

## RÉGIME DE TARIFICATION INDIVIDUELLE DES RISQUES MÉDICAUX DE COVID-19

### SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

La présente police est établie par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie). Manuvie a désigné Active Claims Management (2018) Inc., exerçant ses activités sous les noms « Active Care Management », « ACM » « Gestion Global Excel » et/ou « Global Excel », en tant que fournisseur de tous les services d'assistance et de règlement au titre de cette police.

Nous avons mis certains **mots en italique** afin d'attirer *vos* attention sur leur sens. Vous trouverez la définition de ces termes à la rubrique « Définitions » de la présente police.

**Avis exigé par la loi provinciale :** La présente police renferme une disposition qui révoque ou limite le droit de l'assuré de désigner des personnes à qui ou pour qui des sommes assurées seront payables.

**Période d'examen sans frais de 10 jours** – Si *vous nous* avisez dans les 10 jours suivant la date de *vos* souscription (indiquée sur *vos* avis de confirmation) que *vous n'êtes pas* entièrement satisfait de *vos* contrat, *nous vous* rembourserons la totalité si *vous n'avez pas* encore entrepris *vos* voyage et s'il n'y a aucune demande de règlement en cours. Les remboursements sont seulement possibles lorsque Manuvie reçoit *vos* demande de remboursement avant *vos* date de départ.



Chacun veut voyager sans tracas et devrait pouvoir le faire en se sachant protégé par son assurance voyage. La plupart des Canadiens voyagent sans embûches, mais si quelque chose devait survenir, les sociétés membres de l'Association canadienne de l'assurance voyage (THiA) veulent que vous connaissiez vos droits. La Déclaration des droits et responsabilités de la THiA repose sur les règles d'or suivantes de l'assurance voyage :

- Connaissiez votre état de santé • Connaissiez votre voyage
- Connaissiez votre police • Connaissiez vos droits

Pour en savoir plus, visitez le [https://www.thiaonline.com/Travel\\_Insurance\\_Bill\\_of\\_Rights\\_of\\_Responsibilities\\_Fr.html](https://www.thiaonline.com/Travel_Insurance_Bill_of_Rights_of_Responsibilities_Fr.html)

### SECTION 2 - AVIS IMPORTANT

#### AVIS IMPORTANT – À LIRE ATTENTIVEMENT

Vous avez souscrit une police d'assurance voyage; et maintenant? Nous tenons à ce que vous compreniez (dans votre intérêt supérieur) ce que votre police couvre, ce qui est exclu et ce qui est limité (c.-à-d. qu'un montant maximum payable s'applique). Veuillez prendre le temps de lire intégralement votre police avant de partir. Les termes en italiques sont définis dans votre police.

- L'assurance voyage couvre les réclamations liées à des événements soudains et imprévus (c.-à-d. des accidents ou des situations d'urgence); elle ne couvre généralement pas les suivis ni les soins récurrents.
- Pour vous prévaloir de cette assurance, vous devez remplir toutes les conditions d'admissibilité.
- Cette assurance comporte des restrictions et des exclusions (p. ex., des problèmes de santé qui ne sont pas stables, une grossesse, un enfant né en cours de voyage, l'abus d'alcool et les activités à haut risque).
- Cette assurance pourrait ne pas couvrir les réclamations liées à des problèmes de santé préexistants, que le problème ait été déclaré ou non au moment de la souscription.
- Vous devez communiquer avec le Centre d'assistance avant d'obtenir un traitement, sans quoi vos prestations pourraient être réduites.
- Lors d'une réclamation, vos antécédents médicaux pourraient être vérifiés.
- Si vous avez répondu à un questionnaire médical et qu'une de vos réponses est inexacte ou incomplète, votre police sera annulable.

**IL EST DE VOTRE RESPONSABILITÉ DE COMPRENDRE VOTRE COUVERTURE. SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS, APPELÉZ-NOUS AU 1 866 943-5997 OU AU 519 251-5191.**

**IMPORTANT :** Si un changement dans *vos* état de santé ou un *changement de médication* ou de *traitement* surviennent entre la date à laquelle *vous* avez rempli la proposition et la *date d'effet* de l'assurance, *vous devez nous* en informer en appelant au 1 866 943-5997 ou au 519 251-5191. Si *vous* omettez de le faire, le changement pourrait rendre la couverture nulle et sans effet.

## En cas d'urgence, appelez le Centre d'assistance immédiatement au

**1 877 884-8189, sans frais**, à partir du Canada et des États-Unis, ou au **+1 519 251-7416**, à frais virés, pour appeler au Canada à partir de tout autre pays.

Notre Centre d'assistance est à votre service tous les jours, 24 heures sur 24.

De plus, vous avez accès instantanément au Centre d'assistance au moyen de l'application mobile TravelAid<sup>MC</sup>. Rendez-vous à l'adresse <http://www.active-care.ca/fr/travelaid/> pour télécharger l'application.

## CONVENTION D'ASSURANCE

En contrepartie de la proposition d'assurance pour laquelle vous répondez aux critères d'admissibilité et avez payé la prime appropriée, nous verserons, au titre des garanties stipulées dans le présent document, sous réserve des conditions, limitations, exclusions et autres dispositions, dont le montant est en excédent des frais remboursables au titre de tout régime collectif, individuel, privé ou public ou contrat d'assurance, y compris un contrat d'assurance automobile et votre régime public d'assurance maladie de votre province ou territoire. Certaines prestations doivent être approuvées d'avance par notre Centre d'assistance. Sauf indication contraire, toutes les sommes mentionnées dans ce contrat sont en dollars canadiens. Les frais que nous ne couvrons pas sont à votre charge.

## GARANTIES

- **Jusqu'à concurrence d'un montant maximum de 10 millions de dollars** par assuré pour les frais *raisonnables et habituels* que vous engagez en raison d'une *urgence* lorsque vous voyagez à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence.

La couverture au titre du contrat est établie en fonction des renseignements fournis dans votre proposition. Le contrat que vous souscrivez auprès de nous est composé des éléments suivants : le présent contrat, votre proposition d'assurance, l'avis de confirmation produit relativement à cette proposition et tout autre changement ou avenant établi pour prolonger une couverture.

Ce contrat procure une couverture de soins médicaux d'urgence pour les voyages à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence ou du Canada.

## SECTION 3 - ADMISSIBILITÉ

### POUR ÊTRE ADMISSIBLE À L'ASSURANCE AU TITRE DE LA PRÉSENTE POLICE :

- vous devez résider au Canada et être couvert par un régime public d'assurance maladie;
- vous devez avoir reçu l'administration complète du vaccin;
- vous devez souscrire l'assurance pour la durée totale de votre voyage à l'extérieur de votre lieu de résidence;
- vous devez avoir rempli votre proposition (y compris le questionnaire médical), nous avoir fourni vos antécédents médicaux, avoir reçu de nous une Entente de tarification médicale, et
- avoir payé le montant intégral de la prime exigée.

## SECTION 4 - ASSURANCE SOINS MÉDICAUX D'URGENCE

Le présent contrat couvre les soins médicaux d'urgence pour un voyage effectué à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence, ou du Canada.

Veuillez noter que si vous ne communiquez pas avec le Centre d'assistance lorsque survient une urgence, vous devrez payer 20 % des frais médicaux admissibles que nous aurions normalement payés au titre de la présente police. Si votre état de santé ne vous permet pas d'appeler, nous vous prions de demander à quelqu'un de le faire à votre place. Avant de recevoir un traitement d'urgence, vous devez appeler le Centre d'assistance afin que nous puissions confirmer votre couverture et préautoriser ce traitement.

