a home for the aged, or a health spa or a treatment centre for drug addiction or alcoholism.

HSBC Mastercard means a standard HSBC Mastercard card, an HSBC +Rewards Mastercard card, an HSBC Gold Mastercard card or an HSBC Advance Mastercard card issued by the Policyholder.

Immediate Family Member means a Primary Cardholder's Spouse, child, parent, parent-in-law, sister or brother.

Immediate Relative means, in addition to an Immediate Family Member, a Primary Cardholder's stepbrother or stepsister, grandparent, grandchild, daughter-in-law, son-in-law, brother-in-law or sister-in-law.

Insured Person means a Primary Cardholder and, if specified, certain other eligible persons, as detailed in the applicable benefit. Insured Person may also be referred to as "You" and "Your".

Letter of Confirmation means the document mailed to the Primary Cardholder confirming Your enrolment for coverage under the Policy.

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

Medical Emergency means any unforeseen illness or Accidental Bodily Injury which occurs during a Trip and which requires immediate medical care or treatment from a Physician. A Medical Emergency ends when the illness or Accidental Bodily 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.

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

Pre-Existing Condition means any Medical Condition for which symptoms appeared, or for which an Insured Person sought the attention of a Physician, 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 date of departure. A Pre-Existing Condition does not include a Medical Condition which is controlled by the consistent use of medications prescribed by a Physician, provided that, during the 180-day period before the Insured Person's departure, there has been no other treatment or investigation recommended in respect of such Medical Condition 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, to whom the Policyholder has issued an HSBC Mastercard.

Reasonable and Customary Charges mean 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.

Rescheduling Expenses means the additional charges associated with Eligible Expenses, including administrative and change fees, which result from rescheduling a Trip, prior to departure, and which have been charged to the Account.

Spouse means the person who is lawfully married to the Primary Cardholder, or the person who has been living with the Primary Cardholder for at least one year and is publicly represented as the Primary Cardholder's Spouse.

Ticket means evidence of fare paid for travel on a Common Carrier, which has been charged to the Account.

Travel Companion is any person who travels with the Primary Cardholder or Spouse for the entire Trip and whose fare for transportation and/or accommodation was entirely prepaid at the same time as the Primary Cardholder or Spouse.

Trip means a scheduled period of time during which an Insured Person is away from his or her province or territory of residence in Canada. For *Emergency Travel Medical coverage*, Trip is limited to the first 17 days from the date of departure from the Insured Person's province or territory of residence in Canada.

EMERGENCY TRAVEL MEDICAL INSURANCE

For this coverage, Insured Person means the Primary Cardholder, Spouse and Dependent Children while travelling with the Primary Cardholder and/or Spouse.

Emergency Travel Medical Insurance under this Certificate of Insurance does not apply to travel in Cuba.

Coverage automatically applies to the first 17 days of a Trip, as determined by the departure date, as long as the Account is in Good Standing throughout the entire duration of a Trip to maintain coverage.

Eligibility

This insurance coverage is only available to Primary Cardholders under age sixty-five (65) and such Primary Cardholder's Spouse who is also under age sixty-five (65), as at the departure date of a Trip and Dependent Children. For Dependent Children, see the definition for age limits.

All Insured Persons must be permanent residents of Canada and covered by their provincial or territorial GHIP.

Period of Coverage

Coverage begins on the date You leave Your Canadian province or territory of residence on a Trip and terminates on the earliest of the following:

- i the date You return to Your Canadian province or territory of residence;
- ii the date the HSBC MasterCard Account is cancelled;
- iii the day before the Anniversary Date if the Primary Cardholder has elected not to renew coverage;
- iv the date the HSBC MasterCard Account is no longer in Good Standing;
- v the date You have been absent for more than 17 consecutive days from Your province or territory of residence in Canada; or
- vi the date You attain age 65* (for Dependent Children, see the definition for age limits).

*Coverage terminates for all Insured Persons on the date the Primary Cardholder attains age 65.

