

STUDENT GUARD[®]

POLICE D'ASSURANCE, POUR SOINS DE SANTÉ D'URGENCE

www.guard.me

PLAN STANDARD

VISITEURS DANS LE PRÉSENT DOCUMENT, LE GENRE MASCULIN EST UTILISÉ SANS AUCUNE DISCRIMINATION

VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT LA PRÉSENTE POLICE D'ASSURANCE

La présente assurance est destinée à couvrir les sinistres occasionnés par des circonstances soudaines et inattendues. La couverture est soumise à certaines restrictions et exclusions, y compris mais non de façon limitative, une exclusion d'affections préexistantes qui s'applique à un état pathologique, un traitement médical et/ou des symptômes qui existaient et qui n'étaient pas stables au cours des trois mois avant Votre Date d'entrée en vigueur.

Le présent document devient un contrat lorsque Vous adhérez à l'assurance et payez le montant intégral de la prime.

DÉFINITIONS

Lorsqu'ils sont utilisés dans la présente Police ou dans toute modification, les termes suivants doivent avoir une majuscule et ont le sens qui leur est donné ci-dessous.

Accident/Accidentel s'entend d'un événement externe soudain, inattendu, imprévisible et inévitable qui provoque directement et indépendamment de toutes autres causes une Blessure corporelle à un Assuré pendant la Période de couverture.

Proposition s'entend de Notre formulaire que Vous remplissez et présentez pour souscrire une assurance en vertu de la présente Police. La Proposition fait partie du contrat d'assurance; certains termes sont définis dans la Proposition, alors que d'autres sont définis dans la partie « Définitions » de la présente Police.

Garantie maximale s'entend du montant mentionné comme étant la somme maximale payable pour n'importe quelle prestation par période de 365 jours. La Garantie maximale s'applique aux services reçus au cours de la Période de couverture. Quel que soit le nombre de polices émises au cours d'une période de 365 jours, les Garanties maximales ne sont pas renouvelées pour les Périodes de couverture subséquentes sauf:

a) à partir du moment où 365 jours se sont écoulés depuis la Date d'entrée en vigueur de la Police souscrite à l'origine et à partir de l'anniversaire de cette date pour chaque année subséquente; ou b) si la Date d'entrée en vigueur d'une nouvelle Période de couverture survient plus de 365 jours après la Date d'entrée en vigueur de la Période de couverture prévue dans la première Police.

Administrateur des réclamations signifie Travel Healthcare Insurance Solutions Inc. (T.H.I.S.)

Appareil correctif s'entend de tout appareil dont Vous avez besoin sur l'avis d'un Médecin pour corriger une déficience physique débiliteuse et sans lequel il Vous serait physiquement impossible de continuer Vos études ou de vous acquitter de Vos responsabilités d'enseignement dans l'établissement d'enseignement dans lequel Vous étudiez ou Vous enseignez. « Appareils correctifs » incluent les membres artificiels, chaises roulantes, chiens-guides et appareils auditifs, mais n'incluent PAS les lunettes.

Couverture s'entend des prestations d'urgence décrites dans la présente Police. La Couverture est en vigueur dans le monde entier; par contre, la Couverture dans le Pays d'origine est limitée. Veuillez consulter la section **Excursion** ou **Couverture dans le Pays d'origine – Canadiens** (voir Prestations), et l'exclusion n° 6.

Période de couverture s'entend de la durée pendant laquelle Vous êtes assuré pour les prestations accordées en vertu de la présente Police, à partir de 12 h 01 à compter de la Date d'entrée en vigueur jusqu'à minuit (24 h), soit à la date (a) indiquée comme étant la Date d'expiration sur la Proposition; soit à la date (b) d'expiration de toute prolongation de la présente Police. Si Vous retournez dans Votre Pays d'origine pour une raison quelconque non stipulée dans la section **Excursion** ou **Couverture dans le Pays d'origine – Canadiens** (voir Prestations), la couverture prend fin à la date de Votre Retour dans Votre Pays d'origine. La Période de couverture maximale, y compris les prolongations, est de 365 jours à partir de la Date d'entrée en vigueur.

Dentiste s'entend d'un docteur en médecine dentaire autorisé par la loi à exercer la médecine dentaire dans le lieu où les soins dentaires sont dispensés, mais n'inclut pas l'Assuré ou un parent de l'Assuré.

Date d'entrée en vigueur s'entend de la date à laquelle commence Votre couverture en vertu de la présente Police. La couverture commence à la dernière des dates et heures suivantes : (a) celles auxquelles la prime requise est payée, ou (b) la date que Vous avez choisie comme date de début de la période de prestations sur Votre Proposition, ou (c) la date à laquelle Vous quittez votre Pays d'origine, ou (d) pour les Canadiens qui reviennent au pays, la date de votre retour au Canada.

Admissible s'entend de toute personne de moins de 65 ans qui voyage à l'extérieur de son Pays d'origine (ou de tout Canadien rentrant au Canada) comme étudiant, membre du corps professoral, enseignant, chaperon ou participant à un programme d'échange éducatif/commercial/culturel, ainsi que des personnes à sa charge âgées de plus de 15 jours et de moins de 19 ans.

Urgence s'entend de toute Maladie ou Blessure inattendue qui survient au cours de la Période de couverture et qui nécessite un Traitement médical immédiat pour soulager une douleur aiguë et des souffrances.

Pays d'origine s'entend du pays où l'Assuré réside en permanence.

Hôpital s'entend d'un établissement qui soigne principalement des patients dans le cadre d'une hospitalisation, qui est autorisé à ce titre par la juridiction où les soins sont dispensés, qui assure la prestation de soins infirmiers 24 heures sur 24 par un corps infirmier autorisé ou diplômé, qui compte un personnel d'un ou plusieurs Médecins disponibles 24 heures sur 24, qui dispose d'installations aménagées pour les procédures de diagnostic et de chirurgie, qui entretient des appareils radiographiques et des salles d'opération, qui n'est pas principalement une clinique, une maison de soins infirmiers, de repos ou de convalescence ou un établissement de nature similaire et qui n'est pas, sauf à titre incident, un centre de désintoxication (alcool ou drogues).

Visiteur s'entend d'un Assuré Admissible dont le Pays d'origine n'est pas le Canada et qui réside de façon temporaire au Canada. Les déplacements interprovinciaux sont couverts.

