

# **Police Assurance voyage pour étudiants**

Entrée en vigueur : juillet 2020

Assurance établie par  
**La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.**

# Important : détacher et lire

Gardez cette carte avec vous.

Veuillez communiquer avec notre Centre d'assistance si vous avez besoin de soins médicaux durant votre voyage.

## N'oubliez pas votre carte!



**Manuvie**

**EN CAS D'URGENCE, APPELEZ LE CENTRE D'ASSISTANCE :**

**1 855 841-4796**      **+1 519 988-7008**  
sans frais, du Canada et des États-Unis      à frais virés, pour appeler au Canada  
à partir de tout autre pays

NOM \_\_\_\_\_ NUMÉRO DE POLICE \_\_\_\_\_

DATE D'EFFET \_\_\_\_\_ DATE D'EXPIRATION \_\_\_\_\_

**Veuillez conserver cette carte dans votre portefeuille tout au long de votre voyage.**

0720

TH/A

La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.  
télécharger l'application.  
Rendez-vous à l'adresse <http://www.active-care.ca/tr/travelaid/> pour  
l'application mobile TravelAid.  
vous avez accès instantanément au Centre d'assistance au moyen de  
d'assistance, veuillez demander à quelqu'un de le faire à votre place. De plus,  
vous est impossible d'un point de vue médical d'appeler le Centre  
admissibles que nous paierons normalement au titre de la présente police. S'il  
avant de recevoir un traitement, vous devez payer 20 % des frais médicaux  
Si vous n'appellez pas le Centre d'assistance lorsque survient une urgence ou  
d'assistance est ouvert tous les jours, 24 heures sur 24.  
durant votre voyage, communiquez d'abord avec nous. Notre Centre  
Pour obtenir des soins médicaux ou présenter toute demande de règlement

PLIER



**Manuvie**

**EN CAS D'URGENCE, APPELEZ LE CENTRE D'ASSISTANCE :**

**1 855 841-4796**      **+1 519 988-7008**  
sans frais, du Canada et des États-Unis      à frais virés, pour appeler au Canada  
à partir de tout autre pays

NOM \_\_\_\_\_ NUMÉRO DE POLICE \_\_\_\_\_

DATE D'EFFET \_\_\_\_\_ DATE D'EXPIRATION \_\_\_\_\_

**Veuillez conserver cette carte dans votre portefeuille tout au long de votre voyage.**

0720

TH/A

La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.  
télécharger l'application.  
Rendez-vous à l'adresse <http://www.active-care.ca/tr/travelaid/> pour  
l'application mobile TravelAid.  
vous avez accès instantanément au Centre d'assistance au moyen de  
d'assistance, veuillez demander à quelqu'un de le faire à votre place. De plus,  
vous est impossible d'un point de vue médical d'appeler le Centre  
admissibles que nous paierons normalement au titre de la présente police. S'il  
avant de recevoir un traitement, vous devez payer 20 % des frais médicaux  
Si vous n'appellez pas le Centre d'assistance lorsque survient une urgence ou  
d'assistance est ouvert tous les jours, 24 heures sur 24.  
durant votre voyage, communiquez d'abord avec nous. Notre Centre  
Pour obtenir des soins médicaux ou présenter toute demande de règlement

PLIER

# Avis important – LISEZ ATTENTIVEMENT CE QUI SUIT AVANT DE VOYAGER

Vous avez souscrit une police d'assurance voyage; et maintenant? Nous tenons à ce que vous compreniez (à votre plus grand intérêt) 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, COMMUNIQUEZ AVEC NOUS AU 1 866 707-4922.**

**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 votre souscription, tel qu'indiqué sur votre avis de confirmation, que vous n'êtes pas entièrement satisfait de votre couverture, nous vous rembourserons la totalité si vous n'avez pas encore entrepris votre voyage et s'il n'y a aucune demande de règlement en cours. Pour de plus amples renseignements sur les remboursements après la période d'examen de 10 jours sans frais, veuillez consulter la section « Remboursements » de la présente police.

# Table des matières

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX.....	3
Convention d'assurance.....	3
Prime.....	3
Admissibilité.....	3
Début de la couverture.....	3
Fin de la couverture.....	3
Frais couverts à l'extérieur du Canada.....	4
Remboursements.....	4
Prolongation du voyage.....	4
Prolongation d'office.....	4
CE QUI EST COUVERT.....	4
CE QUI N'EST PAS COUVERT.....	6
PROTECTION CONTRE LES ACTES TERRORISTES.....	8
PRÉSENTATION D'UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT.....	8
Si vous présentez une demande de règlement au titre de l'assurance soins médicaux.....	9
Si vous présentez une demande de règlement au titre de l'assurance décès ou mutilation par accident.....	9
À qui versons-nous les prestations advenant une demande de règlement?.....	9
Que se passe-t-il si vous bénéficiez d'autres couvertures?.....	9
Y a-t-il autre chose à savoir à propos des demandes de règlement?.....	10
CONDITIONS LÉGALES.....	10
DÉFINITIONS.....	11
AVIS SUR LA VIE PRIVÉE.....	12

Chacun veut voyager sans tracas et devrait pouvoir le faire en se sachant protégé par son assurance voyage. La plupart des gens 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 :

Connaissez votre état de santé • Connaissez votre voyage

Connaissez votre police • Connaissez vos droits

Pour en savoir plus, visitez [www.thiaonline.com/Travel\\_Insurance\\_Bill\\_of\\_Rights\\_and\\_Responsibilities.html](http://www.thiaonline.com/Travel_Insurance_Bill_of_Rights_and_Responsibilities.html)



## En cas d'urgence, vous devez communiquer immédiatement avec le Centre d'assistance au

**1-855-841-4796** sans frais, du Canada et des États-Unis, ou  
**+1-519-988-7008** à frais virés, pour appeler au Canada à partir de tout autre pays.

Notre 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/en/travelaid/> pour télécharger l'application.

Par ailleurs, l'application TravelAid peut vous fournir l'itinéraire vers l'établissement de soins de santé le plus près, vous fournir le numéro de téléphone local à composer en cas d'urgence (par exemple, le 911 en Amérique du Nord) et vous prodiguer des conseils à suivre avant et après votre départ.

Veillez noter que si vous n'appellez pas le Centre d'assistance lorsque survient une urgence et avant de recevoir un traitement, vous devrez payer 20 % des frais médicaux admissibles que nous paierions normalement au titre de la présente police. S'il vous est impossible d'un point de vue médical d'appeler le Centre d'assistance au moment où survient l'urgence, nous vous demandons de l'appeler dès que vous êtes en état de le faire, sinon de demander à quelqu'un de le faire à votre place.