Automatic Extension

When You are hospitalized due to a Medical Emergency, subject to the eligibility requirement above, Your coverage will remain in force for as long as You are hospitalized plus a further period of three days following Your discharge from Hospital.

Also, Your Emergency Travel Medical Insurance coverage will be automatically extended for up to three (3) days if an Insured Person's return to his or her province or territory of residence in Canada is delayed solely as the result of:

- i. the delayed departure of a Common Carrier on which You are booked;
- ii. an accident or the mechanical breakdown of an Insured Person's personal vehicle; or
- iii. You must delay Your scheduled return due to a Medical Emergency of another Insured Person.

Benefits

In the event of a Medical Emergency, the Reasonable and Customary Charges incurred for the Emergency Medical Treatment will be paid by the Insurer, less any amounts payable by or reimbursable under GHIP, any group or individual health insurance plans or any other policy or compensation plan.

Benefits are limited to a maximum of \$1,000,000 per Insured Person, subject to the Limitations and Exclusions below.

The following expenses for Emergency Medical Treatment are eligible for reimbursement.

Emergency Hospital, Ambulance and Medical Expenses

Hospital room and board charges, up to semi-private or the equivalent. If medically required, expenses for treatment in an intensive or coronary care unit are covered:

- i Physician charges;
- ii. use of an operating room, anesthesia and surgical dressings;
- iii. the cost of licensed ambulance service
- iv. emergency room charges;
- v. prescription drugs and medication; and
- vi. the cost for rental or purchase of minor medical appliances such as wheelchairs and crutches.

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

Private Duty Nursing Expenses

Benefits are payable to a maximum of \$5,000 per Insured Person for the professional services performed by a registered nurse (not related to You by blood or marriage) during hospitalization, when medically necessary and prescribed by a Physician. This includes medically necessary nursing supplies.

Emergency Air Transportation or Evacuation

The following are covered expenses provided they are approved and arranged in advance by the Administrator:

- i. air ambulance to the nearest appropriate medical facility or to a Canadian Hospital;
- ii. transport on a licensed airline for emergency return to the Insured Person's province or territory of residence in Canada for immediate medical attention; and
- iii. a medical attendant to accompany You on the flight back to Canada.

Other Professional Services

Where the professional services of a physiotherapist or podiatrist are medically necessary as a result of a Medical Emergency, coverage will be provided to a maximum of \$150 per Insured Person per discipline.

Emergency Dental Expenses

Covers the cost of repair or replacement of natural teeth or permanently attached artificial teeth required as the result of an accidental blow to the mouth, to a maximum of \$2,000 per Insured Person. To be eligible for coverage, dental treatment must take place during Your Trip. Treatment for the emergency relief of dental pain is covered to a maximum of \$150 per Insured Person.

Transportation to Bedside

Coverage includes one round trip economy airfare by the most direct route from Canada, plus lodging and meals up to a maximum of \$250, for one Immediate Relative to:

- i. be with an Insured Person who is travelling alone and has been confined to a Hospital. The Insured Person must be expected to be an inpatient for at least seven days outside their home province or territory and have verification from the attending Physician that the situation is serious enough to require the visit; or
- ii. identify a deceased Insured Person prior to release of the body, where necessary.

This benefit must be pre-approved by the Administrator.

Return of Deceased

In the event of the death of an Insured Person while on a Trip, this insurance covers up to \$3,000 for the preparation (including cremation) and transportation of the Insured Person's remains (excluding the cost of a burial coffin or urn) to his/her province or territory of residence in Canada.

Additional Hotel and Meal Expenses

If Your return to Canada is delayed due to a Medical Emergency, this insurance covers the cost for hotel and meal expenses incurred after Your planned return date up to \$200 a day to a maximum of 10 days per Account. To receive reimbursement, original receipts must be submitted.

Return of Vehicle

Vehicle return is covered to a maximum of \$1,000 to return an Insured Person's vehicle to his or her place 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 or death. Eligible for reimbursement is the cost of the return performed by a professional agency only, or the following necessary and reasonable expenses incurred by an individual returning the vehicle on behalf of the Insured Person: fuel, meals, overnight accommodation, one-way economy airfare. To receive reimbursement, original receipts must be submitted. Any other expenses are not covered. Expenses incurred by anyone travelling with the person returning the vehicle are not covered.