Blessure s'entend d'un préjudice corporel subi par un Assuré par suite d'un Accident qui s'est produit au cours de la Période de couverture.

Assuré, Vous ou **Votre** s'entend d'une personne Admissible qui a souscrit une assurance et versé le montant de la prime d'assurance prévue dans la présente Police et qui reçoit de l'Administrateur de régime une confirmation d'adhésion sous forme d'un document écrit ou d'une carte d'identité d'assuré valide.

Assureur, Nous ou **Notre** signifie La Reliable, Compagnie d'Assurance-Vie

Traitement médical s'entend d'un conseil, d'une consultation, d'un soin, d'un service ou d'un diagnostic médical fourni par un Médecin ou un Praticien paramédical autorisé.

Médicalement nécessaire s'entend des services ou du matériel qui Vous sont fournis dans le but d'identifier ou de soigner Votre Maladie ou Blessure d'Urgence et qui sont nécessaires pour le soulagement d'une douleur aiguë ou de souffrances, ou dans le but d'identifier ou de soigner Votre Maladie ou Blessure d'Urgence; ou, en ce qui concerne les services Hospitaliers, les services ou le matériel qui ne peuvent pas Vous être dispensés sans danger à titre de malade externe.

Médicament s'entend de tout médicament qui est considéré comme étant Médicalement nécessaire pour le traitement ou le soulagement d'une Blessure ou Maladie d'Urgence et qui est uniquement disponible sur ordonnance d'un Médecin ou d'un Dentiste.

Partant s'entend d'un Assuré Admissible dont le Pays d'origine est le Canada et qui réside de façon temporaire à l'extérieur du Canada.

Praticien paramédical s'entend d'une personne qui répond aux exigences professionnelles et légales nécessaires pour fournir les services d'un chiropraticien, ostéopathe, naturopathe, acupuncteur, podologue ou podiatre mais n'inclut pas l'Assuré ou un parent de l'Assuré. Il n'est PAS nécessaire d'être recommandé par un médecin.

Administrateur de régime signifie Travel Healthcare Insurance Solutions Inc. (T.H.I.S.)

Médecin s'entend d'une personne qualifiée munie d'un doctorat en médecine qui est légalement autorisée à exercer la médecine dans le lieu où les services médicaux sont dispensés, mais n'inclut pas l'Assuré ou un parent de l'Assuré.

Psychiatre s'entend d'une personne qualifiée munie d'un doctorat en psychiatrie qui est légalement autorisée à exercer la médecine psychiatrique dans le lieu où les services psychiatriques sont dispensés, mais n'inclut pas l'Assuré ou un parent de l'Assuré.

Psychologue s'entend d'une personne qualifiée munie d'un doctorat en psychologie qui est légalement autorisée à exercer la psychologie dans le lieu où les services psychologiques sont dispensés, mais n'inclut pas l'Assuré ou un parent de l'Assuré.

Dépenses raisonnables et habituelles s'entend des montants habituellement exigés pour le traitement, les services ou le matériel nécessaires pour dispenser un niveau de soins approprié selon l'Urgence faisant l'objet du traitement, dans le lieu géographique où le traitement, les services ou le matériel sont fournis.

Maladie s'entend de l'apparition soudaine d'une affection ou maladie qui survient pour la première fois pendant que la présente assurance est en vigueur et qui est assez grave pour que Vous obteniez un Traitement médical d'Urgence.

Date d'expiration s'entend de la date à laquelle Votre couverture en vertu de la présente Police prend fin. La couverture prend fin à la dernière des dates suivantes : (a) la date mentionnée comme étant la Date d'expiration sur la Proposition, ou (b) la date d'expiration de toute prolongation de la présente Police. Si Vous retournez dans Votre Pays d'origine pour toute raison sauf celles stipulées dans la section **Excursion** ou **Couverture dans le Pays d'origine – Canadiens** (voir Prestations), la couverture prend fin à la date de Votre Retour dans Votre Pays d'origine.

OBJET DE L'ASSURANCE

Si un Assuré Admissible subit une Blessure ou souffre d'une Maladie d'Urgence pendant la Période de couverture, Nous verserons les prestations indiquées dans la présente Police, sous réserve de tous ses termes, conditions, restrictions, exclusions et autres dispositions, pour les Dépenses raisonnables et habituelles engagées. La prestation versée est d'un montant égal au moins de la Garantie maximale admise pour une garantie spécifique ou du maximum de la présente Police qui est de 2 000 000 \$. Tous les montants maximums de Garantie mentionnés dans la présente Police s'appliquent à un seul Assuré pour la durée de la Période de couverture, sauf indication contraire, et sont établis en dollars canadiens. Selon une condition préalable à la couverture en vertu de la présente Police, il faut qu'à la Date d'entrée en vigueur, l'Assuré ne soit conscient d'aucun état de santé antérieur susceptible de faire en sorte que l'Assuré doive engager des dépenses médicales au cours de la Période de couverture.

PRESTATIONS

Les prestations prévues par la présente Police ne sont assujetties à aucune franchise. Sauf indication contraire, les prestations sont versées conformément aux Frais raisonnables et habituels liés aux services fournis durant la Période de couverture, jusqu'à concurrence de la Garantie maximale. Votre assurance prévoit un montant maximum de Garantie de 2 000 000 \$ pour couvrir les services Médicalement nécessaires décrits ci-dessous pour soigner un nouvel état pathologique émergent admissible qui se déclare après la Date d'entrée en vigueur de la Couverture. Les services Médicalement nécessaires en cause comprennent les visites de suivi, examens et chirurgies raisonnables, jusqu'à ce que l'urgence initiale soit résolue et que l'état se soit stabilisé.

Services Hospitaliers • Les frais facturés par un Hôpital pour une chambre à deux lits avec repas et autres services et matériel nécessaires, y compris les médicaments administrés pendant l'Hospitalisation pour des raisons médicales; aucune restriction du nombre de jours; les frais facturés pour une chambre privée si l'Administrateur des réclamations établit qu'elle est Médicalement nécessaire et les approuve. Dans le cas d'une Hospitalisation d'ordre psychiatrique, voir ci-dessous; les frais facturés pour un Traitement médical dispensé d'Urgence aux patients hospitalisés ou aux patients externes; les frais facturés pour les produits anesthésiques ou sanguins et leur administration. Toute intervention chirurgicale nécessite l'approbation écrite préalable de l'Administrateur des réclamations, à moins qu'un délai ne constitue un danger de mort.