**Ne présumez pas qu'une personne communiquera avec le Centre d'assistance à votre place. Il vous revient de vérifier que cet appel a été fait.**

Si vous avez des questions ou si vous voulez faire apporter des modifications à votre couverture, appelez le 1 866 707-4922.

**RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS CONCERNANT VOTRE ASSURANCE :** Le présent contrat est établi par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie). Manuvie a désigné Active Claims Management Inc. (exerçant ses activités sous le nom d'Active Care Management [Administration des Soins Actifs]) comme seul prestataire de services d'assistance et de règlement au titre du présent contrat.

## Renseignements généraux

### 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* paierons, à concurrence d'un maximum global de 1 000 000 \$ CA par police, les frais couverts *usuels et raisonnables* qui sont engagés par suite d'une *urgence* ou de tout autre sinistre couvert (à l'exclusion des sinistres liés à la prestation Décès ou mutilation par accident) pendant  *votre voyage*, sous réserve des modalités, restrictions, exclusions et autres conditions de la présente police. Certaines prestations doivent être approuvées d'avance par *notre* Centre d'assistance. À moins d'indication contraire, toutes les sommes mentionnées dans cette police sont en dollars canadiens. Tous les frais que *nous* ne payons pas sont à  *votre charge*.

La couverture au titre de la présente police est établie en fonction des renseignements fournis dans  *votre proposition*. Le contrat intégral que *vous* souscrivez auprès de *nous* est composé des éléments suivants : la présente police,  *votre proposition* pour la présente couverture,  *l'avis de confirmation* établi relativement à cette proposition et tout autre avenant ou toute autre modification émis pour prolonger une couverture.

### Prime

La prime requise est déterminée d'après le barème de taux en vigueur à la date de réception de  *votre proposition* par *nous*. Les taux de prime et les conditions de la police peuvent être modifiés sans préavis.

Au paiement de la prime, le présent document devient un contrat exécutoire s'il est accompagné d'un  *avis de confirmation* sur lequel figure un numéro de contrat.

La couverture sera nulle et non avenue si la prime n'est pas acquittée en totalité ou reçue, si un chèque n'est pas honoré pour quelque raison que ce soit, si la carte de crédit n'est pas valide ou s'il n'existe aucune preuve de  *votre paiement*.

### Admissibilité

Pour être admissible à l'assurance au titre de la présente police, *vous* devez :

- être  *âgé* de moins de 55 ans et :
  - être un étudiant à temps plein d'un établissement d'enseignement reconnu, avec preuve d'admission ou d'inscription à l'appui; ou
  - être un étudiant qui effectue des travaux de recherche postdoctorale dans un établissement d'enseignement reconnu; ou
  - être une  *personne à charge* et/ou le  *conjoint* d'un étudiant couvert par la présente assurance et nommé dans la proposition, et vivre avec celui-ci; et
- souscrire une couverture :
  - à titre d'étudiant effectuant un  *voyage à destination du Canada*, si  *votre pays de résidence* n'est pas le Canada et si *vous* résidez temporairement au Canada; ou
  - à titre d'étudiant effectuant un  *voyage à l'étranger*, si  *votre pays de résidence* est le Canada et si *vous* êtes couvert par un  *régime public d'assurance maladie* pendant que *vous* résidez temporairement dans un autre pays que le Canada; ou
  - en tant que  *résident du Canada qui étudie au Canada hors de sa province ou de son territoire de résidence*, si  *votre pays de résidence* est le Canada et si *vous* êtes couvert par un  *régime public d'assurance maladie* pendant que *vous* résidez temporairement hors de  *votre province* ou de  *votre territoire de résidence*.

Si *vous* êtes Canadien, il *vous* incombe de prendre les mesures nécessaires pour que soit maintenue  *votre* couverture au titre du  *régime public d'assurance maladie* de la province ou du territoire où *vous* résidez de façon permanente.

Si *vous* ne quittez pas  *votre destination* entre deux semestres, *vous* pouvez souscrire de nouveau la couverture à condition de fournir une preuve d'inscription pour le semestre suivant.

### **Vous n'êtes pas admissible à la couverture offerte par la présente police si *votre voyage* est réservé ou entrepris :**

- contre l'avis d'un  *médecin*;
- alors que *vous* avez besoin de dialyse rénale;
- alors que *vous* avez fait usage d'oxygène à domicile durant les douze (12) mois précédant la date de soumission de la proposition d'assurance; et/ou
- alors que *vous* avez reçu un diagnostic de  *maladie* en phase terminale qui établit  *votre* espérance de vie à moins de deux (2) ans.

Une **couverture familiale** *vous* est offerte, à *vous* ainsi qu'à  *votre conjoint* et  *vos personnes à charge* qui voyagent avec *vous*, qui sont nommés dans  *votre* proposition d'assurance et qui sont  *âgés* de moins de 55 ans, si *vous* avez souscrit la couverture familiale et payé la prime correspondante.

### **Votre couverture débute à la plus éloignée des dates suivantes :**

- a. la  *date d'effet* de l'assurance indiquée dans  *votre avis de confirmation*; ou
- b. pour un  *voyage à destination du Canada*, la date et l'heure de  *votre* arrivée au Canada; pour un  *voyage à l'étranger*, la date et l'heure de  *votre* départ du Canada; ou pour un  *résident du Canada qui étudie au Canada hors de sa province ou de son territoire de résidence*, la date et l'heure de  *votre* départ de  *votre lieu de résidence*.

Une  *période d'attente* s'applique si *vous* souscrivez la présente assurance après  *votre* arrivée à  *destination*. Veuillez *vous* reporter à la définition de  *période d'attente*.

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

- a. la date d'expiration indiquée dans  *votre avis de confirmation*; ou
- b. au plus tard quinze (15) jours après la date à laquelle prend fin  *votre* inscription comme étudiant dans un établissement d'enseignement reconnu, sauf si *vous* êtes aux États-Unis et avez un visa F1 valide; ou
- c. si *vous* avez souscrit la présente couverture pour un  *voyage à destination du Canada*, la date à laquelle commence  *votre* couverture au titre d'un  *régime public d'assurance maladie*; ou
- d. si *vous* êtes Canadien, la date à laquelle *vous* cessez d'être couvert par un  *régime public d'assurance maladie*; ou
- e. si *vous* avez souscrit la présente couverture pour un  *voyage à destination du Canada*, seize (16) jours après la date à laquelle *vous* quittez le Canada pour visiter un autre pays ou lorsque *vous* excédez 49 % de  *votre période de couverture* pendant que *vous* visitez un autre pays (sauf  *votre pays de résidence*) (la couverture pourra être rétablie à la date de  *votre* retour au Canada si *notre* Centre d'assistance l'autorise et si *vous* fournissez une déclaration médicale); ou

- f. la date à laquelle *vous* cessez d'être un *conjoint* ou une *personne à charge*, tels que ces termes sont définis aux présentes; ou
- g. 365 jours après la *date d'effet* de *votre* police; ou
- h. la date de *votre* retour à *votre lieu de résidence*.