This benefit will only be payable when the return of the vehicle is pre-approved and/or arranged by the Administrator and the vehicle is returned to Your normal place of residence or the nearest appropriate rental agency within 30 days of Your return to Canada.

Limitations and Exclusions

No benefits are payable for any expenses incurred directly or indirectly as a result of:

- i. a Medical Emergency while an Insured Person is travelling in Cuba;
- ii. any Pre-Existing Condition;
- iii. The continued treatment, recurrence or complication of a Medical Condition following emergency treatment of that Medical Condition during the Trip, if the medical advisors of the Administrator determine that the Insured Person is able to return to Canada and the Insured Person chooses not to return.
- iv. A Medical Condition for which the Insured Person delayed or refused further treatment or investigation which was recommended by a Physician before the departure date.
- v. surgery, including but not limited to angioplasty and/or cardiac surgery, and any associated diagnostic charges, which are not approved by the Administrator prior to being performed, except in extreme circumstances where surgery is performed on an emergency basis immediately following admission to a Hospital;
- vi. invasive procedures and any of the following procedures which are not authorized in advance by the Administrator, including any associated charges, MRI (Magnetic Resonance Imaging); CAT (Computer Axial Tomography) scans; sonograms; ultrasounds; biopsies;
- vii. treatment not performed by or under the supervision of a Physician or dentist;

- viii. pregnancy, miscarriage, childbirth or complications of any of these conditions occurring within eight weeks of the expected date of birth.
- ix. riot or civil disorder; committing or attempting to commit a criminal offence.
- x. intentional self-injury; suicide or attempted suicide; abuse of medication; any Accident while under the influence of illicit drugs or alcohol where the concentration of alcohol in the Insured Person's blood exceeds 80 milligrams of alcohol in 100 milliliters of blood;
- xi. the Insured Person voluntarily and knowingly exposing himself/herself to risk from: an act of war whether declared or undeclared; rebellion; revolution; hijacking or terrorism; and any service in the armed forces;
- xii. drugs and medication which are commonly available without a prescription or which are not legally registered and approved in Canada.
- xiii. prescription refills;
- xiv. replacement of lost or damaged eyeglasses, contact lenses, or hearing aids;
- xv. participation in professional or dangerous sports, including, but not limited to any speed contest, SCUBA diving, unless the Insured Person holds a basic SCUBA designation from a certified school or other licensing body, hang-gliding, sky diving, parachuting, bungee jumping, parasailing, spelunking, mountaineering, rock climbing or a flight accident, except as a passenger in a commercially licensed airline;
- xvi. any treatment or surgery where the Insured Person can return to his/her province or territory of residence for such treatment, without adversely affecting his/her Medical Condition;
- xvii. any treatment or surgery during a Trip when the Trip is undertaken for the purpose of securing or with the intent of receiving medical or Hospital services, whether or not such Trip is on the advice of a Physician;
- xviii. any Trip commenced or continued against the advice of the Insured Person's Physician; or
- xix. regular care of a chronic condition; elective treatment; cosmetic treatment or any treatment or surgery that is not required for relief of acute and emergent pain or suffering.

Any portion of benefits that require prior authorization and arrangements by the Administrator will not be paid if such benefits were not pre-authorized and arranged by the Administrator, except in extreme circumstances where a request for prior approval would delay medical treatment in a life-threatening Medical Emergency.

Emergency Travel Medical insurance coverage pays for covered expenses in excess of Your GHIP and any other insurance or compensation plan. After payment of Your covered expenses, the Administrator will seek reimbursement from Your GHIP. Benefits payable under any other insurance plan under which You may have coverage will be coordinated by the Administrator in accordance with current guidelines, including those issued by the Canadian Life & Health Insurance Association. Payment under the Policy and any other plan shall not exceed 100% of the eligible expenses incurred. The Insurer/Administrator is authorized to receive in Your name and endorse and negotiate on Your behalf these eligible payments.