Honoraires médicaux • Tous les frais facturés par un Médecin pour des services professionnels ou un Traitement médical;

Soins de psychiatrie • Quand ces soins sont dispensés à des patients hospitalisés suite à une Urgence, les honoraires pour les services d'un psychiatre sont versés jusqu'à concurrence d'une garantie maximale à vie de 10 000 \$. Pour les soins psychiatriques en clinique externe, voir Psychothérapie ci-dessous.

Hospitalisation psychiatrique • Lorsqu'une Hospitalisation d'Urgence est nécessaire principalement pour dispenser des soins de psychiatrie, les prestations sont payables jusqu'à concurrence d'une période maximale à vie de 30 jours.

Psychothérapie • Jusqu'à concurrence de 1000 \$ au titre de la Garantie maximale pour les soins dispensés en clinique externe, y compris les consultations psychiatriques et psychologiques.

Radiographies, tests de laboratoire et tests diagnostiques • Frais pour les services techniques et d'interprétation. Une autorisation écrite préalable est exigée de l'Administrateur des réclamations pour tout test diagnostique important, y compris mais non de façon limitative, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et les tomographies.

Médicaments sur ordonnance • Les prestations se limitent à un approvisionnement de 30 jours pour chaque type de médicament, à moins que le médicament ne soit prescrit pendant que l'Assuré est Hospitalisé.

Soins infirmiers privés • Jusqu'à concurrence de 15 000 \$ au titre de la Garantie maximale pour les services d'un Personnel Infirmier autorisé, d'un Personnel infirmier auxiliaire autorisé ou d'un Personnel des Foyers de soins personnels autorisé, mais n'incluent pas l'Assuré, un parent de l'Assuré, ou une personne qui réside habituellement dans le foyer de l'assuré, lorsqu'ils sont exigés par le Médecin traitant.

Physiothérapie et orthophonie • Jusqu'à concurrence de 1000 \$ au titre de la Garantie maximale pour les frais facturés par un physiothérapeute ou un orthophoniste, à moins que ces services ne soient fournis pendant que l'Assuré est Hospitalisé.

Équipement et matériel médicaux • Payables uniquement s'ils sont nécessaires par suite d'une Maladie ou Blessure couverte. L'achat de matériel médical, y compris les pensements et les appareils de prothèse; les frais de location de chaises roulantes, de béquilles, de lits d'Hôpital ou d'autres appareils ne doivent pas dépasser le prix d'achat. Jusqu'à concurrence de 200 \$ au titre de la Garantie maximale pour l'achat de lunettes ou de lentilles de contact prescrites, ou de 300 \$ pour les appareils auditifs. Jusqu'à concurrence de 300 \$ pour des orthèses fabriquées sur mesure, ou jusqu'à 800 \$ pour une attelle de genou sur mesure.

Transport d'urgence • Le coût intégral d'un service ambulancier autorisé à l'Hôpital le plus proche Médicalement nécessaire; transferts d'Urgence entre les Hôpitaux lorsque demandé par le Médecin traitant, y compris les frais d'utilisation; OU, tarif de taxi à destination ou en provenance d'un hôpital ou d'une clinique médicale pour soins médicaux admissibles jusqu'à concurrence de 100 \$.

Services paramédicaux • Jusqu'à concurrence de 500 \$ au titre de la Garantie maximale par Praticien paramédical (chiropraticien, ostéopathe, naturopathe, acupuncteur, podologue ou podiatre) pour tous les services, y compris les radiographies.

Soins dentaires suite à un Accident • Jusqu'à concurrence de 4000 \$ au titre de la Garantie maximale pour un traitement dentaire d'Urgence servant à réparer ou à remplacer des dents naturelles ou des dents artificielles inamovibles suite à une Blessure causée par un coup Accidentel à la bouche. Jusqu'à concurrence de 500 \$ pour les réparations d'urgence des dents artificielles, notamment les ponts dentaires et appareils amovibles. Le traitement doit être administré dans un délai de 90 jours suivant la survenance de l'Accident. Les frais engagés suite à des Accidents causés par la mastication ou à une Blessure occasionnée par le placement d'un objet contre ou dans la bouche ne sont pas payables.

Soins dentaires d'Urgence • (a) Jusqu'à concurrence de 100 \$ par dent au titre de la Garantie maximale pour extraire des dents de sagesse incluses; ou, (b) Lorsque l'Assuré souscrit une couverture minimale de 6 mois consécutifs, jusqu'à concurrence de 600 \$ au titre de la Garantie maximale pour un traitement dentaire d'Urgence pour le soulagement immédiat de la douleur et de la souffrance, traitements de canal et dents de sagesse inclus.

Traitement des verrues • Jusqu'à 500 \$ au titre de la Garantie maximale pour le traitement de tous types de verrues.

Grossesse • Si la grossesse commence après la Date d'entrée en vigueur de la présente Police, les complications graves occasionnées par la grossesse sont couvertes, compte tenu du montant maximum global de la Police. Les complications graves n'incluent pas les conditions normales de grossesse, y compris mais non de façon limitative : nausées matinales, pertes de sang, ultrasons, analyses de sang et des urines, y compris les tests pour le diabète gestationnel.

Examen médical annuel • Lorsque l'Assuré souscrit une couverture minimale de 6 mois consécutifs, Nous payons jusqu'à concurrence de 150 \$ au titre de la Garantie maximale pour une (1) visite chez un Médecin au Canada pour un examen non urgent et les tests connexes, et pour une consultation et prescription de la « pilule du lendemain ».

Examens de la vue • Lorsque l'Assuré souscrit une couverture minimale de 6 mois consécutifs, jusqu'à concurrence de 100 \$ au titre de la Garantie maximale pour un (1) examen de la vue non urgent effectué au Canada par un optométriste autorisé. Note : Le coût des lunettes ou des verres de contact N'EST PAS couvert.

Excursion • Les voyages d'excursion à l'extérieur du Canada (dans des pays autres que Votre Pays d'origine) sont couverts sous réserve des conditions suivantes : (a) plus de 50 % de la

SG STD POL F 0609

PRESTATIONS

Période de couverture totale doit être passée au Canada et (b) les voyages aux États-Unis sont limités à 30 jours par voyage. Les frais qui sont engagés dans Votre Pays d'origine ne seront pas remboursés, sauf si le voyage vers le pays d'origine est effectué expressément afin de participer à un événement sportif ou parascolaire organisé par l'école, ou s'il est réclamé en vertu de la Couverture dans le Pays d'origine – Prestations pour les Canadiens (voir ci-dessous).