### Frais couverts à l'extérieur du Canada

Si <i>votre pays de résidence</i> est :	<i>Votre</i> couverture comprend :
- le Canada et que <i>vous</i> avez souscrit la couverture pour un voyage à l'étranger	les soins médicaux urgents et non urgents au cours de <i>votre voyage</i> à l'étranger pendant la période de couverture indiquée dans <i>votre avis de confirmation</i> .
- un autre pays que le Canada et que <i>vous</i> avez souscrit la couverture pour un voyage à destination du Canada	les soins médicaux d'urgence au cours de <i>vos voyages</i> à l'extérieur du Canada pendant des périodes d'au plus quinze (15) jours consécutifs, pourvu que <i>votre voyage</i> à l'extérieur du Canada n'excède pas 49 % de <i>votre période de couverture</i> , qu'il débute et se termine au Canada et qu'il exclue <i>votre lieu de résidence</i> ou <i>pays de résidence</i> .

### Remboursements

Les remboursements complets doivent *nous* être demandés par écrit avant le début de la couverture, et les remboursements partiels, avant l'expiration de la couverture. Le remboursement (prime minimale de 50 \$) est calculé à compter de la date du cachet d'oblitération de *votre* demande, pourvu qu'il ne se soit produit aucun incident qui a ouvert ou qui ouvrira droit à une demande de règlement durant *votre voyage* et à condition que *vous* postiez *votre* demande écrite de remboursement dans les cinq (5) jours du départ de *votre destination* (ou de *votre* retour au *lieu de résidence*, pour les Canadiens qui étudient à l'étranger).

Tous les voyageurs couverts au titre du même *avis de confirmation* doivent revenir ensemble pour qu'un remboursement soit accordé. Toute demande de remboursement peut être envoyée à Manuvie, P.O. Box 4262, Stn A, Toronto (Ontario) M5W 5T4.

### Prolongation du voyage

Si *vous* êtes déjà couvert, *vous* n'avez qu'à communiquer avec le service à la clientèle au 1 866 707-4922. *Vous* pourrez peut-être obtenir une prolongation de *votre* couverture si :

- a. *votre période de couverture* ne dépasse pas 365 jours;
- b. *vous* êtes toujours admissible à l'assurance au titre de ce régime;
- c. *nous* recevons la demande de prolongation avant la date d'expiration de *votre* police existante établie par *nous*;
- d. *vous* ne passez pas d'une couverture individuelle à une couverture familiale ou vice versa.

**REMARQUE :** Pour les prolongations de couverture, aucune indemnité n'est accordée à l'égard d'une *maladie* ou d'une *blessure* qui s'est manifestée pour la première fois, que celle-ci ait été diagnostiquée ou non, ou traitée ou non, avant la *date d'effet* de la prolongation de couverture au titre de la présente police.

**PROLONGATION D'OFFICE** – *Votre* couverture sera prolongée d'office, sans frais additionnels, après la date prévue de *votre* retour dans *votre pays de résidence*, si *votre* retour est retardé de façon inévitable pour des raisons indépendantes de *votre* volonté, et si :

- a. *votre voyage* à titre de passager payant à bord d'un transporteur public ou d'un véhicule privé est retardé par un bris mécanique, un accident de la circulation ou le mauvais temps. Dans ce cas, *nous* prolongeons *votre* couverture pour une durée maximale de soixante-douze (72) heures; ou
- b. *vous* êtes *hospitalisé* à cette date. Dans ce cas, *nous* prolongeons *votre* couverture pour la durée de l'*hospitalisation* et pour une période maximale de soixante-douze (72) heures après la sortie de l'*hôpital*; ou
- c. une *urgence* *vous* empêche de voyager sans toutefois nécessiter l'*hospitalisation*. Dans ce cas, *nous* prolongeons *votre* couverture pour une durée maximale de soixante-douze (72) heures après qu'un *médecin* *vous* autorise à voyager.

### Ce qui est couvert

La présente assurance paie les frais couverts *usuels et raisonnables* que *vous* engagez durant *votre période de couverture*, à concurrence d'un montant global de 1 000 000 \$ CA par police. Les prestations relatives aux garanties 1 à 16 sont payables si les frais résultent d'une *urgence*. Les prestations relatives aux garanties 18, 19 et 20 sont payables dans la mesure où les frais sont nécessaires du point de vue médical, et non engagés à la suite d'une *urgence*. La prestation relative à la garantie 21 est payable dans le cas d'un décès ou d'une mutilation par accident.

Les frais couverts et les prestations sont assujettis aux plafonds, exclusions et restrictions stipulés dans la police. Tous les montants de prestation sont en dollars canadiens.

*Vous* devez appeler le Centre d'assistance avant d'obtenir un *traitement* d'*urgence* afin que *nous* puissions :

- confirmer la couverture;
- fournir une approbation préalable du *traitement*.

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, ou si *vous* *vous* soumettez à un *traitement* ou subissez une intervention chirurgicale qui n'est pas préalablement approuvée, *votre* demande ne sera pas réglée. Cela inclut, sans toutefois s'y limiter, l'IRM, la CPRM, le tomogramme, l'angiogramme par tomogramme, les sonogrammes, les 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 prestations pour soins médicaux d'*urgence* suivantes sont payables par assuré :

#### 1. Frais hospitaliers pour :

- a. une chambre à deux lits dans un *hôpital* ou une chambre individuelle dans une unité de soins intensifs ou de soins coronariens si cela est nécessaire du point de vue médical;
- b. le *traitement* que *vous* recevez pendant *votre* séjour à l'*hôpital*, à concurrence de soixante (60) jours par *blessure* ou *maladie*;
- c. le *traitement* que *vous* recevez au service des *urgences* et/ou au service de consultation externe d'un *hôpital*; ou
- d. une *hospitalisation* d'*urgence* pour recevoir un *traitement* psychiatrique pendant une période maximale de trente (30) jours par police.