In consultation with the Insured Person's attending Physician, the Insurer/Administrator reserves the right to transfer the Insured Person to one of the Administrator's preferred medical service providers or to the Insured Person's province or territory of residence in Canada. Refusal to comply by the Insured Person will absolve the Insurer and the Administrator of any liability for expenses incurred after the proposed transfer date.

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

What should I do in the event of a Medical Emergency?

When a Medical Emergency occurs, You must contact the Administrator without delay. Call **1-800-668-8680** from within Canada and the United States or **416-977-6066** collect from elsewhere in the world. If calling from somewhere in the world where a collect call is not possible, call direct and you will be reimbursed. The Administrator is available 24 hours a day, every day.

The Administrator will confirm coverage, provide direction to the preferred medical service provider 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, Physicians, 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.

In order to benefit from payment assistance and other services, You must notify the Administrator as soon as You need medical treatment or as soon as reasonably possible, but no later than 24 hours after being admitted to a Hospital. If You do not notify the Administrator at the earliest stage in Your claim, You may receive inappropriate or unnecessary medical treatment which may not be covered by this insurance.

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

How to Claim

In the event of a claim, contact the Administrator at **1-800-668-8680** from within Canada and the United States or **416-977-6066** collect from elsewhere in the world.

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

When making a claim, evidence of Your departure date, Your scheduled return date, and actual return date to Your province or territory of residence in Canada will be required. You will be required to submit a completed claim form and provide documentation to substantiate the claim, including the following:

- i. the cause or nature of the Medical Condition requiring treatment;
- ii. itemized medical invoices and receipts;
- iii. original prescription receipts;
- iv. the Primary Cardholder's date of birth and the Insured Person's date of birth (proof of age may be required);
- v. a photocopy of the Insured Person's GHIP card;
- vi. name, address, and telephone number of employer;
- vii. proof of Your departure and return dates (i.e. copy of tickets, receipts, accommodation invoice, gas receipts);
- viii. name, address and policy numbers for all other insurance coverage the Insured Person may have, including group and individual insurance, credit card coverage and any other reimbursement plans; and
- ix. signed authorization to obtain any further required information.

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

TRIP CANCELLATION (PRIOR TO DEPARTURE)

For this coverage, the Insured Person means the Primary Cardholder, Spouse and Dependent Children while travelling with the Primary Cardholder and/or Spouse.

Coverage applies when at least 75% of Eligible Expenses for a Trip are charged to the Account.

Coverage begins at the time of purchase of Your prepaid Trip and before any cancellation penalties have been incurred and ends at the time of Your scheduled departure.

Should You have to cancel a Trip before Your scheduled departure date due to one of the following Covered Causes for Cancellation, You must cancel Your Trip and notify the Administrator within 48 hours of the event which caused You to cancel Your Trip. You will be reimbursed for any Eligible Expenses which are not refundable or reimbursable up to a maximum of \$2,000 per Account. Failure to notify the Administrator within forty-eight (48) hours may reduce the amount payable.

You will be reimbursed for any Rescheduling Expenses which are not refundable or reimbursable in any manner if, prior to Your scheduled departure, an Insured Person chooses to reschedule a Trip due to one of the following Covered Causes for Cancellation. The amount payable is the lesser of the Rescheduling Expenses and the amount that would have been paid under this Certificate of Insurance if the Trip had been cancelled outright. Your rescheduled trip will be considered a new Trip under this Certificate of Insurance.

Benefits

Trip Cancellation benefits are payable when a covered event listed below occurs before Your scheduled departure.