Couverture dans le Pays d'origine – Canadiens • Pour les Canadiens retournant au Canada, une couverture d'une durée maximale de 90 jours est offerte jusqu'à ce que l'assurance-maladie de la province soit disponible.

Accès/Abilité – Vice de fabrication ou fonctionnement défectueux de l'Appareil Correctif et protection en cas de vol • Si, pendant que la présente police est en vigueur, un Appareil Correctif dont Vous avez besoin est volé et n'est pas récupéré, ou présente un fonctionnement défectueux ou un vice de fabrication qui se manifeste pendant que Vous êtes couvert par la présente police et qui rend Votre Appareil Correctif inutilisable, nous paierons jusqu'à concurrence de 1000 \$ au titre de la Garantie maximale pour remplacer ou réparer votre Appareil Correctif. Nous ne payons pas les vices de fabrication ou fonctionnements défectueux qui sont couverts par la garantie du fabricant.

Consultation traumatologique • Si un Assuré subit un sinistre couvert mentionné dans le Tableau des Pertes (autre que le décès – voir ci-dessous) dans un délai de 90 jours suivant la date à laquelle un Accident s'est produit au cours de la Période de couverture, Nous paierons jusqu'à six séances de consultation traumatologique.

Décès ou mutilation par accident • Si un Assuré meurt ou subit une invalidité permanente par suite d'un Accident, d'une Blessure, d'une Maladie ou d'un Événement couvert dans un délai de 90 jours suivant la date à laquelle un Accident s'est produit pendant la Période de Couverture, Nous verserons les prestations suivantes en fonction du Tableau des Pertes ci-dessous jusqu'à concurrence de 50 000 \$. Si le total des réclamations qui Nous sont présentées pour le même Accident dépasse 1 250 000 \$, Notre responsabilité pour l'Accident en cause se limite à 1 250 000 \$, lequel montant est partagé proportionnellement entre tous les demandeurs qui sont des personnes assurées en vertu de StudentGuard. Les prestations sont payables à la succession de l'Assuré.

Tableau des Pertes

Décès	50 000 \$
Perte de deux membres ou plus	50 000 \$
Perte de la vue des deux yeux	50 000 \$
Perde d'un membre et de la vue d'un œil	50 000 \$
Perte d'un membre	25 000 \$
Perte de la vue d'un œil	25 000 \$

« Perte de Membre » s'entend du sectionnement total d'une main ou d'un pied au niveau ou au-dessus de la jointure du poignet ou de la cheville respectivement, ou d'une paralysie complète et irréversible.

La « perte de vue » doit être complète et irrémédiable.

DISPARITION – Si un Assuré disparaît et après une période de temps suffisamment longue qui permet de conclure que ledit Assuré est décédé par suite d'une blessure Corporelle, la prestation de décès devient exigible sous réserve d'un engagement signé selon lequel la prestation de décès Nous sera remboursée si les conclusions de décès s'avèrent fausses.

EXPOSITION – La Blessure d'un Assuré résultant directement d'une exposition inévitable aux intempéries sera réputée avoir été causée par une Blessure corporelle, et les prestations seront versées conformément au Tableau des Pertes, ci-dessus.

TRANSPORTEUR PUBLIC – Au cas où le décès de l'Assuré serait causé par une blessure subie pendant un trajet ou voyage entrepris par l'Assuré en qualité de passager payant (a) dans tout moyen de transport public ou (b) sur un vol régulier en avion ou hélicoptère, les prestations augmentent à 100 000 \$.

Les prestations suivantes sont couvertes avec l'autorisation préalable de l'Administrateur des réclamations. Le montant maximum versé au titre des prestations de transport suivantes ne doit pas dépasser 200 000 \$ en tout par Période de couverture.

Évacuation par avion • Le coût pour Vous transporter jusqu'à l'Hôpital le plus proche ou jusqu'à un Hôpital dans Votre Pays d'origine, si Médicalement nécessaire, soit :

- sur un vol régulier sur civière, y compris les frais de voyage aller-retour en classe économique d'une équipe médicale qualifiée (qui n'a aucun lien de parenté avec l'Assuré), ainsi que ses frais et dépenses afférents; ou
- par une ambulance aérienne adéquatement équipée, y compris les frais et dépenses afférents d'un équipage qualifié.

Les coûts d'une ambulance terrestre à l'aller et au retour du vol ou des correspondances sont inclus. Le Médecin traitant doit certifier que l'Assuré est médicalement apte au type de transfert choisi.

Transport de la famille et indemnité de séjour • Si Vous n'avez pas de proches dans un rayon de 500 kilomètres de Votre lieu de séjour à l'extérieur de Votre Pays d'origine et que Vous êtes Hospitalisé pour une période minimale prévue de 7 jours, ou en cas de décès de l'Assuré, Nous paierons jusqu'à concurrence de 5000 \$ pour le coût du voyage aller-retour, selon le tarif disponible le plus bas pour le trajet le plus direct, de deux personnes désignées par Vous pour voyager jusqu'à Votre chevet. Nous paierons également jusqu'à concurrence de 1500 \$ pour le logement commercial et les repas de ces deux personnes pendant un maximum de 10 jours. Le Médecin traitant doit certifier que la situation est suffisamment grave pour justifier la visite. Présentez tous les reçus et factures à l'Administrateur des réclamations.

Rapatriement ou enterrement du défunt • Si le décès survient au cours de la Période de couverture par suite d'une Blessure ou d'une Maladie couverte, Nous paierons (a) jusqu'à concurrence de 15 000 \$ pour les coûts raisonnables et nécessaires pour la préparation et le retour de la dépouille de l'Assuré au Pays d'origine de l'Assuré dans un conteneur de transport standard, ou (b) jusqu'à concurrence de 5000 \$ pour le coût de préparation de la dépouille, la crémation ou l'enterrement et la concession de terrain à l'endroit où le décès est survenu. Les coûts liés à un cercueil, une urne, une pierre tombale ou des funérailles sont exclus.