2. **Frais de consultation d'un médecin** – Soins médicaux d'*urgence* fournis par un *médecin* dans un *hôpital* ou à l'extérieur d'un *hôpital* et un maximum de cinq (5) visites de suivi. Pour un *voyage à destination du Canada*, le paiement est limité à 100 % de la somme payable selon le barème des honoraires applicables aux personnes qui ne sont pas des résidents canadiens, établi par l'association médicale de la province ou du territoire où *vous* avez reçu le *traitement* médical.
3. **Services diagnostiques** – Tests qui sont nécessaires par suite d'une *urgence* et exigés par *votre médecin* en raison d'une *urgence* afin de diagnostiquer ou de préciser *votre problème de santé*. L'autorisation préalable du Centre d'assistance est nécessaire pour toutes les épreuves diagnostiques importantes, notamment, l'imagerie par résonance magnétique, la tomographie par ordinateur (scanographie), les sonogrammes, les échographies et les biopsies.
4. **Soins infirmiers privés** – Les services d'un infirmier autorisé s'ils sont nécessaires du point de vue médical et recommandés par un *médecin*, jusqu'à concurrence de 10 000 \$. La présente garantie s'applique lorsque les services d'un infirmier remplacent l'*hospitalisation*; leur coût ne doit pas excéder le tarif quotidien en salle commune dans un *hôpital*.
5. **Frais de transport en ambulance** – Jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par *maladie* ou *blessure* non apparentée pour le transport aérien ou terrestre à bord d'une ambulance autorisée vers l'*hôpital* ou l'établissement médical le plus proche, ou le transport d'un établissement médical à un autre, si nécessaire.
6. **Médicaments sur ordonnance** – Provision d'au plus trente (30) jours de médicaments qui *vous* sont prescrits et qui sont délivrés par un pharmacien habilité uniquement sur ordonnance d'un *médecin* ou d'un dentiste.
7. **Services paramédicaux** – Soins donnés par un podologue, podiatre, physiothérapeute, chiropraticien ou ostéopathe autorisé, jusqu'à concurrence de 500 \$ par profession.
8. **Blessure aux dents à la suite d'un accident** – Jusqu'à 2 500 \$ pour un *traitement* dentaire d'*urgence* visant à restaurer ou à remplacer *vos* dents naturelles ou prothèses fixes permanentes (y compris les coiffes et les couronnes dentaires) lorsque le *traitement* est requis par suite d'un coup accidentel à la bouche dans les trente (30) jours qui suivent l'accident. Le *traitement* doit être terminé dans les douze (12) mois consécutifs qui suivent l'accident et avant *votre* retour dans *votre pays de résidence*. Un rapport d'accident du dentiste est exigé par le Centre d'assistance.
9. **Traitement dentaire d'urgence** – Jusqu'à 100 \$ pour le soulagement de douleurs dentaires et jusqu'à 250 \$ par dent pour l'extraction de dents de sagesse touchées (exclusion faite des couronnes et des traitements de canal).
10. **Soins psychiatriques** – Jusqu'à 5 000 \$ pour les services d'un psychiatre dûment qualifié pendant *votre* séjour à l'*hôpital* à la suite d'une *urgence*, ainsi que jusqu'à cinq (5) visites de suivi chez un *médecin*.
11. **Suivi psychologique post-trauma** – Jusqu'à six (6) séances de suivi psychologique post-trauma si *vous* êtes victime d'une *urgence* couverte par la présente police et que le suivi psychologique est effectué dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de l'*urgence*.
12. **Appareils médicaux** – Si cela s'avère nécessaire du point de vue médical, la location ou l'achat (s'il est moins coûteux) d'un lit d'*hôpital*, d'un fauteuil roulant, de béquilles, d'attelles, de cannes, de bandages herniaires, d'appareils orthopédiques ou d'un autre appareil de prothèse. L'autorisation préalable du Centre d'assistance est requise.
13. **Évacuation d'urgence** – Jusqu'à concurrence de 100 000 \$, les frais *usuels et raisonnables* pour *vous* ramener à *votre lieu de résidence* en raison d'une *urgence* couverte, durant *votre période de couverture*, soit :
  - par avion en classe économique, par l'itinéraire le plus économique; et/ou
  - par civière à bord d'un vol commercial, par l'itinéraire le plus économique, lorsque la civière est nécessaire du point de vue médical; plus 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 exigés par l'accompagnateur, lorsque sa présence est nécessaire du point de vue médical ou exigée par la compagnie aérienne; et/ou
  - par ambulance aérienne, lorsque l'*urgence* couverte exige *votre* retour immédiat ou si des soins médicaux continus sont requis mais non couverts par la présente police, ou si *nos* conseillers médicaux recommandent que *vous* retourniez à *votre lieu de résidence* après *votre urgence*.
 Toutes les évacuations aériennes doivent être approuvées et coordonnées par *notre* Centre d'assistance.
14. **Transport et indemnité de subsistance d'un membre de la famille** – Si *vous* êtes *hospitalisé* pendant au moins sept (7) jours consécutifs ou si *vous* décédez durant *votre période de couverture* en raison d'une *urgence* médicale, *nous* paierons, sous réserve de l'approbation préalable de *notre* Centre d'assistance, le transport d'un membre de *votre famille immédiate* par avion en classe économique par l'itinéraire le plus économique, jusqu'à concurrence de 3 000 \$, pour qu'il vienne à *votre* chevet ou identifie *votre* dépouille. *Nous* rembourserons également, jusqu'à concurrence de 150 \$ par jour, sous réserve d'un maximum de 1 500 \$, les frais de repas et d'hébergement commercial, ainsi que les frais engagés pour des appels téléphoniques et des déplacements en taxi indispensables. (Les reçus originaux doivent être joints à la demande de règlement.)  
Restriction : Cette garantie s'applique si le membre de *votre famille immédiate* doit parcourir plus de 500 kilomètres pour se rendre à l'*hôpital* où *vous* êtes *hospitalisé* à l'extérieur de *votre lieu de résidence*.
15. **Rapatriement de la dépouille** – Jusqu'à 10 000 \$ pour couvrir les frais réels de préparation de *votre* dépouille pour son inhumation ou son incinération et jusqu'à 3 000 \$ pour *votre* inhumation sur place ou pour le transport de *votre* dépouille ou de *vos* cendres jusqu'à *votre lieu de résidence* si *vous* décédez des suites d'une *urgence* couverte par la présente police durant *votre période de couverture* ou dans les 365 jours suivant une *blessure* corporelle accidentelle survenue alors que *vous* étiez couvert par la présente assurance.
16. **Droits de scolarité** – Si une *urgence* *vous* empêche d'assister à *vos* cours et, par le fait même, d'obtenir la note de passage pour le semestre, comme doivent le confirmer *votre médecin* et le registraire de l'établissement d'enseignement que *vous* fréquentez, *nous* *vous* remboursons les droits de scolarité que *vous* avez effectivement payés jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par semestre, moins toute somme remboursée par l'établissement d'enseignement.