Covered Causes for Cancellation - Medical

- i. death of an Insured Person or an Immediate Relative or Travel Companion or a Travel Companion's immediate relative;
- ii. Accidental Bodily Injury, or sudden and unexpected illness or quarantine of You, a Travel Companion, an Immediate Relative or a Travel Companion's immediate relative which requires the care and attendance of a Physician and the Physician must recommend cancellation of the Trip;
- iii. Accidental Bodily Injury, or sudden and unexpected illness or death of a caregiver with whom You have contracted to care for a Dependent Child in Your absence which requires the care and attendance of a Physician and the Physician must recommend cancellation of the Trip;
- iv. complications of Your pregnancy within the first 28 weeks of pregnancy or complications following the normal full-term birth of a child;
- v. side effects and/or adverse reactions to vaccinations required for Your Trip;
- vi. hospitalization or death of the host at Your principal destination.

Covered Causes for Cancellation – Non-Medical

- i. an enforceable call of an Insured Person to jury duty or sudden and unexpected subpoena of an Insured Person to appear as witness in a court of law during the Trip;
- ii. a natural disaster renders Your principal residence uninhabitable;
- iii. a call to service of the Insured Person by government with respect to reservists, military, police, or fire personnel;
- iv. refusal of Your visa application for the destination country, provided that documentation shows You are eligible to apply, that refusal is not due to late application, and that the application is not a subsequent attempt for a visa that had been previously refused;
- v. involuntary loss of the Primary Cardholder or Spouse's principal employment, provided a letter of termination is produced, and provided You had no knowledge of this loss at the time of Trip payment;
- vi. a written formal notice issued by the Department of Foreign Affairs Trade and Development of the Canadian Government, advising Canadians not to travel to a country, region or city for which a Ticket had originally been issued for a period that includes an Insured Person's Trip;
- vii. default whereby a contracted travel supplier stops all service completely as a result of bankruptcy or insolvency;
- viii. weather conditions delay Your connecting scheduled carrier for 30% or more of the total duration of the Trip and You elect not to continue with the Trip;
- ix. a delay causing You to miss a connection for a Common Carrier or You miss the scheduled departure as ticketed including the following:
 - a delay of an Insured Person's Common Carrier resulting from mechanical failure;
 - a traffic accident or an emergency police-directed road closure (must be substantiated by a police report); or
 - weather conditions

The benefit under this Covered Cause of Cancellation is the Insured Person's one-way economy fare via the most cost-effective route to the Insured Person's next destination. The outright cancellation of a flight is not considered a delay.

Limitations and Exclusions

Trip Cancellation insurance does not cover, provide services or pay claims resulting from:

- i. any reason other than those listed under Covered Causes for Cancellation;
- ii. pregnancy, miscarriage, childbirth and/or complications occurring within eight weeks of expected delivery date;
- iii. riot or civil disorder; committing or attempting to commit a criminal offence;
- iv. intentionally self-inflicted injuries, suicide or attempted suicide;
- v. abuse of medication, alcohol or other toxic substances;
- vi. illness or any injury while under the influence of illicit drugs or alcohol where the concentration of alcohol in the Insured Person's blood exceeds 80 milligrams of alcohol in 100 milliliters of blood;
- vii. the Insured Person voluntarily and knowingly exposing himself/herself to risk from:
 - a) an act of war whether declared or undeclared;
 - b) rebellion; revolution; hijacking or terrorism; and
 - c) any service in the armed forces;

- viii. participation in professional or dangerous sports, including, but not limited to any speed contest, SCUBA diving, unless the Insured Person holds a basic SCUBA designation from a certified school or other licensing body, hang-gliding, sky diving, parachuting, bungee jumping, parasailing, spelunking, mountaineering, rock climbing or a flight accident, except as a passenger in a commercially licensed airline;
- ix. any Trip commenced against the advice of the Insured Person's Physician;
- x. failure of any travel supplier through which You contract for services if this supplier was, at the time of booking, in bankruptcy, insolvency or receivership; or in the case of U.S. Air Carriers, under Chapter 11 in the U.S. Bankruptcy Code. No protection is provided for failure of travel agents, agencies or brokers; or
- xi. non-presentation of required travel documents, i.e., visa, passport, inoculation vaccination reports.

How to Claim

When a Covered Cause for Cancellation occurs, the Primary Cardholder must call the Administrator at **1-800-668-8680** from within Canada and the United States or **416-977-6066** collect from elsewhere in the world within 48 hours.