EXCLUSIONS

Nous n'acquitterons aucuns des frais occasionnés directement ou indirectement par :

- une affection préexistante, qui s'entend d'une maladie, d'une blessure ou de tout autre état qui produisait des signes ou des symptômes et/ou nécessitait une consultation ou une investigation médicale, qu'un diagnostic ait été prononcé ou non, et/ou toute forme de traitement médical dispensé par un Médecin ou un autre Praticien au cours des 3 mois précédant la Date d'entrée en vigueur, ou si au commencement de la couverture, une affection était connue ou présente de sorte que les coûts auraient pu avoir été raisonnablement prévus.

EXCLUSIONS

Les points suivants ne constituent pas un traitement médical aux termes de la présente exclusion d'affections préexistantes :

- a) l'usage constant de médicaments, ce qui veut dire qu'aucune modification de l'ordonnance, de la posologie ou de l'usage n'a été prescrite par un Médecin ou un autre Praticien;
- b) un examen médical lorsqu'un Médecin ou un autre Praticien n'observe aucune détérioration d'une affection, d'un symptôme ou d'un trouble constaté(e) précédemment;
2. un traitement médical facultatif ou non-urgent, y compris tout traitement administré afin de maintenir la stabilité d'une maladie ou d'un état chronique, y compris les visites pour le renouvellement d'une ordonnance de médicaments, les tests ou examens faisant partie d'un régime normal, ou pour le traitement de maladies ou troubles congénitaux ou génétiques, ou pour le traitement facultatif en vue du soulagement immédiat d'une douleur ou de souffrances, ou pour ce qui pourrait raisonnablement être reporté jusqu'à ce que l'Assuré retourne dans son Pays d'origine (excepté lorsque prévu en vertu des prestations pour examen médical annuel et pour examen de la vue);
3. tout traitement de longue durée d'une Blessure ou d'une Maladie si l'Administrateur des réclamations a exigé que l'Assuré retourne dans son Pays d'origine suite à un Traitement médical d'Urgence; si un Assuré qui a été évacué ou à qui on a demandé de retourner dans son Pays d'origine pour poursuivre le traitement retourne ultérieurement dans son Pays d'accueil pour reprendre les études/l'enseignement pendant les mêmes années d'assurance ou des années d'assurance subséquentes, les prestations payables seront limitées à un maximum de 10 000 \$ pour la maladie ou blessure pour laquelle il est retourné dans son Pays d'origine;
4. les médicaments couramment disponibles sans ordonnance (comprenant, sans y être limités, les médicaments comme l'acétaminophène ou servant à soulager les rhumes et les allergies); les inducteurs de l'ovulation; les contraceptifs; les médicaments contre la dysérection; les médicaments contre la calvitie; les médicaments de désaccoutumance au tabac; les vaccins, immunisations ou injections; les préparations ou suppléments vitaminiques; ou les médicaments administrés de façon préventive ou à titre de thérapie d'entretien;
5. la chirurgie plastique ou cosmétique, sauf à la suite d'une Blessure couverte; la substitution ou l'extraction d'une prothèse existante ou sa réparation, (excepté si elle est payable en vertu de la Prestation des Appareils correctifs);
6. toutes dépenses encourues en dehors de la Période de couverture et pendant que Vous êtes dans Votre Pays d'origine (à l'exception de ce qui est prévu à la section *Excursion ou Couverture dans le Pays d'origine – Prestations pour les Canadiens*); les services médicaux fournis pour toute blessure qui est survenue ou pour toute maladie qui s'est déclenchée dans Votre Pays d'origine au cours de la Période de couverture;
7. une grossesse normale; un accouchement normal; un avortement facultatif;
8. le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou le syndrome apparenté au sida (ARC);
9. le suicide, la tentative de suicide, les sévices auto-infligés, la démence, les troubles mentaux ou affectifs à moins d'une Hospitalisation (voir *Prestations pour Soins de psychiatrie, Hospitalisation d'ordre psychiatrique*) ou les réactions qui comprennent sans en exclure d'autres, le stress, l'anxiété, les crises de panique, la dépression, tout trouble alimentaire ou problème pondéral (à l'exception de ce qui est prévu par la *Prestation de Psychothérapie*);
10. Vos actes, lorsqu'ils sont affaiblis par l'effet de l'alcool ou affectés de façon indésirable par les médicaments, les stupéfiants, l'alcool ou les substances intoxicantes; toute réclamation médicale liée à l'usage ou au mauvais usage des drogues ou de l'alcool;
11. la participation à des sports professionnels ou à des activités dangereuses tels que les concours motorisés de vitesse, le parachutisme, le parachutisme sportif, le deltaplane, le saut à l'élastique, la spéléologie, l'alpinisme, l'escalade de paroi rocheuse ou de falaise, ou la plongée sous-marine;
12. la conduite de tout type d'aéronef ou le déplacement en tant que passager sur tout vol non commercial; la conduite de tout moyen de transport motorisé terrestre ou maritime sans permis valide pour le lieu de son utilisation; le déplacement dans ou sur une motocyclette, une motoneige ou toute catégorie de véhicule tout-terrain ou de course, à moins qu'il n'existe pas de route dans le lieu en question;
13. une blessure ou une maladie causée pendant que Vous vous entraînez ou que Vous servez à n'importe quel titre en qualité de membre de toutes forces armées, ou pendant que Vous participez activement à un conflit armé ou que Vous êtes engagé dans des activités criminelles. Cependant, si Vous subissez une Blessure occasionnée directement par des actes guerriers dans lesquels Vous ne participez pas activement, et ce dans un délai de 48 heures suivant le déclenchement de telles hostilités, toutes dépenses engagées suite à un tel incident seront couvertes;
14. tous frais d'intérêts, de crédit ou de paiement tardif;
15. une blessure ou maladie couverte en vertu de toute autre forme d'assurance, d'indemnité ou de régime ou dont la responsabilité appartient à une tierce partie;
16. une blessure ou maladie qui survient pendant que Vous voyagez vers une destination pour laquelle, au moment du départ, le Gouvernement du Pays d'origine a émis un avis aux voyageurs déconseillant les voyages vers cette destination;
17. un déplacement effectué contrairement à un avis d'un Médecin ou d'un Praticien, ou dans le but d'obtenir un Traitement médical, ou lorsqu'un pronostic terminal a été donné à l'Assuré avant le début de la Période de couverture;
18. toute dépense résultant d'un manquement de la part de l'Assuré à accepter ou à suivre l'avis du Médecin, le traitement ou le traitement recommandé.