### Garanties – Ce qui est couvert par l'assurance Soins médicaux d'urgence

L'assurance Soins médicaux d'urgence couvre un montant maximum de 10 millions \$ CA par assuré pour les frais couverts en raison d'une urgence lorsque vous voyagez à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence.

**Important :** Cette police ne vous offre aucune couverture si vous n'avez pas reçu l'administration complète du vaccin.

**Remarque :** Les frais couverts sont en excédent de toute somme couverte par le régime public d'assurance maladie ou tout autre régime d'assurance. Le traitement doit être exigé comme faisant partie de votre traitement d'urgence.

Une fois que votre traitement médical d'urgence a commencé, le Centre d'assistance doit évaluer et préapprouver un traitement médical supplémentaire. Si vous subissez des tests dans le cadre d'une investigation médicale, d'un traitement ou d'une intervention chirurgicale, si vous vous soumettez à un traitement ou subissez une intervention chirurgicale qui n'est pas préalablement approuvée, votre demande de règlement ne sera pas remboursée. Cela inclut, sans toutefois s'y limiter, l'IRM, la CPRM, le tomodensitogramme, l'angiogramme par tomodensitométrie, les sonogrammes, échographies,

l'épreuve d'effort nucléaire, les biopsies, l'angiogramme, l'angioplastie, la chirurgie cardiovasculaire, y compris tout test de diagnostic associé, le cathétérisme cardiaque ou toute chirurgie. Les remboursements sont sujets aux termes et conditions de la présente police.

Les frais couverts et les prestations sont assujettis aux plafonds, exclusions et restrictions stipulés dans la police, ainsi qu'au montant de *votre franchise*. *Votre franchise* en dollars canadiens s'applique au montant qu'il reste une fois que les frais couverts par *votre régime public d'assurance maladie* ont été payés. La *franchise* est précisée dans *votre avis de confirmation* et s'applique à chaque demande de règlement.

Les frais admissibles sont les suivants :

1. **Frais engagés pour recevoir un traitement d'urgence** – Frais *usuels et raisonnables* pour recevoir des soins médicaux d'un *médecin* dans un *hôpital* ou à l'extérieur d'un *hôpital*, coût d'une chambre à deux lits dans un *hôpital* (ou une unité de soins intensifs ou coronariens, si cela s'avère *nécessaire du point de vue médical*), services d'un infirmier particulier autorisé pendant *votre séjour* à l'*hôpital*, location ou achat (s'il est moins coûteux) d'un lit d'*hôpital*, d'un fauteuil roulant, de béquilles, d'appareils orthopédiques ou d'autres appareils médicaux, tests effectués afin de diagnostiquer ou de préciser *votre problème*, et médicaments prescrits pour *vous* et délivrés uniquement sur ordonnance d'un *médecin* ou d'un dentiste. Une *urgence* liée à un *problème de santé préexistant* indiqué dans l'*Entente de tarification médicale* sera couverte.
2. **Frais engagés pour recevoir des services paramédicaux** – Soins dispensés par un chiropraticien, un ostéopathe, un physiothérapeute, un podiatre ou un podologue dûment autorisés, jusqu'à concurrence de 70 \$ par séance, sous réserve d'un maximum global de 700 \$ par *blessure* couverte.
3. **Frais de transport d'urgence par ambulance** – Frais *usuels et raisonnables* pour le transport par service ambulancier local autorisé à destination du fournisseur de soins médicaux qualifié le plus près en cas d'*urgence*.
4. **Frais de traitement dentaire d'urgence** – Si *vous* avez besoin d'un *traitement* dentaire d'*urgence*, nous payons :
  - jusqu'à concurrence de 300 \$ pour le soulagement de douleurs dentaires; ou
  - jusqu'à concurrence de 3 000 \$ pour la restauration ou le remplacement de *vos dents* naturelles ou prothèses fixes permanentes si *vous* recevez un coup accidentel à la bouche (jusqu'à concurrence de 2 000 \$ durant *votre voyage* et jusqu'à concurrence de 1 000 \$ pour poursuivre le *traitement* nécessaire du point de vue médical dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant l'accident).
5. **Frais de transport d'une personne devant rester à votre chevet** – Si *vous* voyagez seul et que *vous* êtes admis dans un *hôpital* pour une durée de trois (3) jours ou plus en raison d'une *urgence* médicale, nous payons le coût d'un billet en classe économique, par l'itinéraire le plus économique, pour qu'une personne puisse rester auprès de *vous*. Nous payons également, jusqu'à concurrence de 1 000 \$, ses frais d'hôtel et de repas. Veuillez noter que cette personne n'est pas couverte par *votre* assurance et qu'elle devrait considérer la souscription d'une assurance soins médicaux personnelle pour ce voyage.
6. **Frais supplémentaires pour les repas, l'hôtel et les taxis** – Si une *urgence* médicale *vous* empêche, *vous* ou *votre compagnon de voyage*, de retourner à *votre lieu de résidence* comme cela était initialement prévu, ou si *votre traitement* médical d'*urgence* ou celui de *votre compagnon de voyage* exigent *votre* transfert dans un lieu différent de *votre* destination initiale, nous *vous* remboursons, jusqu'à concurrence de 200 \$ par jour sous réserve d'un maximum de 2 000 \$, *vos* frais supplémentaires de repas et d'hôtel, et *vos* frais de taxi essentiels. Nous ne remboursons que les frais effectivement engagés.
7. **Frais de rapatriement par suite de votre décès** – Si *vous* décédez durant *votre voyage* à la suite d'une *urgence* couverte par la présente assurance, nous remboursons à *vos* ayants droit les frais suivants, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ :
  - les frais de préparation ou d'incinération de *votre* dépouille sur place; et
  - les frais engagés pour le retour de *vos* cendres ou de *votre* dépouille jusqu'à *votre lieu de résidence* (dans le conteneur ordinaire normalement utilisé par la compagnie aérienne); ou
  - les frais d'inhumation de *votre* dépouille sur place.De plus, si quelqu'un est légalement tenu d'identifier *votre* dépouille et doit se rendre sur place, nous payons le coût de son billet en classe économique par l'itinéraire le plus économique et, jusqu'à concurrence de 300 \$, ses frais d'hôtel et de repas. Veuillez noter que cette personne n'est pas couverte par *votre* assurance et qu'elle devrait considérer la souscription d'une assurance soins médicaux personnelle pour ce voyage.
8. **Frais de rapatriement jusqu'à votre lieu de résidence** – Si *votre médecin* traitant *vous* recommande de retourner à *votre lieu de résidence* en raison de *votre urgence* ou si *nos* conseillers médicaux *vous* recommandent de retourner à *votre lieu de résidence* après *votre urgence*, sous réserve de l'approbation préalable du Centre d'assistance et des dispositions prises par celui-ci, nous payons :
  - le coût supplémentaire d'un billet d'avion en classe économique, par l'itinéraire le plus économique; ou
  - le coût d'un billet avec civière à bord d'un vol commercial, par l'itinéraire le plus économique, lorsqu'une civière est *nécessaire du point de vue médical*; et
  - le coût du billet d'avion aller-retour d'un accompagnateur médical qualifié, en classe économique, par l'itinéraire le plus économique, ainsi que les honoraires et frais raisonnables de cette personne, lorsque sa présence est *nécessaire du point de vue médical* ou exigée par la compagnie aérienne; ou
  - le coût du transport par ambulance aérienne, s'il est *nécessaire du point de vue médical*.
9. **Frais de rapatriement d'enfants dont vous avez la garde** – Si *vous* êtes admis à l'*hôpital* pour une durée de plus de vingt-quatre (24) heures ou si *vous* devez retourner à *votre lieu de résidence* en raison d'une *urgence*, sous réserve de l'approbation préalable du Centre d'assistance, nous payons le coût supplémentaire du billet aller simple de *vos enfants* en classe économique, par l'itinéraire le plus économique, pour retourner au *lieu de résidence* et le coût du

billet d'avion aller-retour d'un accompagnateur qualifié, en classe économique, par l'itinéraire le plus économique, si la compagnie aérienne exige que les *enfants* soient accompagnés. *Vous* deviez avoir la garde de ces *enfants* durant *vos* voyage et ceux-ci doivent être couverts au titre d'une police d'assurance voyage de Manuvie.