See claim procedures under the General Provisions and Statutory Conditions section of this Certificate of Insurance for more details.

TRIP INTERRUPTION (AFTER TRIP DEPARTURE)

For this coverage, Insured Person means the Primary Cardholder, Spouse and/or Dependent Children while travelling with the Primary Cardholder and/or Spouse.

Coverage applies when at least 75% of Eligible Expenses for a Trip are charged to the Account.

Eligibility

If, while an Insured Person is on a covered Trip, a Covered Cause for Trip Interruption occurs, Trip Interruption benefits will be paid.

Benefits

Should You have to change Your scheduled return date to a later date as a result of one of the Covered Causes listed below, You will be reimbursed up to a maximum of \$2,000 per Account, for the lesser of the additional charges paid by You for a change in ticketing, or the cost of a one-way economy fare to return to Your departure point or to get to the next destination point.

The amount payable excludes the cost of pre-paid unused return transportation and is subject to the maximum listed above.

Please note: This coverage will only cover any excess cost (i.e. the administration charges to cancel or change the itinerary) over and above the travel rewards provided by any reward or frequent flyer plan. The value of the loss of reward or frequent flyer plan points are not covered.

Covered Causes for Trip Interruption

Trip Interruption benefits are payable when a covered event listed below occurs after Your scheduled departure date and before Your scheduled return date.

- i. death of an Insured Person or an Immediate Relative or Travel Companion or a Travel Companion's immediate relative;
- ii. Accidental Bodily Injury, or sudden and unexpected illness or quarantine of You, a Travel Companion, an Immediate Relative or a Travel Companion's immediate relative which requires the care and attendance of a Physician and the Physician must recommend interruption of the Trip.

Limitations and Exclusions

The same limitations and exclusions apply as outlined under the Trip Cancellation benefit, above.

How to Claim

When a claim occurs, the Primary Cardholder must call the Administrator at **1-800-668-8680** from within Canada and the United States or **416-977-6066** collect from elsewhere in the world. They will assist the Primary Cardholder with making the necessary arrangements to return. Failure to notify the Administrator within 48 hours may reduce the amount payable.

BAGGAGE DELAY OR LOSS

For this coverage, Insured Person means the Primary Cardholder, Spouse and Dependent Children while travelling with the Primary Cardholder and/or Spouse.

Coverage applies when at least 75% of Eligible Expenses for a Trip are charged to the Account.

Benefits

Baggage Delay insurance provides a reimbursement to the Primary Cardholder if any Insured Person's accompanying checked-in baggage is not delivered within 12 hours of his/her arrival at the scheduled destination point, for immediate necessary and reasonable expenses incurred with respect to necessities to a maximum of \$200 per Trip provided that:

- i. such baggage was in the custody of a scheduled airline or Common Carrier; and
- ii. such baggage was not delayed when the Insured Person returned to the original point of departure.

Baggage Loss insurance covers the actual cash value for direct physical loss or damage of baggage and personal property contained therein when an Insured Person's baggage is checked with an airline or Common Carrier or carried by the Insured Person on a Common Carrier up to a total loss of \$750 per Insured Person for:

- i. Loss or damage of baggage and/or personal property worn or used by You and accompanying You during the Trip. Coverage is limited to \$500 per item.
- ii. Theft, burglary, fire or transportation hazards to baggage and/or personal property worn or used by You during the Trip. Coverage is limited to \$500 per item.
- iii. Loss or damage to camera equipment during the Trip. Camera equipment is collectively considered one item. Coverage is limited to \$500 per item.
- iv. Loss or damage to jewellery during the Trip. Jewellery is collectively considered one item. Coverage is limited to \$500 per item.

Payment is based on the actual replacement cost of any lost or stolen article provided the article is actually replaced. Otherwise, payment is based on the actual cash value of the article at the time of loss.