RESTRICTIONS

Nous nous réservons le droit de prendre des dispositions pour Vous rapatrier dans Votre Pays d'origine suite à une Urgence survenue avant ou après que Vous ayez reçu un Traitement médical ou des Services Hospitaliers ou médicaux. Si Vous refusez de retourner lorsque Vous êtes jugé médicalement apte à voyager par l'Administrateur des réclamations, Nous ne paierons aucuns frais continus ou occasionnés par une récurrence de l'Urgence ou des complications découlant de l'Urgence en cause, qui y sont directement ou indirectement liés.

Limitation de la responsabilité

L'Assureur, l'Administrateur de régime et/ou l'Administrateur des réclamations ne sont pas responsables de la disponibilité, de la qualité ou des résultats de tout Traitement médical, ou de Votre défaut d'obtenir un Traitement médical ou un transport, et ne seront pas tenus responsables de négligence, d'actes fautifs ou d'omissions quelconques de la part de tout fournisseur de services.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Contrat. La Proposition, la présente Police, tout document annexé à la présente Police lors de son émission et toute modification au contrat convenue par écrit après l'émission de la Police, constituent l'ensemble du contrat et aucun agent n'a l'autorité ni de modifier le contrat, ni de déroger à une de ses dispositions.

Renoncement. Aucune condition de ce contrat ne sera réputée avoir été abandonnée en tout ou en partie par l'Assureur à moins que la renoncement n'ait été clairement exprimée par écrit et signée par l'Assureur.

Copie de la Proposition. L'Assureur devra, sur demande, fournir à l'Assuré une copie de la Proposition en vertu du contrat.

Paiement de la prime. La prime intégrale est due et exigible lorsque Vous souscrivez une assurance. Si, pour quelque raison que ce soit, la prime payée pour la couverture demandée est inexacte, Nous a) facturerons et percevrons la différence, ou b) raccourcirons la Période de couverture si un versement insuffisant de prime ne peut être perçu, ou c) rembourserons tout versement excédentaire. La couverture sera nulle et sans effet si, pour quelque raison que ce soit, Votre paiement n'est pas accepté par l'établissement financier. La prime est calculée en fonction des taux de cotisation les plus courants à la date où vous faites Votre demande de couverture, selon Votre âge à la Date d'entrée en vigueur. Nous nous réservons le droit de refuser toute Proposition.

Contrat ou police en double. Au cas où plus d'un contrat serait délivré à un Assuré, les prestations se limiteront à la somme maximale payable en vertu d'un seul contrat, et ce en tout temps, et un remboursement des primes en double sera effectué.

Fausse déclaration ou non-divulgateion. Toute couverture en vertu de la présente Police sera nulle si, avant ou après un sinistre, l'Assuré a caché ou représenté faussement tout fait important ou circonstance essentielle ayant trait à la présente couverture ou y étant relié, ou l'intérêt de l'Assuré à cet égard, ou en cas de fraude ou de parjure quelconque de la part de l'Assuré.

Faits importants. Aucune déclaration faite par un Assuré au moment de la présentation de la Proposition visant le présent contrat ne peut servir à contester une réclamation en cours ou à se soustraire aux obligations du présent contrat, à moins qu'elle ne soit comprise dans la Proposition ou dans toute autre déclaration ou réponse écrite fournie comme preuve d'assurabilité.

Loi applicable. La présente Police est régie par les lois de la province canadienne de l'Ontario où elle a été placée. Toute action ou poursuite contre l'Assureur pour le recouvrement de réclamations en vertu de la présente Police doit être intentée dans la province canadienne de l'Ontario où la Police a été placée et doit commencer dans un délai d'un an à partir de la date à laquelle la cause d'action a été générée.

Paiements des prestations. Toutes les prestations Vous sont payables à moins que Vous ne cédiez Votre droit au paiement directement au fournisseur de services ou à un autre cessionnaire désigné. Dans le cas de Votre décès, toutes les prestations sont payables à Votre succession. Les paiements des prestations ne prévoient le paiement de quelque intérêt que ce soit.

Devises. Tous les montants des primes, Garanties maximales et paiements des prestations sont précisés en dollars canadiens. À des fins de remboursement, le taux de change des devises étrangères sera le taux déterminé à la date à laquelle la dépense a été payée, et établi par l'établissement financier canadien choisi par l'Administrateur des réclamations. À Notre gré, Nous pourrions payer une demande de prestations dans la devise où le sinistre s'est produit.

Coordination des prestations. Les prestations prévues par la présente Police sont payables en plus de celles qui sont disponibles en vertu de toute autre police ou régime d'assurance valide et recouvrable aux termes duquel Vous avez le droit de réclamer, y compris mais non de façon limitative, un régime d'assurance-maladie du gouvernement, une assurance collective ou individuelle contre les accidents et la maladie ou une couverture d'assurance-maladie complémentaire, toute assurance automobile ou régime de prestations, une assurance des propriétaires occupants, une assurance de responsabilité locale ou une autre assurance multirisque, une assurance des avantages offerts par une carte de crédit, et une autre assurance voyage. Tout paiement effectué en vertu de la présente Police sera coordonné avec tout autre régime offrant une couverture similaire de sorte que le total des prestations payables aux termes de toutes les polices ou régimes ne dépasse pas 100 % des dépenses admissibles engagées.

Résiliation par l'Assuré. L'Assuré peut résilier le présent contrat en tout temps en fournissant un avis de résiliation écrit à l'Administrateur de régime qui agit au nom de l'Assureur ou en le remettant à un mandataire (p. ex., une école ou un organisme). Si la présente Police est annulée pour des raisons médicales avant la Date d'entrée en vigueur, l'Assuré ou le mandataire de l'Assuré le cas échéant, recevra un remboursement complet des primes payées. Si la présente Police est annulée pour toute autre raison, l'Assuré sera éventuellement tenu de payer des frais d'administration de 25 \$. Si la présente Police est annulée après la Date d'entrée en vigueur, Nous rembourserons les primes payées pour la couverture inutilisée moins les frais d'administration de 25 \$, pourvu qu'aucune réclamation n'ait été engagée ou payée ou ne soit en instance. Tous les remboursements comportent une période d'attente.