10. **Frais de rapatriement de votre compagnon de voyage au lieu de résidence** – Si *vous* retournez à *vos* lieu de résidence selon les modalités de la garantie n° 7 ou n° 8, sous réserve de l'approbation préalable du Centre d'assistance, *nous* couvrons le coût supplémentaire d'un billet d'avion aller simple en classe économique, par l'itinéraire le plus économique, pour retourner à son *lieu de résidence* *vos* compagnon de voyage (qui voyageait avec *vous* au moment de l'*urgence* et qui est assuré au titre d'un régime d'assurance voyage de Manuvie).
11. **Frais d'appels téléphoniques** – *Nous* remboursons les frais d'appels au Centre d'assistance et reçus du Centre d'assistance concernant *vos* urgence médicale. *Vous* devez fournir les reçus ou d'autres pièces justificatives raisonnables faisant état du coût des appels et du nombre d'appels effectués ou reçus pendant *vos* voyage.
12. **Frais de transport de votre véhicule jusqu'à votre lieu de résidence** – Si, à la suite d'une *urgence* médicale, *vous* êtes incapable ou *vos* compagnon de voyage est incapable de conduire et de ramener à *vos* lieu de résidence le véhicule que *vous* avez utilisé durant *vos* voyage, sous réserve de l'approbation préalable du Centre d'assistance, *nous* couvrons, jusqu'à concurrence de 3 000 \$, les frais exigés par une agence commerciale pour ramener *vos* véhicule à *vos* lieu de résidence. Si *vous* avez loué un véhicule durant *vos* voyage, *nous* couvrons les frais liés à son retour à l'agence de location.
13. **Protection contre les actes terroristes** – Lorsqu'un *acte terroriste* cause directement ou indirectement un sinistre admissible au titre des dispositions de la présente police, le régime couvre un maximum de deux (2) *actes terroristes* au cours d'une année civile et jusqu'à concurrence d'un montant global de 35 millions de dollars pour toutes les polices en vigueur admissibles que *nous* avons établies et que *nous* administrons. Le montant payable pour chaque demande de règlement admissible est en excédent de toutes les autres sources de recouvrement, y compris les options de rechange ou de remplacement du *voyage* et toute autre couverture d'assurance. Le montant à verser pour toutes telles demandes de règlement sera réduit au prorata de façon à ne pas dépasser le maximum global, et sera versé après la fin de l'année civile et après évaluation de toutes les demandes de règlement se rapportant aux *actes terroristes*.

#### **Exclusions et restrictions – Ce qui n'est pas couvert par l'assurance Soins médicaux d'urgence**

*Nous* ne payons ni les frais ni les prestations découlant directement ou indirectement des situations suivantes :

1. Un *problème de santé préexistant* qui n'est pas indiqué dans l'*Entente de tarification médicale* ou qui fait l'objet d'une fausse déclaration ou n'est pas divulgué dans *vos* proposition enregistrée pour tarification des risques médicaux.
2. Tout changement au niveau de *vos* état de santé qui survient après la date de *vos* proposition et qui n'est pas déclaré avant la *date d'effet* de l'assurance.
3. Toute *urgence*, si les réponses fournies dans le *questionnaire médical* ne sont pas exactes et précises.
4. Tous frais médicaux que *vous* engagez si *vous* n'avez pas reçu le vaccin contre le coronavirus (COVID-19).
5. Le coût ou toutes dépenses pour un test de Coronavirus (COVID-19) obligatoire mandaté par tout organisme doté de l'autorité appropriée (tel qu'un gouvernement ou un service de transport) pour l'entrée ou la sortie d'un pays/ juridiction ou pour l'utilisation de leurs services.
6. Les frais couverts qui excèdent les frais *usuels et raisonnables* normalement exigés là où survient l'*urgence* médicale.
7. Les frais couverts qui excèdent 80 % de ceux que *nous* payerions normalement au titre de la présente assurance, si *vous* ne communiquez pas avec le Centre d'assistance au moment de l'*urgence*. Si *vos* problème de santé ne *vous* permet pas d'appeler, veuillez demander à une autre personne de le faire à *vos* place.
8. Tout *traitement* non urgent, expérimental ou facultatif comme une chirurgie esthétique, des soins chroniques ou la réadaptation, incluant les frais découlant de complications directes ou indirectes.
9. La poursuite du *traitement* d'un *problème de santé* ou de toute affection connexe lorsque *vous* avez déjà reçu un *traitement d'urgence* pour ce problème durant *vos* voyage, si *nos* conseillers médicaux établissent que *vos* urgence médicale a pris fin.
10. Tout *problème de santé* ou symptôme :
  - lorsque *vous* saviez ou lorsqu'il était raisonnable de croire ou de prévoir qu'un *traitement* serait nécessaire pendant *vos* voyage; et/ou
  - pour lequel une investigation future ou un *traitement* ultérieur étaient prévus avant même que *vous* quittiez *vos* lieu de résidence; et/ou
  - qui provoquait des symptômes qui auraient amené toute personne normalement prudente à se faire soigner dans les trois (3) mois précédant la *date de départ* du *lieu de résidence*; et/ou
  - qui avait incité *vos* médecin à *vous* déconseiller de voyager.
11. Un *voyage* entrepris dans le but de recevoir un diagnostic, un *traitement*, une intervention chirurgicale, une évaluation, des soins palliatifs ou toute autre forme de thérapie, ainsi que de toute complication directe ou indirecte qui en résulte.
12. Toute *urgence* survenant lors de *vos* participation à :
  - toute activité sportive pour laquelle *vous* êtes rémunéré, y compris la plongée libre ou la plongée sous-marine;
  - tout sport extrême ou toute activité à haut risque; tel que, mais non limité à :
    - l'alpinisme nécessitant l'utilisation d'équipements spécialisés comme des mousquetons, des crampons, des piolets, des ancrages, du matériel d'ancrage pour l'ascension ou la descente d'une montagne;