**17. Interruption de voyage sans résiliation de couverture** – Jusqu'à vingt et un (21) jours consécutifs pendant que *vous* êtes inscrit à l'établissement d'enseignement. Si *vous* avez demandé et reçu l'approbation préalable de *notre* Centre d'assistance, *vous* pouvez retourner à *votre lieu de résidence* pour assister à un événement spécial. *Votre* protection sera suspendue mais ne sera pas résiliée pendant que *vous* serez à *votre lieu de résidence*. La suspension de *votre* couverture prendra fin et *votre* couverture sera remise en vigueur lorsque *vous* arriverez au Canada dans le cas d'un voyage à destination du Canada, lorsque *vous* quitterez le Canada dans le cas d'un voyage à l'étranger, ou lorsque *vous* quitterez *votre lieu de résidence* si *vous* êtes un résident du Canada qui étudie au Canada hors de sa province ou de son territoire de résidence. Aucun remboursement de prime ne sera accordé pour les jours durant lesquels *vous* serez retourné à *votre lieu de résidence*.

Les prestations prévues aux paragraphes 18, 19 et 20 ci-après se rapportent aux soins médicaux non urgents.

- 18. Examen médical annuel** – Jusqu'à 100 \$ par année pour une visite chez un *médecin* (généraliste) en vue de passer un examen et les tests qui s'y rattachent, ainsi que pour une consultation.
- 19. Examen de la vue** – Jusqu'à une (1) visite par année chez un optométriste agréé, pour diagnostiquer la présence d'anomalies observées du système optique.
- 20. Prestation de maternité** – Les frais *usuels et raisonnables* à hauteur des montants ci-après, pour les services d'un *médecin* et l'*hospitalisation*, par grossesse :
- 4 000 \$ pour un accouchement normal;
  - 6 000 \$ pour une césarienne; ou
  - 8 000 \$ pour les complications médicales reliées à un accouchement.

Pour être admissible à cette garantie, *votre* grossesse doit avoir débuté après la *date d'effet* de la police. Si *vous* avez souscrit des polices consécutives que *nous* avons établies, *vous* pouvez tout de même bénéficier de cette garantie :

- s'il n'y a pas eu de déchéance de couverture; et
- si *votre* grossesse a débuté après la *date d'effet* de la première police.

Nonobstant ce qui précède, les nouveau-nés ne sont pas couverts au titre de la présente police. Ils peuvent bénéficier d'une couverture complète dès l'âge de trente (30) jours si une proposition dûment remplie *nous* est soumise et est approuvée par écrit par *nous*, et si *vous* avez souscrit la couverture familiale et payé la prime correspondante.

La prestation suivante est payable en cas de décès ou de mutilation par accident durant la période de *votre* assurance et dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant l'accident.

- 21. Décès ou mutilation par accident** – En cas de décès ou de mutilation par accident, *nous* payons une prestation pouvant aller jusqu'à 10 000 \$ selon le barème suivant :
- |  |       |
|--|-------|
| - Perte de la vie                                    | 100 % |
| - Perte de deux membres ou plus                      | 100 % |
| - Perte de la vision totale des deux yeux            | 100 % |
| - Perte d'un membre et de la vision totale d'un oeil | 100 % |
| - Perte d'un membre                                  | 50 %  |
| - Perte de la vision totale d'un oeil                | 50 %  |

La perte d'un membre désigne le sectionnement complet d'un bras ou d'une jambe à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus de celle-ci. La perte de la vision correspond à une cécité totale et permanente.

Si *vous* subissez plus d'une de ces pertes, une seule prestation est payable (soit la prestation prévue pour la perte ouvrant droit au paiement le plus élevé).

Toutes les prestations payables au titre de la présente couverture sont assujetties à un maximum global payable pour l'ensemble des polices d'assurance voyage en vigueur pour les étudiants que *nous* offrons. Si le montant total des prestations autrement payables pour la présente couverture au titre de toutes les polices d'assurance voyage pour étudiants établies par *nous* et découlant d'un seul accident excède 250 000 \$, alors le montant versé pour chaque demande de règlement est réduit au prorata afin que la somme des demandes de règlement corresponde au maximum global de 250 000 \$.

Veillez noter que si *vous n'appellez pas* le Centre d'assistance lorsque survient une *urgence* et avant de recevoir un *traitement*, *vous* devrez payer 20 % des frais médicaux admissibles que *nous* paierions normalement au titre de la présente police. S'il *vous* est impossible d'un point de vue médical d'appeler le Centre d'assistance au moment où survient l'*urgence*, *nous* *vous* demandons de l'appeler dès que *vous* êtes en état de le faire, sinon de demander à quelqu'un de le faire à *votre* place.

**Ne présumez pas qu'une personne communiquera avec le Centre d'assistance à *votre* place. Il *vous* revient de vérifier que cet appel a été fait.**

## Ce qui n'est pas couvert

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

1. a) Un *problème de santé préexistant* qui n'est pas demeuré *stable* dans les trois (3) mois précédant la *date d'effet* de *votre* couverture. b) Tout *problème de santé préexistant d'une personne à charge* ou de *votre conjoint*, couvert par la présente police, si ce problème n'était pas *stable* dans les trois (3) mois précédant la *date d'effet* de sa couverture au titre de la présente police.
2. Pour *les personnes à charge* couvertes qui sont *âgées* de moins de deux (2) ans, tout *problème de santé* lié à une déficience de naissance, qu'elle soit génétique, acquise ou congénitale.
3. La chimiothérapie, à moins qu'elle soit autorisée par le Centre d'assistance.
4. Tous les frais que *vous* engagez sans être couvert par un *régime public d'assurance maladie* valide, si *vous* faites un *voyage à l'étranger* ou si *vous* êtes un *résident du Canada qui étudie au Canada hors de sa province ou de son territoire de résidence*.
5. Les frais couverts qui excèdent 80 % de ceux que *nous* paierions normalement au titre de la présente assurance, si *vous* ou une personne agissant en *votre* nom ne communiquez pas avec le Centre d'assistance au moment de l'*urgence* sauf si, en raison de *votre problème de santé*, *vous* êtes incapable de l'appeler (dans ce cas, la quote-part de 20 % ne s'applique pas).
6. Les *blessures* subies ou *votre* décès alors que *vous* faites partie du personnel des forces armées régulières de tout pays ou durant la participation à des exercices d'entraînement ou à des manoeuvres de forces armées de tout pays.