Limitations and Exclusions

Baggage Delay or Loss insurance does not cover, provide service or pay claims resulting from:

- i. Loss or damage caused by normal wear and tear, gradual deterioration, moths, or vermin;
- ii. Loss or damage to animals, automobiles, (including equipment and contents), trailers, motorcycles, bicycles, boats, motors, other conveyances or their accessories, souvenirs, fragile or collectible items, household effects and furnishings, contact lenses, non-prescription sunglasses, artificial teeth and prostheses, medical equipment and appliances, money; securities, tickets, documents, any property pertaining to a business, profession or occupation; personal computers, software or cellular phones;
- iii. Loss or damage to jewellery or camera equipment stored in baggage, unless such baggage is hand carried under the personal supervision of the Primary Cardholder or Spouse or Travelling Companion with the Primary Cardholder's knowledge;
- iv. Loss, damage or delay of items due to radiation, confiscation by any government authority, war (declared or undeclared) risks, or contraband or illegal transportation or trade.
- v. Loss, damage or delay incurred while You are performing a negligent act(s) or criminal act(s).

Baggage Delay or Loss insurance coverage is in excess of all other applicable valid insurance, indemnity, reimbursement or protection available to You in respect of the claim. The Insurer will be liable only for the amount of loss or damage over the amount covered under such other insurance, indemnity, reimbursement or protection and for the amount of any applicable deductible, only if all such other coverage has been claimed under and exhausted and subject to the terms, exclusions and limits of liability set out in this Certificate of Insurance. This coverage will not apply as contributing insurance, notwithstanding any provision in any other insurance, indemnity or protection policies or contracts.

When the protected item is part of a pair or set, You will receive no more than the value of the particular part or parts lost or damaged regardless of any special value that the item may have as part of an aggregate purchase price of such pair or set. The Administrator, on behalf of the Insurer, reserves the right to repair or replace any damaged or lost property with other of like quality and value, and to require submission of property for appraisal of damage, the cost of which is the responsibility of the insured.

How to Claim

In the event of a claim, contact the Administrator at **1-800-668-8680** from within Canada and the United States or **416-977-6066** collect from elsewhere in the world.

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.

Cancellation and Premium Refund Procedures

Full premiums are refundable if notice of cancellation is received by the Insurer or HSBC in writing within 30 days of the Effective Date or within 30 days of the date of the Account statement on which the premium for Your renewal of this coverage is shown, provided You have not commenced a Trip at any time between Your Effective/Anniversary Date and the date of cancellation.

HSBC Credit Card Services
PO Box 20, Station M
Montreal, QC H1V 3L6
Telephone: 1-866-406-HSBC (4722)

You may cancel coverage at any other time by calling to HSBC at the telephone number shown above or by writing to the Insurer at the Canadian Head office address shown in this Certificate of Insurance or to HSBC at the address shown above. Unless otherwise provided by applicable law, cancellation will be effective on the date Your notice of cancellation is received by the Insurer or HSBC. You will receive a pro rata refund of unused premium.

In the event that You do cancel coverage, You will not be eligible to re-enrol in Travel and Medical Insurance for a period of 12 months following the date the Insurer or HSBC receives your notice of cancellation.

Notice and Proof of Claim

Immediately after learning of a loss, or an occurrence which may lead to a loss under any of these insurance benefits, notify the Administrator. You will then be sent a claim form.

Written notice of claim must be given to the Administrator as soon as reasonably possible after the occurrence or commencement of any loss covered by the Policy, but in all events must be provided no later than 90 days from the date of loss. Written notice given by or on behalf of the claimant or the beneficiary to the Administrator with information sufficient to identify You, shall be deemed notice of claim.

The appropriate completed claim forms, together with written proof of loss, must be delivered as soon as reasonably possible.

Failure to provide notice or furnish proof of claim within the time prescribed herein does not invalidate the claim if the notice or proof is given or furnished as soon as reasonably possible, and in no event later than one year from the date a claim arises hereunder, if it is shown that it was not reasonably possible to give notice or furnish proof within the time so prescribed. If the notice or proof is given or furnished after one year, Your claim will not be paid.