- l'escalade;
  - le parachutisme;
  - la chute libre;
  - le deltaplane ou tout autre sport utilisant un appareil aéroporté; ou
  - la participation à un concours de vitesse d'engins motorisés.
13. Vos blessures auto-infligées, à moins qu'une attestation médicale établisse qu'elles sont reliées à une condition de santé mentale.
  14. Toutes réclamations si les frais résultent de *vos* participation à un acte criminel ou à un acte illégal ou d'une tentative de commettre de tels actes.
  15. Tout *problème de santé* résultant du fait que *vous* n'avez pas respecté le *traitement* prescrit, y compris la prise d'un médicament avec ordonnance.
  16. Tout *problème de santé* survenant au cours de *vos* voyage, découlant ou se rapportant de quelque façon que ce soit à l'abus d'alcool, de drogues et d'autres substances intoxicantes.
  17. Tout *problème de santé*, y compris les symptômes de sevrage découlant de *vos* usage chronique d'alcool, de drogues ou d'autres substances intoxicantes, ou s'y rapportant de quelque façon que ce soit.
  18. Soins prénatals et postnatals de routine; une grossesse, un accouchement, ou des complications qui en résultent, survenant au cours des 9 semaines avant la date d'accouchement prévue ou des 9 semaines après cette date.
  19. *Votre enfant* né en cours de *voyage*.
  20. Pour les *enfants* assurés âgés de moins de deux ans, tout *problème de santé* lié à une déficience congénitale.
  21. Tout sinistre attribuable à *vos troubles mentaux ou émotionnels mineurs*.
  22. Les *traitements*, services ou fournitures qui ne sont pas *nécessaires du point de vue médical*, ou tout acte ou examen médical (y compris IRM, CIPRM, tomographie par ordinateur, angiographie par tomographie par ordinateur, MIBI à l'effort, angiographie et cathétérisme cardiaque) non autorisés à l'avance par le Centre d'assistance. Toutes les interventions chirurgicales exigent l'autorisation du Centre d'assistance avant d'être pratiquées, sauf dans les cas extrêmes où l'intervention chirurgicale est pratiquée *d'urgence*.
  23. Toute garantie nécessitant l'autorisation ou la coordination à l'avance du Centre d'assistance pour laquelle celui-ci n'a pas donné une telle autorisation ou coordonné son application.
  24. Tout *traitement* subséquent si *nos* conseillers médicaux établissent que *vous* devriez être transféré à un autre établissement ou que *vous* devriez revenir dans *vos* province ou territoire de résidence pour recevoir un *traitement*, et que *vous* choisissiez de ne pas le faire.
  25. Tout décès ou toute *blessure* survenant lorsque *vous* pilotez un aéronef, apprenez à piloter un aéronef ou agissez en tant que membre de l'équipage d'un aéronef.
  26. Pour une prolongation d'assurance : tout *problème de santé* dont la première manifestation, le diagnostic ou le *traitement* médical ont lieu après la *date de départ* prévue et avant la *date d'effet* de la prolongation d'assurance.
  27. Tout *acte terroriste* attribuable à l'utilisation d'agents biologiques, chimiques, nucléaires ou radioactifs.
  28. Tout *acte terroriste* ou tout *problème de santé* que *vous* subissez ou contractez, si avant la *date d'effet* de *vos* assurance, le gouvernement du Canada avait publié un avis officiel « Éviter tout voyage non essentiel » pour *vos* pays, région ou ville de destination. Pour consulter les avertissements aux voyageurs, rendez-vous sur le site lié aux voyages du gouvernement du Canada.  
 Dans le cas des demandes de règlement liées au coronavirus (COVID-19), cette exclusion ne s'applique pas.  
 Dans le cas des demandes de règlement qui ne sont pas liées au coronavirus (COVID-19), cette exclusion ne s'applique pas si *vos* *problème de santé* n'est pas lié à l'avis aux voyageurs.
  29. Tout *acte terroriste* ou tout *problème de santé* dont *vous* souffrez ou que *vous* contractez lorsque le gouvernement du Canada a émis un avertissement officiel aux voyageurs faisant mention « d'éviter tout voyage » dans ce pays, cette région ou cette ville, avant la *date d'effet* de *vos* couverture. Pour consulter les avertissements aux voyageurs, rendez-vous sur le site lié aux voyages du gouvernement du Canada. Cette exclusion ne s'applique pas aux demandes de règlement découlant d'un *problème de santé* qui n'a aucun rapport avec l'avertissement aux voyageurs.
  30. Un *fait de guerre*.

#### **Autres conditions s'appliquant à l'assurance Soins médicaux d'urgence**

Si *vous* détenez auprès de *vos* employeur actuel ou précédent un régime d'assurance maladie complémentaire *vous* offrant une couverture viagère maximale de 50 000 \$ ou moins, *nous* ne coordonnons pas les prestations avec cette couverture. Toutefois, si *vos* couverture viagère maximale est supérieure à 50 000 \$, *nous* coordonnons les prestations.

En cas d'*urgence* médicale, *nous* assumons les frais couverts qui excèdent le montant de la *franchise* que *vous* avez choisie au titre de la présente police.

## SECTION 5 - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR VOTRE ASSURANCE VOYAGE

### VOTRE COUVERTURE DÉBUTE

Votre couverture débute à la plus éloignée des dates suivantes :

- date à laquelle vous quittez votre lieu de résidence, ou
- date d'effet de l'assurance indiquée dans votre avis de confirmation.

### VOTRE COUVERTURE PREND FIN

Votre couverture prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- date de votre retour à votre lieu de résidence; ou
- date d'expiration indiquée dans votre avis de confirmation.

**PROLONGATION D'OFFICE :** Votre couverture sera prolongée au-delà de la date d'expiration qui figure dans votre avis de confirmation si :

- votre transporteur accuse un retard. Dans ce cas, nous prolongeons votre couverture pour une durée maximale de soixante-douze (72) heures; ou
- un professionnel de la santé vous a recommandé de vous mettre en isolement volontaire ou en quarantaine en raison d'un coronavirus (COVID-19), au-delà de la date d'expiration. Dans ce cas, nous prolongerons votre couverture d'assurance pour la durée de votre quarantaine et jusqu'à concurrence de soixante-douze (72) heures suivant la date de fin de votre période de quarantaine.
- vous ou votre compagnon de voyage êtes hospitalisés à la date d'expiration de votre couverture. Dans ce cas, nous prolongeons votre couverture pour la durée de l'hospitalisation, sous réserve d'un maximum de 365 jours ou jusqu'à ce que, à notre avis, votre état soit stable et vous permette d'obtenir votre congé de l'hôpital ou d'être évacué vers votre lieu de résidence, selon la première éventualité, et jusqu'à concurrence de cinq (5) jours suivant votre congé de l'hôpital; ou
- vous ou votre compagnon de voyage faites face à une urgence qui vous empêche de voyager sans toutefois nécessiter l'hospitalisation. Dans ce cas, nous prolongeons votre couverture pour une durée maximale de cinq (5) jours.

### PROLONGATION D'UN VOYAGE

Vous pourrez peut-être prolonger votre couverture sous réserve des conditions suivantes :

- la durée totale de votre voyage à l'extérieur du Canada, y compris une prolongation, n'excède pas le nombre maximal de jours permis par votre régime public d'assurance maladie; et
- vous payez la prime additionnelle exigée; et
- vous n'avez pas vécu un événement qui a fait ou pourrait faire l'objet d'une demande de règlement au titre de la présente police; et
- votre état de santé n'a pas changé.

Toute prolongation de couverture est assujettie à l'approbation du Centre d'assistance.

En aucun cas, cependant, nous ne prolongeons quelque couverture que ce soit au-delà de la période de douze (12) mois suivant la date d'effet de l'assurance.

### REMBOURSEMENTS

- Vous pouvez annuler votre police avant la date d'effet de l'assurance, comme votre confirmation le stipule.
- Si vous retournez à votre lieu de résidence plus tôt que prévu, vous pouvez demander un remboursement de prime (minimum de 25 \$) pour la période de couverture non utilisée de votre voyage, pourvu qu'aucun sinistre n'ait été signalé ou ne le soit ultérieurement, que vous n'ayez reçu aucun service d'assistance et que vous nous ayez posté une demande écrite accompagnée d'une preuve attestant la date réelle de votre retour à votre lieu de résidence.

## SECTION 6 - SERVICES DE CONCIERGERIE MÉDICALE

C'est avec plaisir que Manuvie vous donne accès à StandbyMD<sup>MC</sup>, un programme d'orientation vers les soins de santé sur demande qui déploie ses services à l'échelle mondiale. Ce programme vous est offert en vertu de votre régime Soins médicaux d'urgence.