7. Les *traitements* médicaux facultatifs, non urgents ou expérimentaux, y compris les soins donnés en vue de maintenir un *problème de santé* chronique dans un état *stable*, ce qui comprend le renouvellement de l'ordonnance d'un médicament, les tests et les examens passés dans le cadre d'un régime normal, et un *traitement* non requis pour soulagement immédiat de la douleur, à l'exception des prestations pour soins médicaux non *urgents* que prévoit la présente police.
8. La poursuite d'un *traitement* après que le Centre d'assistance *vous* a demandé de retourner à *votre lieu de résidence*.
9. Les médicaments en vente libre, les médicaments contre la stérilité, les examens destinés à diagnostiquer la stérilité, les contraceptifs, les tests de grossesse, les médicaments pour le *traitement* de la dysérection, les vaccins ou les injections, les préparations vitaminées ou les médicaments pris à titre préventif, les médicaments pour le *traitement* de l'acné, les remèdes contre la calvitie, les produits à la résine de nicotine, les suppléments diététiques ou les produits amaigrissants, et/ou le remplacement d'ordonnances existantes en cas de perte, de renouvellement ou de provision insuffisante.
10. Les services médicaux *urgents* et non *urgents* requis à la suite d'une *blessure* que *vous* avez subie ou d'une *maladie* que *vous* avez contractée dans *votre pays de résidence* durant une interruption de *voyage* (voir la garantie 17).
11. Pour les *voyages à destination du Canada*, les frais médicaux engagés hors du Canada si *vous* avez passé plus de quinze (15) jours consécutifs ou plus de 49 % de *votre période de couverture* hors du Canada.
12. Dans le cas d'un *voyage à destination du Canada*, les frais couverts facturés par un *médecin* qui excèdent 100 % du barème des honoraires applicables aux personnes qui ne sont pas des résidents canadiens, établi par l'association médicale de la province ou du territoire où *vous* avez reçu le *traitement* médical.
13. Une grossesse, l'interruption volontaire d'une grossesse, un accouchement ou les complications en découlant, sauf dans les cas visés par la garantie 20.
14. Une chirurgie dentaire, esthétique ou plastique, à moins qu'elle ne constitue une *urgence* et soit nécessaire par suite d'une *blessure* subie alors que la présente police est en vigueur.
15. Les couronnes ou les traitements de canal, sauf dans les cas visés par la garantie 8.
16.
  - Tout *problème de santé*, y compris les symptômes de sevrage découlant de *votre* usage chronique d'alcool, de drogues ou d'autres substances intoxicantes, ou s'y rapportant de quelque façon que ce soit.
  - Tout *problème de santé* survenant au cours de *votre voyage*, découlant ou se rapportant de quelque façon que ce soit à l'abus d'alcool, de drogues et d'autres substances intoxicantes.
17. Les blessures que *vous* êtes infligées, à moins qu'une attestation médicale n'établisse qu'elles sont reliées à un trouble mental.
18. Tout *trouble mental* ou *émotif mineur*.
19. Tout trouble de l'alimentation ou problème de poids.
20. Toute perte résultant d'une infection asymptomatique ou symptomatique au VIH, du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), du para-sida ou de la présence du VIH, y compris les tests ou les changements de diagnostic connexes.
21. Toute *urgence* survenant lors de *votre* 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.
22. Des *traitements* ou services qui contreviennent à toute législation gouvernementale ou liée aux *hôpitaux* ou aux assurances médicales au Canada si *vous* faites un *voyage à destination du Canada* ou si *vous* êtes un *résident du Canada qui étudie au Canada hors de sa province ou de son territoire de résidence*.
23. Le pilotage ou l'apprentissage du pilotage d'un aéronef, ou *votre* service en tant que membre d'équipage d'un aéronef; un voyage à titre de passager à bord de tout avion non commercial; la conduite de tout type de véhicule motorisé sur terre ou sur voie d'eau sans permis valide.
24. Un *fait de guerre* ou un *acte terroriste*. Pour les Canadiens qui voyagent à l'extérieur du Canada, une couverture restreinte s'applique aux *actes terroristes*. Voir la clause « Protection contre les *actes terroristes* ».
25. Tous services ou toutes fournitures qui sont fournis par *vous* ou par un membre de *votre famille immédiate*.
26. Tout *problème de santé* ou symptôme :
  - lorsque *vous* saviez, ou lorsqu'il était raisonnable d'escompter, avant de quitter *votre lieu de résidence* ou avant la *date d'effet* de l'assurance, que *vous* auriez besoin d'un *traitement* ou qu'il *vous* serait nécessaire de chercher à obtenir un *traitement* pour ce problème; et/ou
  - lorsque le but de *votre voyage* était de chercher à obtenir un *traitement* médical pour ce problème; et/ou
  - qui a incité *votre médecin* à *vous* déconseiller de voyager; et/ou
  - qui est lié à un *traitement* facultatif ou non urgent antérieur, à moins que la police n'indique expressément qu'il est couvert; et/ou
  - si *vous* n'avez pas respecté ou si *vous* avez omis de suivre les instructions d'un *médecin*, ou si *vous* avez fait preuve de négligence.
27. Tous les frais qui ne sont pas engagés pour une *urgence*, sauf ceux qui sont prévus dans cette police par les prestations pour soins médicaux non *urgents*, et toute prestation nécessitant l'autorisation du Centre d'assistance ou des arrangements préalables avec le Centre d'assistance pour laquelle aucune autorisation n'a été donnée ni aucun arrangement pris.
28. Les frais qui excèdent les frais *usuels et raisonnables*.
29. Les examens et les tests médicaux exigés à des fins d'immigration ou effectués à la demande d'un tiers, et/ou la consultation d'un *médecin* par téléphone ou par courriel.

30. Les sinistres ou les dommages causés par la réparation, l'extraction, le remplacement ou l'achat de prothèses auditives, de lunettes, de lunettes de soleil, de lentilles cornéennes, de prothèses, de membres artificiels ou de prothèses dentaires, ainsi que toute ordonnance qui en résulte.
31. Toutes réclamations si les frais résultent de *vo*tre participation à un acte criminel ou à un acte illégal ou d'une tentative de commettre de tels actes.
32. La dialyse rénale ou tout type de transplantation d'organes.
33. L'usage d'installations et de services de réadaptation ou de convalescence; des vacances prises pour leur effet réparateur.
34. Les intérêts, les frais de crédit, les frais administratifs ou les pénalités de retard.
35. Tout sinistre attribuable à un *fait de guerre* ou à un *acte terroriste* si, avant la date de *vo*tre départ, le gouvernement du Canada a publié un avertissement aux voyageurs conseillant aux Canadiens « d'éviter tout voyage » ou « d'éviter tout voyage essentiel » dans le pays, la région ou la ville en question.
36. 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 » ou « d'éviter tout voyage non essentiel » dans ce pays, cette région ou cette ville, avant la *date d'effet* de *vo*tre couverture. Pour consulter les avertissements aux voyageurs, rendez-*vous* sur le site du gouvernement du Canada relatif aux voyages. Les demandes de règlement liées à une *urgence* ou à un *problème de santé* sans lien avec l'avertissement émis ne sont pas ciblées par cette exclusion.
37. Dans le cas des prolongations uniquement, tout *problème de santé* qui survient pour la première fois, qu'un diagnostic ait été posé ou non et qu'un *traitement* ait été administré ou non, avant la *date d'effet* de la prolongation de couverture au titre de la présente police.
38. Si *vous* effectuez un *voyage à destination du Canada*, toute visite de suivi à l'extérieur du Canada lorsque l'*urgence* est survenue au Canada.
39. Toute *maladie* survenue durant la *période d'attente*.