Remboursements. Les remboursements sont calculés au prorata à partir de la date du cachet postal de Votre demande écrite ou à la date à laquelle une telle demande envoyée par télécopieur ou courriel est reçue par l'Administrateur de régime, et ils sont assujettis à un remboursement minimum de 10 \$. Aucun remboursement ne sera payé en vertu de la couverture de remplacement de 90 jours pour les Canadiens de retour au pays. Cette Police est incessible.

Résiliation par l'Assureur. (1) L'Assureur peut résilier le présent contrat en tout temps en fournissant un avis de résiliation écrit à l'Assuré. Les primes inutilisées seront remboursées au cas où aucune réclamation n'aurait été payée ou ne serait en instance. (2) L'avis de résiliation peut être envoyé à l'Assuré par la poste, par télécopieur ou par courriel, ou si la Proposition a été envoyée par une autre partie ou un autre mandataire, ladite partie ou ledit mandataire peut être avisé par la poste, télécopieur ou courriel. (3) Dans les cas où l'avis de résiliation est donné, un préavis de résiliation de cinq jours sera accordé qui entre en vigueur à partir de la date d'expédition par la poste, par télécopieur ou par courriel.

Subrogation (Droit de recouvrement). Si une prestation qui Vous est payée ou qui est versée en Votre nom est supérieure au montant permis en vertu des dispositions de la présente Police, ou si un paiement est effectué en raison d'une erreur matérielle ou administrative, Nous nous réservons le droit de recouvrer ladite somme de Vous ou de tout établissement, assureur ou autre organisme ou partie auquel le paiement en cause a été fait. Si un paiement est effectué en vertu de la présente Police, Nous avons le droit d'entamer des poursuites en Votre nom contre toute tierce partie susceptible d'être responsable d'avoir donné lieu à une réclamation en vertu de la présente Police. Nous ou Nos mandataires auront la pleine capacité de subrogation. Vous ne ferez rien pour porter préjudice à ces droits et devrez coopérer entièrement avec Nous ou Nos mandataires en

CONDITIONS GÉNÉRALES

acceptant de signer, d'exécuter et/ou de livrer les documents qui sont nécessaires pour entamer des poursuites contre toute tierce partie éventuellement tenue responsable.

Prolongations de la Police. La Période de couverture maximale disponible en vertu de la présente Police, y compris les prolongations, est de 365 jours consécutifs à partir de la Date d'entrée en vigueur. Toute demande de prolongation doit être faite à l'Administrateur de régime au plus tard 7 jours ouvrables immédiatement avant la Date d'expiration de Votre couverture existante. La couverture en vertu de la prolongation de la présente Police sera nulle dès sa mise en vigueur, si un paiement n'est pas accepté par Votre établissement financier. L'Administrateur de régime ou l'Assureur a le droit de refuser toute prolongation. Si une demande de réclamation visant tout Assuré a été reçue, une prolongation peut être accordée avec une exclusion visant l'affection ayant fait l'objet d'une réclamation.

Prorogation automatique de la couverture. Si l'Assuré est inévitablement retardé pour une raison qui ne Lui est aucunement imputable, au-delà de la fin de la Période de couverture, la présente Police restera automatiquement en vigueur sans prime supplémentaire pendant une durée qui ne dépassera pas :

- 72 heures, si le retard se produit pendant un déplacement effectué en tant que passager payant voyageant par mode de transport public autorisé ou dans un véhicule personnel et que le retard est causé par une panne, un accident de la circulation ou des intempéries; ou
- la période d'hospitalisation en qualité de patient Hospitalisé (à moins que la période d'hospitalisation en cause ne dépasse le plafond d'une Hospitalisation pour motif psychiatrique) OU la période durant laquelle Vous n'êtes pas en mesure de vous déplacer pour des raisons médicales (exception faite des affections psychiatriques) acceptées par l'Administrateur des réclamations. Suite à votre congé d'un Hôpital ou à une autorisation médicale de voyager, une prolongation supplémentaire de 72 heures sera accordée.

Avis et preuve de sinistre. (1) L'Assuré ou un bénéficiaire autorisé à présenter une réclamation, ou l'agent de l'un ou l'autre devra (a) fournir un avis écrit de sinistre, y compris un formulaire de réclamation dûment rempli et toutes les factures originales à l'Administrateur des réclamations ou à l'Administrateur de régime agissant au nom de l'Assureur, en le lui remettant ou en le lui envoyant par la poste, au plus tard 30 jours à partir de la date de survenance d'un sinistre en vertu du contrat par suite d'un Accident, d'une Blessure, d'une Maladie ou d'une invalidité; (b) dans un délai de 90 jours à partir de la date de survenance d'un sinistre en vertu du contrat par suite d'un Accident, d'une Blessure, d'une Maladie ou d'une invalidité, fournir à l'Administrateur des réclamations ou à l'Administrateur de régime toute preuve jugée raisonnablement possible compte tenu des circonstances, de la survenance de l'Accident ou du début de la Blessure, de la Maladie ou de l'invalidité, et du sinistre occasionné de ce fait, et le droit du demandeur de recevoir un paiement et, (c) si l'Administrateur des réclamations ou l'Administrateur de régime l'exige, fournir un certificat acceptable indiquant la cause ou la nature de l'Accident, de la Blessure, de la Maladie ou de l'invalidité pouvant faire l'objet d'une réclamation en vertu du contrat. La présente référence à « invalidité » se rapporte aux prestations payables en vertu de la Garantie en cas de décès ou de mutilation par accident.

Omission de fournir un avis ou des preuves. L'omission de donner un avis de sinistre ou de fournir des preuves de sinistre dans les délais prescrits précités n'a pas pour effet d'invalider la réclamation si l'avis ou la preuve est donnée ou fournie dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, et en aucun cas plus tard qu'un an à compter de la date de l'incident ou de l'Accident ou de la date de survenance du sinistre en vertu du contrat par suite d'une Blessure, d'une Maladie ou d'une invalidité, s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner un avis ou de fournir des preuves dans les délais prescrits.

Obligation de l'Administrateur de régime de fournir des formulaires pour les preuves de sinistre. Des formulaires de réclamation sont fournis avec chaque carte d'identité émise et sont également fournis à toutes les écoles et organisations. Lorsqu'un formulaire de réclamation est exigé, l'Administrateur de régime en enverra un exemplaire à l'Assuré par télécopieur, courriel ou la poste. Les Formulaires de réclamation sont aussi disponibles sur notre site Web : www.studentguard.com.