### Quels sont les services offerts?

StandbyMD est doté d'un réseau international de fournisseurs de soins de santé et de partenaires qui fournissent en tout temps services médicaux aux quatre coins du globe par une procédure simple et rapide.

StandbyMD est composé de plusieurs niveaux de soins personnalisés selon vos besoins, notamment :

- des consultations par télémédecine pour les cas admissibles (accès à un médecin qualifié qui évalue vos symptômes et propose un traitement par téléphone, clavardage ou vidéoconférence);
- un réseau de médecins qui procèdent à des visites à domicile (accessible dans 141 pays et plus de 4 500 villes);
- des cliniques du réseau situées près du patient;
- des salles d'urgence du réseau situées près du patient, si le cas le nécessite.

De plus, si vous voyagez aux États-Unis, vous pouvez bénéficier du service suivant grâce à StandbyMD :

- Ordonnances perdues/oubliées pour des médicaments d'entretien, des lunettes ou verres de contact et des fournitures médicales coordonnées et livrées le jour même.

## Comment ce programme fonctionne-t-il?

StandbyMD utilise un algorithme d'évaluation des risques unique pour trier les patients selon leurs symptômes, leur profil et leur emplacement. Une fois les renseignements obtenus, les patients sont instantanément orientés vers le niveau de soins le plus approprié à leur situation.

StandbyMD fait appel à son réseau international de fournisseurs de soins de santé, qui assurent une prestation de soins de qualité à des taux préférentiels ainsi que des solutions de facturation directe en vue de diminuer les déboursments.

Le programme StandbyMD aide à coordonner le paiement des dépenses admissibles et assujetties aux modalités de la police.

Pour profiter de ces services, appelez le Centre d'assistance à l'aide du numéro de téléphone figurant sur *votre* carte.

## Avis de non-responsabilité, de renonciation et de limitation de responsabilité

StandbyMD n'a pas pour but de remplacer les conseils professionnels des *médecins*. Le programme vise à *vous* assister dans *votre* recherche de fournisseurs de soins de santé. Les conseils donnés par StandbyMD sont utilisés à des fins de recommandation seulement et peuvent être suivis de manière entièrement volontaire. *Vous* maintenez le droit de prendre les décisions *vous-même* et de choisir le niveau de soins dont *vous* avez besoin, peu importe la recommandation de StandbyMD.

Les fournisseurs de soins de santé recommandés par StandbyMD ne sont ni des employés ni des agents de StandbyMD et n'y sont pas affiliés de quelque façon. Ils ne font qu'accepter les recommandations données par StandbyMD.

StandbyMD ne détient aucun contrôle, explicite ou implicite, sur l'évaluation médicale, les actions et les inactions des fournisseurs de soins de santé participants. En fournissant ses recommandations en vertu de cette police d'assurance, StandbyMD n'est pas responsable de ce qui suit :

- la disponibilité,
- la qualité,
- les résultats ou le dénouement de tout service ou *traitement*.

Les titulaires de police renoncent expressément par la présente à tout droit de poursuivre juridiquement StandbyMD ou toute personne associée à StandbyMD\* dans le cadre de toute réclamation, demande, action, cause d'action et poursuite de toute sorte, nature ou montant se rapportant à ou découlant directement ou indirectement des services de conciergerie médicale proposés par StandbyMD. La responsabilité de StandbyMD au titre de ces services de conciergerie médicale, le cas échéant, est limitée au montant versé aux fournisseurs de soins de santé participants pour les services que le titulaire de police a obtenus après avoir reçu une recommandation de StandbyMD.\* Les personnes associées comprennent les directeurs, les sociétés mères, les successeurs et les mandataires de StandbyMD.

## SECTION 7 - CE QUE VOUS DEVEZ ÉGALEMENT SAVOIR

La couverture au titre de la présente police est établie en fonction des renseignements fournis dans *votre questionnaire médical* et *votre* proposition. Le contrat que *vous* souscrivez auprès de *nous* est composé des éléments suivants : la présente police, *votre* proposition pour cette police (y compris le *questionnaire médical*), l'*Entente de tarification médicale*, l'*avis de confirmation* émis relativement à cette proposition, et tout autre amendement ou avenant émis pour prolonger une couverture.

Toute fraude ou tentative de fraude, ou toute dissimulation ou déclaration mensongère portant sur des faits importants de *votre* part dans *votre* proposition d'assurance ou dans *votre* demande de prolongation de couverture entraîne la nullité de l'assurance.

*Nous* ne paierons pas la réclamation si *vous*, ou toute personne assurée aux termes de la présente police, ou quiconque agissant en *votre* nom tente de *nous* tromper ou fait une déclaration ou une réclamation frauduleuse, mensongère ou exagérée. Les renseignements que *vous nous* fournissez doivent en tout temps être exacts et complets.

La présente police est sans participation. *Vous* n'avez pas droit à *nos* bénéfices répartis. *Nous*, de même que *nos* agents ou administrateurs, ne pouvons être tenus responsables de la disponibilité, de la qualité ou des résultats de tout *traitement* médical ou du transport, quels qu'ils soient, ni de l'impossibilité d'obtenir ce *traitement* médical.

**Nonobstant les autres dispositions y afférentes, le contrat est soumis aux conditions prescrites par la Loi sur les assurances concernant les contrats d'assurance accidents et maladies, telles qu'elles s'appliquent dans *votre* province ou territoire de résidence.**

### Limitation de responsabilité

*Notre* responsabilité au titre de la présente police se limite uniquement au paiement des prestations admissibles, jusqu'à concurrence du montant maximal souscrit, pour tout sinistre ou toute dépense. Ni *nous*, lorsque des prestations sont versées au titre de la présente police, ni *nos* agents ou administrateurs n'assumons quelque responsabilité que ce soit pour la disponibilité, la qualité ou les résultats des *traitements* ou des services, ou pour l'impossibilité d'obtenir les *traitements* ou les services couverts par les dispositions contractuelles. La participation des assureurs est non solidaire : en aucun cas un assureur n'est partie aux intérêts et responsabilités des autres assureurs.

## Prime

La prime requise est exigible et payable à la souscription de l'assurance et est déterminée d'après le barème de taux alors en vigueur. Les taux de prime et les conditions de la police peuvent être modifiés sans préavis.

Au paiement de la prime appropriée, ce document devient un contrat exécutoire à condition qu'il soit accompagné d'un *avis de confirmation* sur lequel figure un numéro de contrat et que *nous* recevions *vos* proposition dûment remplie (y compris le *questionnaire médical*) avant *vos* date de départ. Si la prime n'est pas suffisante pour couvrir toute la période de couverture choisie, *nous* facturons et percevons la portion impayée de la prime; ou écourtons la période d'assurance en émettant un avenant écrit, si la portion impayée de la prime ne peut être perçue.

La couverture est nulle et sans effet si la prime n'est pas reçue, si un chèque n'est pas honoré pour quelque raison que ce soit, si la carte de crédit n'est pas valide ou si aucune preuve de *vos* paiement n'existe.

### Comment cette assurance s'harmonise-t-elle avec vos autres couvertures?

Les régimes énoncés dans la présente police sont de type « second payeur ». Il est possible que *vous* soyez également couvert par d'autres régimes ou contrats d'assurance de responsabilité civile, d'assurance maladie de base ou complémentaire, collective ou individuelle, y compris tout régime d'assurance automobile privé, provincial ou territorial, couvrant *vos* frais d'hospitalisation, *vos* frais médicaux ou thérapeutiques, ou toute autre assurance de responsabilité civile.