## Protection contre les actes terroristes

(uniquement pour les Canadiens qui voyagent à l'extérieur du Canada)

Lorsqu'un *acte terroriste* entraîne pour *vous*, directement ou indirectement, un sinistre pour lequel des prestations seraient autrement payables conformément aux dispositions de la présente police, cette assurance *vous* offre la couverture suivante :

- Pour toutes les prestations d'assurance Soins médicaux d'*urgence*, *nous* paierons *vos* frais couverts, sous réserve des plafonds indiqués dans la section appropriée de la présente police.
- Les prestations payables précitées sont en excédent de toute autre source potentielle de recouvrement, y compris un autre régime d'assurance (même si cette couverture est décrite comme étant « pour l'excédent ») et elles ne sont versées qu'une fois que *vous* avez épuisé toutes les autres sources de recouvrement.

Toute prestation payable au titre de *no*tre assurance Soins médicaux d'*urgence* est assujettie à un maximum global payable pour l'ensemble des polices d'assurance voyage en vigueur établies par *nous*, y compris la présente police. Si le montant total des prestations autrement payables pour un type de couverture au titre de toutes les polices d'assurance voyage établies par *nous* et découlant d'un ou de plusieurs *actes terroristes* survenant dans une période applicable excède ce maximum global, alors la somme versée pour chaque demande de règlement est réduite au prorata afin que la somme totale versée relativement à l'ensemble de ces demandes de règlement corresponde au maximum global. Cette protection n'est offerte que pour un maximum de deux (2) *actes terroristes* par année civile. Le maximum global payable pour chaque *acte terroriste* est de 35 000 000 \$ CA pour l'assurance Soins médicaux d'*urgence*.

Si *nous* jugeons que le montant total de toutes les demandes de règlement payables à la suite d'un ou de plusieurs *actes terroristes* peut excéder les limites applicables, *vo*tre prestation calculée au prorata peut *vous* être versée après la fin de l'année civile durant laquelle *vous* y étiez admissible.

### Exclusion relative à la disposition sur la protection contre les actes terroristes

Nonobstant toute disposition contraire dans la présente police ou dans tout avenant y afférent, la présente police ne couvre pas les responsabilités, sinistres, coûts ou frais de quelque nature que ce soit qui sont causés, directement ou indirectement, par tout *acte terroriste* perpétré ou commis par des moyens biologiques, chimiques, nucléaires ou radioactifs, qui découlent d'un tel acte ou y sont reliés, même si une autre cause y contribue concurremment ou dans toute autre séquence.

## Présentation d'une demande de règlement

**En cas d'*urgence*, communiquez immédiatement avec le Centre d'assistance au**

**1-855-841-4796** sans frais, du Canada et des États-Unis, ou

**+1-519-988-7008** à frais virés, pour appeler au Canada à partir de tout autre pays. *Notre* Centre d'assistance est à *vo*tre 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/en/travelaid/> pour télécharger l'application.

Veillez noter que si *vous* n'appellez pas le Centre d'assistance lorsque survient une *urgence* et avant de recevoir un *traitement*, *vous* devrez payer 20 % des frais médicaux admissibles que *nous* paierions normalement au titre de la présente police.

S'il *vous* est impossible d'un point de vue médical d'appeler le Centre d'assistance au moment où survient l'*urgence*, *nous* *vous* demandons de l'appeler dès que *vous* êtes en état de le faire, sinon de demander à quelqu'un de le faire à *vo*tre place.

**Ne présumez pas qu'une personne communiquera avec le Centre d'assistance à *vo*tre place. Il *vous* revient de vérifier que cet appel a été fait.**

Si *vous* décidez de payer les frais admissibles directement à un fournisseur de services de santé sans d'abord avoir obtenu l'autorisation du Centre d'assistance, ces services *vous* seront remboursés sur la base des frais *usuels et raisonnables* que *nous* aurions payés directement à ce fournisseur. Les frais médicaux que *vous* payez peuvent excéder cette somme; par conséquent, toute différence entre la somme que *vous* avez déboursée et les frais *usuels et raisonnables* que *nous* *vous* remboursons est à *vo*tre charge. Certains services ne sont pas couverts s'ils n'ont pas été autorisés et coordonnés par le Centre d'assistance.

**Avis et preuve de sinistre.** *Nous* devons être informés du sinistre dans les trente (30) jours qui suivent la date à laquelle celui-ci survient. *Vous* devez *nous* faire parvenir une preuve du sinistre dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date à laquelle survient le sinistre ou la date de prestation du service.

**Défaut de fournir l'avis ou la preuve de sinistre.** Le fait de ne pas fournir l'avis ou la preuve de sinistre dans la période prescrite n'invalide pas la demande de règlement si l'avis ou la preuve est fourni dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, mais au plus tard dans l'année qui suit la date du sinistre couvert par le présent contrat, s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner l'avis ou de fournir la preuve dans le délai prescrit.

**Preuve de sinistre.** Dans les quinze (15) jours suivant la réception de l'avis de sinistre, le Centre d'assistance fournira les formulaires nécessaires pour présenter la preuve de sinistre.

Si le demandeur n'a pas reçu les formulaires dans ce délai, il peut soumettre la preuve de sinistre sous forme de déclaration écrite indiquant la cause ou la nature de l'accident, de la *maladie*, de la  *blessure* ou du risque assuré qui fait l'objet de la demande de règlement ainsi que la gravité du sinistre; ou *vous* pouvez soumettre *vo*tre demande en ligne.

#### Instructions d'envoi

Toute correspondance relative aux règlements doit être envoyée à :

Assurance voyage pour étudiants Manuvie  
a/s de Active Care Management  
P.O. Box 1237, Stn. A  
Windsor (Ontario) N9A 6P8

#### Présentation en ligne des demandes de règlement

Pour présenter une demande de règlement rapidement et facilement, ayez à portée de main tous *vos* documents en format électronique et rendez-*vous* à l'adresse <https://manulife.acmtravel.ca> afin de présenter *vo*tre demande de règlement en ligne.