Examination and Autopsy

The Insurer at its own expense shall have the right and opportunity to examine the person of any Insured Person whose injury is the basis of a claim hereunder when and so often as may be reasonably required 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.

Payment of Claims

Benefits payable under the Policy will be paid upon receipt of full written proof of loss, as determined by the Insurer.

Any other accrued benefits unpaid at the Insured Person's death may, at the option of the Insurer, be paid either to such person's beneficiary or to the Primary Cardholder in whose name the Account is maintained.

Copy of the Policy

You or a person making a claim under this Certificate of Insurance may request a copy of the Policy and/or a copy of your application for this insurance (if applicable) by writing at the address shown below:

Assurant
Canadian Head office
5000 Yonge Street, Suite 2000
Toronto, Ontario M2N 7E9

Termination of Insurance

Coverage for Insured Persons ends on the earliest of:

- i. the date the Account is cancelled, closed or ceases to be in Good Standing;
- ii. the date the Insured Person ceases to be eligible for coverage;
- iii. the date the Policy terminates; and
- iv. the date the Primary Cardholder's notice of cancellation is received by the Insurer or HSBC.

No losses incurred after the Policy termination date will be paid, unless otherwise specified.

Subrogation

Following payment of an Insured Person's claim for loss or damage, 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 or damage and shall be entitled at its own expense to sue in the name of the Insured Person. The Insured Person shall give the Insurer all such assistance as is reasonably required 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 of or damage to property protected by the Policy.

False Claim

If You make a claim knowing it to be false or fraudulent in any respect, You shall no longer be entitled to this insurance, nor to the payment of any claim 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 the Insured Person's province or territory.

If You Have a Concern or Complaint

If You have a concern or complaint about Your coverage, please call the Insurer at 1-800-668-8680. The Insurer will do its best to resolve Your concern or complaint. If for some reason the Insurer is unable to do so to Your satisfaction, You may pursue the concern or complaint in writing to an independent external organization. You may also obtain detailed information for the Insurer's resolution process and the external recourse either by calling the Insurer at the number listed above or at: www.assurantsolutions.ca/consumer-assistance.

Privacy

The Insurer may collect, use, and share personal information provided by You to the Insurer, and obtained from others with Your consent, or as required or permitted by law. The Insurer may use the information to: serve You as a customer and communicate with You. The Insurer may process and store Your information in another country, which may be subject to access by government authorities under applicable laws of that country. You may obtain a copy of the Insurer's privacy policy by calling 1-888-778-8023 or from their website: www.assurantsolutions.ca/privacy. If You have any questions or concerns regarding the privacy policy or Your options for refusing or withdrawing this consent, You may call the Insurer at the number listed above.

TRAVEL ASSISTANCE SERVICES

You do not need to use Your HSBC Mastercard to be eligible for the following services.

Travel Assistance Services are services only, not insurance benefits. Any costs incurred for or in connection with such services will be charged to the Account (subject to credit availability). If not chargeable, payment for such costs will be arranged (where reasonably possible) through family and friends.

These services are provided to the Primary Cardholder, and/or Spouse on a 24-hour, 7 day a week basis. To take advantage of any of the services described below, simply call the Administrator **1-800-668-8680** from within Canada and the United States or 416-977-6066 collect from elsewhere in the world.

Travel Assistance Services may not be available in countries of political unrest and such countries may from time to time be determined to be unsafe, and/or inaccessible.

Emergency Message Centre

In case of a Medical Emergency, the Administrator can help to relay

important messages to or from Your family, business or Physician.

Payment Assistance

If confirmation of Emergency Travel Medical Insurance coverage is not available or not accepted by a Hospital or medical provider, the Administrator can assist in arranging and coordinating payment wherever possible.

Medical Assistance and Consultation

You will be directed to the nearest appropriate medical facility wherever possible. It is recommended that you contact the Administrator for this assistance prior to seeking treatment for any Medical Emergency.

®Mastercard and the Mastercard Brand Mark are registered trademarks of Mastercard International Incorporated. Used pursuant to license.