Dans un tel cas, les prestations payables au titre de la présente assurance s'appliquent uniquement à la portion des frais engagés à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence en excédent des sommes assurées par ces autres régimes ou assurances en vigueur.

Les prestations totales qui *vous* sont payées par l'ensemble des assureurs ne peuvent dépasser les frais que *vous* avez effectivement engagés. *Nous* coordonnons les prestations avec tous les assureurs qui *vous* versent des prestations semblables à celles prévues par la présente assurance (sauf si *vous* détenez auprès de *vos* employeur actuel ou précédent un régime d'assurance maladie complémentaire *vous* offrant une couverture viagère maximale de 50 000 \$ ou moins), jusqu'à concurrence de la somme la plus élevée stipulée par chaque assureur.

De plus, *nous* disposons d'un plein droit de subrogation. En cas de règlement au titre de la présente police, *nous* avons le droit d'intenter des poursuites, en *vos* nom mais à *nos* frais, contre les tiers pouvant être à l'origine du sinistre faisant l'objet d'une demande de règlement au titre de la présente police. *Vous* devez signer et produire les documents nécessaires et collaborer entièrement avec *nous* pour *nous* permettre de faire valoir pleinement *nos* droits. *Vous* ne devez rien entreprendre qui puisse nuire à ces droits.

Si *vous* êtes couvert par plusieurs contrats ou certificats d'assurance établis par *nous*, la somme maximale à laquelle *vous* avez droit correspond au montant le plus élevé stipulé pour la garantie en cause dans quelque contrat ou certificat d'assurance que ce soit. Cette condition ne s'applique pas à toute demande de règlement liée au coronavirus (COVID-19) si *vous* êtes également assuré au titre du certificat d'assurance Soins médicaux d'urgence liés à la COVID-19 de Manuvie, qui *vous* a été délivré à titre gracieux par la compagnie aérienne ou le voyageur. C'est-à-dire que si *vous* êtes couvert par un certificat délivré à titre gracieux et par plusieurs contrats ou certificats d'assurance établis par *nous* qui procurent une couverture contre le coronavirus (COVID-19), la prestation maximale à laquelle *vous* avez droit pour les frais remboursables que *vous* avez engagés liés à la au coronavirus (COVID-19) ne peut pas être supérieure au total prévu par la couverture en cas de au coronavirus (COVID-19) d'une police ou d'un contrat et d'un certificat délivré à titre gracieux. La somme totale que *nous* *vous* versons ne peut pas excéder les frais que *vous* avez effectivement engagés.

## SECTION 8 - PRÉSENTATION D'UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

**En cas d'urgence, appelez le Centre d'assistance immédiatement au 1 877 884-8189, sans frais, à partir du Canada et des États-Unis, ou au +1 519 251-7416, à frais virés, pour appeler au Canada à partir de tout autre pays.**

Le Centre d'assistance est ouvert tous les jours, 24 heures sur 24.

De plus, *vous* avez accès instantanément au Centre d'assistance au moyen de l'application mobile TravelAid. Rendez-vous à l'adresse <http://www.active-care.ca/fr/travelaid/> pour télécharger l'application.

Veillez noter que si *vous* ne communiquez pas avec le Centre d'assistance, avant de recevoir un *traitement* lorsque survient une *urgence*, *vous* devrez payer 20 % des frais médicaux admissibles que *nous* aurions normalement payés au titre de la présente police (quote-part de 20 %).

S'il *vous* est impossible du point de vue médical de communiquer avec le Centre d'assistance au moment où survient l'*urgence*, la quote-part de 20 % ne s'applique pas. Dans un tel cas, *nous* *vous* demandons de communiquer avec le Centre d'assistance dès que *vous* êtes en état de le faire, sinon de demander à quelqu'un de le faire à *vos* place. **Ne présumez pas qu'une personne communiquera avec le Centre d'assistance à *vos* place. Il *vous* incombe de *vous* assurer que le Centre d'assistance a été contacté.**

Si *vous* décidez de payer les frais admissibles directement à un fournisseur de soins de santé sans d'abord avoir obtenu l'autorisation du Centre d'assistance, ces frais admissibles *vous* seront remboursés sur la base des *frais usuels et raisonnables* que *nous* aurions payés directement à un tel fournisseur. Les frais médicaux que *vous* payez peuvent



excéder ce montant; par conséquent, toute différence entre le montant que *vous* avez déboursé et les *frais usuels et raisonnables* que *nous* vous remboursons sera à *votre* charge. Certaines prestations ne sont pas versées si elles n'ont pas été autorisées et coordonnées par le Centre d'assistance.

Pour présenter une demande de règlement relativement à une *maladie* ou à une *blessure* survenues durant *votre voyage*, *vous* devez *nous* envoyer une preuve du sinistre dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent le sinistre.

**Si *vous* présentez une demande de règlement au titre de l'assurance Soins médicaux d'urgence**, *nous* aurons besoin des documents suivants : a) les reçus détaillés originaux de toutes les factures; b) une preuve de paiement pour les frais que *vous* avez *vous-même* payés ou qui ont été payés par un autre régime d'assurance; c) les dossiers médicaux, y compris le diagnostic complet rendu par le *médecin* traitant ou les documents rédigés par l'*hôpital*, lesquels doivent préciser que le *traitement* dispensé était *nécessaire du point de vue médical*; d) une preuve de l'accident si *vous* présentez une demande de règlement pour des frais dentaires engagés par suite d'un accident; e) une preuve du *voyage* (indiquant les *dates de départ* et de retour); f) une preuve de vaccination complète; et g) *votre* dossier médical indiquant vos antécédents (si *nous* le jugeons nécessaire).

**À qui versons *nous* vos prestations advenant une demande de règlement?** Sauf dans le cas de *votre* décès, *nous* versons le montant des frais couverts au titre de la présente assurance à *vous-même* ou au fournisseur de services. Si *vous* décédez, toute somme payable est versée à *vos* ayants droit. *Vous* devez *nous* rembourser toute somme payée ou autorisée par *nous* en *votre* nom si *nous* établissons que cette somme n'est pas exigible aux termes des dispositions de *votre* police. Tous les montants stipulés dans le présent contrat sont en dollars canadiens. Si une conversion de devises s'impose, *nous* appliquons *notre* taux de change en vigueur à la date à laquelle le service stipulé dans *votre* demande de règlement *vous* a été fourni. *Nous* ne payons pas d'intérêts au titre de la présente assurance.

**Y a-t-il autre chose à savoir à propos des demandes de règlement?** Si *vous* contestez *notre* décision relative à *votre* demande de règlement, le cas peut être soumis à l'arbitrage en vertu des lois régissant l'arbitrage dans la province ou le territoire où *vous* résidiez au Canada lorsque *vous* avez souscrit la présente police. Les actions ou instances en recouvrement des sommes payables aux termes du contrat intentées contre l'assureur sont irrecevables sauf si elles sont intentées dans les délais prescrits par la Loi sur les assurances, ou par la Loi sur la prescription des actions, 2002 de l'Ontario, ou toute autre loi applicable.

Pour établir la validité d'une demande de règlement au titre de la présente police, *nous* pouvons *nous* procurer pour étude les dossiers médicaux établis par *votre* ou *vos* *médecins* traitants, y compris les dossiers établis par *votre* ou *vos* *médecins* de famille. Ces dossiers peuvent être utilisés pour établir la validité de la demande de règlement, que leur contenu ait été porté ou non à *votre* connaissance avant d'avoir subi un sinistre sous la présente police. De plus, *nous* sommes en droit d'exiger que *vous* subissiez des examens médicaux à une fréquence raisonnable tant que des prestations sont demandées au titre de la présente police et *vous* devez collaborer avec *nous* à cet égard. Si *vous* décédez, *nous* avons le droit d'exiger une autopsie, sauf si la loi l'interdit.