Droits d'examen. Selon une condition préalable au recouvrement des prestations d'assurance en vertu du présent contrat, (a) le demandeur devra fournir à l'Assureur la possibilité d'examiner l'Assuré au moment qu'il l'exige et aussi souvent doit il a raisonnablement besoin pendant que la réclamation en vertu du présent contrat est en instance. Le médecin et le lieu de l'examen sont à la discrétion de l'Assureur. L'Assuré convient de coopérer et de fournir des renseignements complets au médecin. Le médecin peut, en conjonction avec des commentaires du médecin traitant, formuler des recommandations supplémentaires pour favoriser la récupération ou le rétablissement, et (b) en cas de décès de l'Assuré, l'Assureur peut exiger une autopsie, sous réserve de toute loi de la juridiction applicable concernant les autopsies.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Non-observation des obligations. Nous pouvons décider de limiter ou de refuser des paiements si (a) l'Assuré ou la partie concernée par le paiement fait preuve de négligence vis-à-vis de l'exécution de toute obligation qui lui incombe, et par conséquent a porté atteinte aux intérêts de l'Assureur; (b) des faits ont été incorrectement ou insuffisamment fournis, ou ont été représentés faussement, ou des données fausses ont été fournies; (c) dans les cas où un Assuré subit une Blessure ou souffre d'une Maladie, l'Assuré est tenu de consulter immédiatement un médecin et de suivre son avis, ses prescriptions et directives. L'omission d'observer les obligations en cause peut entraîner la réduction ou le refus de paiements.

Lorsqu'une somme est payable. Toute somme payable en vertu du présent contrat devra être versée par l'Assureur dans un délai de 90 jours suivant la réception d'une preuve de sinistre.

Limitation des poursuites. Une action ou une poursuite en justice contre l'Assureur pour le recouvrement d'une réclamation en vertu du présent contrat ne devra pas être entamée plus d'un an après la date à laquelle la somme des prestations est devenue exigible ou aurait dû devenir exigible si la réclamation avait été valide.

PROCÉDURE DE RÉCLAMATION

- Vous **devez appeler** le Numéro d'assistance d'urgence indiqué ci-dessous **AVANT de pouvoir être admis à l'Hôpital en qualité de patient hospitalisé et pour recevoir une autorisation écrite préalable AVANT d'engager des dépenses pour ce qui suit :**
 - Tests de diagnostic importants
 - Soins dentaires
 - Intervention chirurgicale
 - Évacuation par avion
 - Transport de la famille
 - Rapatriement/enterrement
- Présentez votre carte d'identité StudentGuard à vos fournisseurs de services médicaux.
- Remplissez un formulaire de réclamation pour CHAQUE nouvelle Blessure ou Maladie au moment de prestation des soins INITIAUX. Apportez ce formulaire lors de Votre première visite si possible. Vous pouvez faire une photocopie d'un formulaire vierge pour des réclamations ultérieures ou obtenir des formulaires de Votre organisation ou de notre site Web à www.studentguard.com.
- Dans un délai de 30 jours suivant la première dépense médicale, **ENVOYEZ par LA POSTE :**
 - le formulaire de réclamation dûment rempli;
 - les factures / reçus détaillés **originaux**;
 - annexe également les rapports médicaux, le rapport de la salle d'urgence, l'anamnèse et le rapport de l'examen physique, les rapports chirurgicaux, les rapports de laboratoire, les rapports radiographiques et la feuille de congé à :

StudentGuard Claims

300 John Street, Suite 610

Thornhill (Ontario) Canada L3T 5W4

N'oubliez pas de conserver une copie pour vos dossiers.

- En ce qui concerne une réclamation en cas de décès, le bénéficiaire ou une autre personne autorisée à présenter une réclamation doit appeler Travel Healthcare Insurance Solutions Inc. pour rapporter la réclamation. Les détails de la réclamation doivent être présentés avec un certificat de décès original ou une autre preuve de décès que Nous jugeons acceptable. Nous ne serons pas tenus responsable de toute réclamation qui nous est présentée plus d'un an après la date de survenance du sinistre.

Les réclamations ne peuvent pas être prises en considération à moins que le formulaire de réclamation ne soit dûment rempli et signé par le demandeur et accompagné de tous les documents ORIGINAUX nécessaires qui doivent Nous être fournis gratuitement. Aucun paiement ne sera versé jusqu'à ce que tous les reçus et les factures originaux parviennent à l'Administrateur des réclamations.

Délivrée par:

La Reliable, Compagnie d'Assurance-Vie

C.P. 557, 100 rue King Ouest

Hamilton, Ontario L8N 3K9

CONFIDENTIALITÉ

La Compagnie et Notre Administrateur de régime (collectivement « Nous » et « Notre » dans la présente partie) s'engagent à protéger la confidentialité de Vos renseignements personnels...Les renseignements que vous nous fournissez serviront exclusivement à établir votre admissibilité à l'assurance en vertu de la Police, à évaluer les risques d'assurance, à gérer et à statuer sur les réclamations, ou encore à négocier ou effectuer des règlements avec des tiers parties. Vos renseignements pourront être communiqués à des tiers tels d'autres compagnies d'assurance, des organismes de santé et des régimes publics de soins de santé dans le cadre d'un processus de traitement ou de règlement d'une réclamation. Nous mettons tout en œuvre pour assurer en tout temps l'exactitude, la confidentialité et la sûreté de Vos renseignements personnels. Pour toute question concernant notre Politique de confidentialité, prière de téléphoner au (905) 523-5587 ou d'envoyer un courriel à privacy@oldrepublic-group.com.

PROCÉDURE D'URGENCE

Contactez l'assistance d'urgence sans frais, disponible 24 heures sur 24, en composant le 1 888 756-8428 (Amérique du Nord) ou composez le (905) 731-8291 en cas d'un appel à frais virés :

- dans les 24 heures de l'admission à l'Hôpital, ou en cas d'une incapacité, dès qu'il est raisonnablement possible de le faire;
- pour toute prestation pour laquelle une autorisation préalable est exigée;
- pour les Assurés en Excursion, avant d'encourir TOUTES dépenses médicales.

L'omission d'avertir l'Administrateur des réclamations suivant les exigences limitera Notre responsabilité à 90 % de la valeur des dépenses admissibles engagées.