## COORDONNÉES IMPORTANTES

Pour obtenir des renseignements sur *votre* demande de règlement, appelez au **1 877 884-8189** ou au **519 251-7416**. Pour obtenir de l'information sur *votre* couverture ou des renseignements d'ordre général, ou encore pour demander une prolongation de couverture ou un remboursement de prime, composez le **1 866 943-5997** ou le **519 251-5191**.

Toute correspondance écrite relative à des demandes de règlement doit être envoyée à :

Assurance voyage Manuvie  
a/s d'Active Care Management  
C.P. 1237, succ A  
Windsor (Ontario) N9A 6P8

## SECTION 9 - DÉFINITIONS

Voici la définition des termes en italique dans la présente police.

**Acte terroriste** – Toute activité donnant lieu à l'utilisation ou à la menace d'utilisation de la violence, à la perpétration ou à la menace de perpétration d'un acte dangereux ou menaçant, ou à l'utilisation de la force et qui vise le grand public, les gouvernements, les organisations, les propriétés, les infrastructures ou les systèmes électroniques.

L'activité en question a pour but :

- d'effrayer le grand public;
- de perturber l'économie;
- d'intimider, de contraindre ou de renverser le gouvernement au pouvoir ou les autorités en place; et/ou
- de servir des objectifs politiques, sociaux, religieux ou économiques.

**Âge ou âgé(e)** – Âge que *vous* avez à la date de *votre* proposition.

**Avis de confirmation** – Tout document ou ensemble de documents confirmant *votre* assurance au titre de la présente police et, le cas échéant, *vos* réservations de *voyage*. Ces documents comprennent l'*Entente de tarification médicale* et *votre* proposition d'assurance pour la présente police, une fois que *nous* avons reçu la prime exigible. Ils peuvent également comprendre les billets ou reçus émis par une compagnie aérienne, un agent de voyage, un voyageur, une agence de location, un croisiériste ou tout autre fournisseur de services d'hébergement ou de voyage par l'entremise duquel *vous* avez fait *vos* réservations de *voyage*.

**Blessure** – Lésion corporelle soudaine qui résulte d'une cause d'origine externe et purement accidentelle, directement et indépendamment d'une *maladie* ou d'une affection et de toute autre cause.

**Changement de médication** – Diminution ou augmentation de la posologie ou de la fréquence d'un médicament, changement du type de médicament ou arrêt d'un médicament et/ou prescription d'un nouveau médicament.  
Exceptions : le rajustement périodique du Coumadin, de la warfarine ou de l'insuline (à condition que ce médicament ne soit pas une nouvelle ordonnance ou que vous n'ayez pas cessé de le prendre récemment), lorsqu'aucun changement n'est survenu dans  *votre problème de santé* ; et le remplacement d'un médicament de marque par un médicament générique dont la posologie est la même.

**Compagnon de voyage** – Personne avec laquelle vous avez fait vos réservations de  *voyage*  et d'hébergement et qui voyage avec vous. Au plus trois personnes (incluant l'assuré) peuvent être considérées comme des  *compagnons de voyage*  au cours d'un même  *voyage* .

**Conjoint** – Personne à laquelle la personne visée est légalement mariée ou qui habite avec celle-ci et est publiquement présentée comme son conjoint.

**Date de départ** – Date à laquelle vous quittez  *votre lieu de résidence* .

**Date d'effet** – Date à laquelle  *votre*  couverture débute.  *Votre*  couverture débute à la plus éloignée des dates suivantes :

- date à laquelle vous quittez  *votre lieu de résidence* , ou
- date indiquée dans  *votre avis de confirmation* .

**Date d'expiration** – Date à laquelle  *votre*  couverture prend fin.  *Votre*  couverture prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- date de  *votre*  retour à  *votre lieu de résidence* ;
- *date d'expiration*  indiquée dans  *votre avis de confirmation* .

**Enfant** – Fils ou fille célibataires et à charge ou petit-enfant,  *âgé(e)*  de moins de vingt et un (21) ans ou de moins de vingt-six (26) ans s'il ou si elle étudie à temps plein.  *Enfant*  s'entend également d'un fils ou d'une fille célibataires et à charge, de n'importe quel  *âge* , qui sont atteint(e)s d'un handicap physique ou mental.

**Entente de tarification médicale** – Document que nous vous remettons si  *votre*  proposition d'assurance fait l'objet d'une tarification médicale, et dans lequel sont énoncés vos  *problèmes de santé préexistants*  couverts au titre de la présente police ainsi que vos réponses à  *notre questionnaire médical* .

**Fait de guerre** – Acte hostile ou guerrier, que la guerre soit déclarée ou non, commis en temps de paix ou de guerre par un gouvernement local ou étranger ou un groupe étranger, agitation civile, insurrection, rébellion ou guerre civile.

**Famille immédiate** –  *Conjoint* , père, mère, tuteur légal, beau-père et belle-mère (par remariage), grands-parents, petits-enfants, belle-famille (famille du  *conjoint* ),  *enfants*  biologiques,  *enfants*  adoptifs,  *enfants*  du  *conjoint*  (par remariage), frères, sœurs, demi-frères, demi-sœurs, tantes, oncles, nièces ou neveux.

**Franchise** s'entend du montant des frais couverts que vous devez payer par personne pour chaque demande de règlement pour soins médicaux d'urgence.

**Hôpital** – Établissement agréé doté de personnel dispensant des soins et des  *traitements*  aux patients internes et externes. Les  *traitements*  doivent être supervisés par des  *médecins* , et du personnel infirmier autorisé doit être présent 24 heures sur 24. Des services chirurgicaux et de diagnostic doivent pouvoir être effectués sur place ou dans des installations contrôlées par l'établissement.

Un  *hôpital*  n'est pas un établissement utilisé principalement en tant que clinique, centre de soins palliatifs ou de longue durée, centre de réadaptation ou de désintoxication, maison de convalescence, de repos ou de soins infirmiers, ou foyer pour personnes âgées ou station thermale.

**Lieu de résidence** – La province ou le territoire dans lequel vous résidez au Canada.

**Maladie** – Affection ou trouble, ou tout symptôme connexe.

**Médecin** – Une personne autre que vous-même, un membre de  *votre famille immédiate* , ou  *votre compagnon de voyage* , diplômée en médecine autorisée à prescrire et à administrer un  *traitement*  médical dans le territoire de compétence où les services sont fournis.

**Nous, notre, nos** – Ces termes renvoient à Manuvie.

**Problème de santé** – Trouble de santé,  *maladie*  ou  *blessure*  (y compris les symptômes de problèmes non diagnostiqués).

**Problème de santé préexistant** – Tout  *problème de santé*  qui existait avant la  *date d'effet*  de  *votre*  assurance.

**Questionnaire médical** – Toutes les questions médicales auxquelles vous avez dû répondre lorsque vous avez demandé l'assurance au titre de la présente police.

**Régime public d'assurance maladie** – Couverture d'assurance maladie offerte aux personnes résidant au Canada par le gouvernement de leur province ou du territoire de résidence.

**Traitement** – Hospitalisation, acte médical prescrit, posé ou recommandé par un  *médecin*  en lien avec un  *problème de santé* . Sans se limiter à ce qui suit, voici quelques exemples : prescription de médicaments, tests médicaux à des fins d'investigation, intervention chirurgicale. **REMARQUE IMPORTANTE** : Toute référence aux épreuves, tests, résultats de test ou examens exclut les tests génétiques. Par test génétique, on entend un test qui analyse l'ADN, l'ARN ou les chromosomes à des fins telles que la prédiction d'une  *maladie*  ou des risques de transmission verticale, la surveillance, le diagnostic et le pronostic.

**Troubles mentaux ou émotifs mineurs** – Ces termes désignent :

- vivre de l'anxiété ou des crises de panique, ou
- vivre un état émotionnel ou une situation stressante.

Un  *trouble mental ou émotif mineur*  est un état pour lequel votre traitement comprend seulement des tranquillisants ou des anxiolytiques doux ou encore pour lequel aucun médicament n'a été prescrit.

**Urgence** –  *Problème de santé*  soudain et imprévu nécessitant un  *traitement*  immédiat. Une  *urgence*  cesse lorsqu'il est établi par le Centre d'assistance qu'aucun  *traitement*  n'est requis à destination ou que vous êtes en mesure de retourner

dans  *votre*  province ou territoire de résidence pour recevoir ces  *traitements* .

**Usuels et raisonnables** – Frais engagés pour des biens et des services qui sont comparables aux frais facturés par d'autres fournisseurs pour des biens et des services semblables dans une même région.

**Vaccin** – s'entend de l'immunisation complète par le  *vaccin*  contre le coronavirus (COVID-19) qui est autorisé par Santé Canada. Il doit être administré selon les recommandations du fabricant avant  *votre date d'effet* .  *Vous*  devez également attendre 14 jours pour l'immunisation complète, avant  *votre date de départ* .

**Véhicule** – Voiture de tourisme ou de location, bateau, maison mobile, camionnette de camping ou caravane non motorisée que  *vous*  utilisez durant  *votre voyage*  exclusivement pour le transport de passagers (autres que des passagers contre rémunération).

**Vous, votre, vos** – Ces termes renvoient aux personnes désignées comme étant les assurés dans l' *avis de confirmation* , et pour qui l'assurance a été souscrite et  *nous*  avons reçu la prime appropriée.

**Voyage** – Période comprise entre la  *date d'effet*  de  *votre*  assurance et la  *date d'expiration*  indiquées dans  *votre avis de confirmation* .

## SECTION 10 - AVIS SUR LA VIE PRIVÉE

**Votre vie privée nous importe.**  *Nous nous*  engageons à préserver le caractère confidentiel des renseignements qui  *nous*  sont fournis à  *votre*  sujet afin de  *vous*  procurer l'assurance que  *vous*  avez choisie. Bien que  *nos*  employés doivent avoir accès à ces renseignements,  *nous*  avons pris des mesures pour protéger  *votre*  vie privée. De plus,  *nous nous*  assurons que les autres professionnels avec qui  *nous*  travaillons à  *vous*  offrir les services dont  *vous*  avez besoin au titre de  *votre*  assurance aient également pris des mesures à cet effet. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la façon dont  *nous*  protégeons  *votre*  vie privée, veuillez lire l'Avis sur la vie privée et la confidentialité.

Pour mieux  *vous*  servir,  *nous*  pouvons passer en revue les produits et les services de Manuvie que  *vous*  avez utilisés afin de  *vous*  faire part, par publipostage, par téléphone et par d'autres moyens, d'autres produits et services. Si  *vous*  préférez que  *nous nous*  abstenions de le faire, veuillez  *nous*  en informer en composant le 1 877 666-2767 ou en envoyant un courriel à [voyage@manuvie.ca](mailto:voyage@manuvie.ca).

**Avis sur la vie privée et la confidentialité.** Les renseignements spécifiques et détaillés demandés dans la proposition et le  *questionnaire médical*  sont nécessaires au traitement de  *votre*  proposition. Afin de préserver le caractère confidentiel de ces renseignements, Manuvie créera un « dossier de services financiers » contenant les renseignements qui seront utilisés pour traiter la proposition, offrir et administrer les services et traiter les demandes de règlement. L'accès à ce dossier est limité aux employés, mandataires, administrateurs et agents responsables de l'évaluation des risques (tarification), du marketing, de l'administration des services et de l'évaluation des sinistres de Manuvie, ainsi qu'à toute autre personne ayant reçu  *votre*  autorisation ou autorisée en vertu de la loi. Ces personnes, organismes et fournisseurs de services peuvent se trouver dans des ressorts territoriaux situés à l'extérieur du Canada et être soumis aux lois en vigueur dans ces ressorts.  *Votre*  dossier sera gardé en lieu sûr dans  *nos*  bureaux ou ceux de  *notre*  administrateur ou mandataire.  *Vous*  pouvez demander à examiner les renseignements personnels qu'il contient et y faire apporter des corrections en écrivant à l'adresse suivante : Responsable de la protection des renseignements personnels, Manuvie, C.P. 1602, Waterloo (Ontario) N2J 4C6. Pour en savoir plus sur la Politique de protection des renseignements personnels de Manuvie - Division canadienne, veuillez visiter [https://www.manulife.com/fr/privacy\\_policy.html](https://www.manulife.com/fr/privacy_policy.html).

## SECTION 11 - DE L'AIDE AU BOUT DU FIL

Profitez pleinement de  *votre voyage*! Notre Centre d'assistance multilingue est à  *votre service* tous les jours, 24 heures sur 24.

### Renseignements à obtenir avant le voyage

- Passeport et visa
- Avertissements sur les risques pour la santé
- Météo
- Taux de change
- Emplacements des consulats et des ambassades

### En cas d'urgence médicale

- Vérification et explication de la couverture
- Recommandation d'un  *médecin*, d'un hôpital ou de tout autre fournisseur de soins médicaux
- Suivi de votre  *urgence* médicale et communication avec  *votre* famille
- Coordination du rapatriement au lieu de résidence s'il est nécessaire du point de vue médical
- Facturation directe des frais couverts (si possible)

### Autres services

- Assistance en cas de bagages perdus, volés ou retardés
- Assistance pour l'obtention de fonds d'urgence
- Services de traduction et d'interprète en cas d' *urgence* médicale
- Services de messages d'urgence
- Aide pour le remplacement de billets d'avion perdus ou volés
- Assistance pour l'obtention de médicaments sur ordonnance
- Assistance pour l'obtention de conseils juridiques ou d'un cautionnement

**En cas d'urgence, appelez le Centre d'assistance immédiatement au 1 877 884-8189, sans frais, à partir du Canada et des États-Unis ; ou au +1 519 251-7416, à frais virés, pour appeler au Canada à partir de tout autre pays.**

*Notre Centre d'assistance est à votre service tous les jours, 24 heures sur 24.*

De plus,  *vous* avez accès instantanément au Centre d'assistance au moyen de l'application mobile TravelAid. Rendez-vous à l'adresse <http://www.active-care.ca/fr/travelaid/> pour télécharger l'application.



Les régimes sont établis par

La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie).

Manuvie, Manuvie & M stylisé, et le M stylisé sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et sont utilisés par elle, ainsi que par ses sociétés affiliées sous licence. TravelAid<sup>MC</sup> est une marque de commerce d'Active Claims Management (2018) Inc. et est utilisée par Manuvie et ses sociétés affiliées sous licence.

StandbyMD<sup>MC</sup> est une marque de commerce de Healthcare Concierge Services, Inc. appartenant à Global Excel Management Inc.

© La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, 2021. Tous droits réservés. Manuvie, C.P. 670, succ Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8.

Site web : [www.manuvie.ca](http://www.manuvie.ca) Telephone : 1 866 943-5997

Des formats accessibles et des aides à la communication sont offerts sur demande. Rendez-vous à l'adresse [Manuvie.ca/accessibilite](http://Manuvie.ca/accessibilite) pour obtenir de plus amples renseignements.

8/2021 MFMUPCOV0821F