*Vous* pouvez également communiquer directement avec le Centre de règlements pour obtenir des renseignements particuliers sur la façon de présenter une demande de règlement ou sur une demande déjà soumise, en composant le **1 855 841-4797** ou le **+1 519 988-7009**.

*Nous* verserons toutes les sommes payables au titre du présent contrat dans les soixante (60) jours suivant la réception de la preuve du sinistre et de tous les documents requis.

**Si *vous* présentez une demande de règlement au titre de l'assurance soins médicaux, *nous* aurons besoin des documents suivants :**

- les reçus originaux détaillés de toutes les notes et factures;
- une preuve de paiement pour les frais que *vous* avez *vous*-même payés ou qui ont été payés par un autre régime d'assurance;
- les dossiers médicaux, y compris le diagnostic complet rendu par le *médecin* traitant ou les documents produits par l'*hôpital*, lesquels doivent confirmer que le *traitement* donné était nécessaire du point de vue médical;

- une preuve de l'accident si *vous* présentez une demande de remboursement des frais dentaires engagés par suite d'un accident;
- une preuve du voyage (indiquant les dates de départ et de retour);
- vo*tre dossier médical indiquant *vos* antécédents (si *nous* jugeons ce document nécessaire); et
- une preuve d'inscription dans un établissement d'enseignement reconnu.

**Si *vous* présentez une demande de règlement au titre de l'assurance décès ou mutilation par accident, *nous* aurons besoin des documents suivants :**

- le rapport de la police, du coroner ou de l'autopsie;
- vo*tre dossier médical; et
- le certificat de décès, s'il y a lieu. Si *vo*tre dépouille n'est pas retrouvée dans les douze (12) mois qui suivent l'accident, *nous* présumerons que *vous* êtes décédé des suites de *vos blessures*.

#### À qui versons-*nous* les prestations advenant une demande de règlement?

Sauf dans le cas de *vo*tre décès, *nous* versons les prestations et les frais couverts au titre de la présente assurance à *vous*-même ou au fournisseur de services. Toute somme payable en cas de décès est versée à *vos* ayants droit. *Vous* devez *nous* rembourser toute somme payée ou autorisée par *nous* en *vo*tre nom si *nous* établissons que cette somme n'a pas à être payée au titre de *vo*tre police.

Tous les montants stipulés dans le présent contrat sont en dollars canadiens. Si une conversion de devises s'impose, *nous* appliquons *no*tre taux de change en vigueur à la date à laquelle le service stipulé dans *vo*tre demande de règlement *vous* a été fourni. *Nous* ne payons pas d'intérêts au titre de la présente assurance.

#### Que se passe-t-il si *vous* bénéficiez d'autres couvertures?

L'assurance énoncée dans la présente police est de type « second payeur ». Si *vous* bénéficiez 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 si *vous* avez toute autre assurance de responsabilité civile en vigueur concurremment à la présente couverture, les prestations payables au titre de la présente assurance s'appliquent uniquement à la portion de *vos* frais couverts admissibles qui sont en excédent des sommes assurées au titre de ces autres couvertures.

Les prestations totales qui *vous* sont payées par l'ensemble des assureurs ne peuvent dépasser les frais que *vous* avez effectivement engagés. *Nous* appliquons la coordination des prestations avec l'ensemble des assureurs qui *vous* versent des prestations semblables à celles prévues par la présente assurance, 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 *vo*tre nom mais à *no*s frais, contre les tiers pouvant être à l'origine du sinistre faisant l'objet de la 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 *no*s droits. *Vous* ne devez rien entreprendre qui puisse nuire à ces droits.

Si *vous* êtes couvert par plusieurs polices d'assurance établies par *nous*, la somme totale que *nous vous* payons ne peut excéder les frais que *vous* avez effectivement engagés. La somme maximale à laquelle *vous* avez droit correspond à la somme la plus élevée stipulée pour la garantie en cause dans quelque police d'assurance que ce soit. Si le montant total de toutes les assurances accidents dont *vous* êtes le titulaire au titre des polices que *nous* avons établies excède 100 000 \$ CA, *notre* responsabilité totale ne peut pas dépasser cette somme. Toute assurance excédentaire est nulle et les primes payées pour cette assurance excédentaire sont remboursées.

### Y a-t-il autre chose à savoir à propos des demandes de règlement?

Les renseignements que *vous nous* fournissez doivent en tout temps être exacts et complets.

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 au titre de la présente police 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.

La présente police d'assurance est sans participation. *Vous* n'avez pas droit à *nos* bénéfices répartisables.

Nonobstant les autres dispositions qu'il contient, le présent contrat est assujéti aux conditions statutaires de 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.

Si *vous* contestez *notre* décision relative à une demande de règlement, le cas peut être soumis à l'arbitrage en vertu des lois régissant l'arbitrage dans la province ou le territoire du Canada où *votre* police a été établie.

Les actions ou instances intentées contre l'assureur pour le recouvrement de sommes assurées au titre du présent contrat sont irrecevables si elles ne sont pas introduites dans les délais fixés par la *Loi sur les assurances* ou toute autre loi applicable, ou par la *Loi sur la prescription des actions* de 2002 en Ontario.

**Limitation de responsabilité.** *Notre* responsabilité au titre de la présente police se limite strictement au paiement des prestations admissibles, jusqu'à concurrence du maximum 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.

## Conditions légales

**Le contrat.** La présente police, la proposition, l'*avis de confirmation*, tout document joint à la police lors de son établissement, toute modification au contrat convenue par écrit après l'établissement de la police et le barème des taux (s'il y a lieu) constituent le contrat intégral, et aucun agent ni aucun courtier n'est autorisé à modifier le contrat ni à accorder une dérogation quelconque à l'une de ses dispositions.

**Copie de la proposition.** Sur demande, une copie de la proposition *vous* sera fournie, à *vous* ou à un demandeur au titre du contrat.

**Renonciation.** *Nous nous* réservons le droit de refuser toute proposition ou toute demande de prolongation de couverture. Aucune renonciation, en totalité ou en partie, à une condition de la présente police n'est valable si elle n'est pas clairement exprimée dans un écrit signé par Manuvie.

**Faits essentiels à l'appréciation du risque.** Les déclarations que *vous* faites à la souscription du présent contrat ne peuvent pas être utilisées pour appuyer une demande de règlement au titre de ce contrat ni pour *vous* soustraire à l'une des conditions énoncées dans le contrat, à moins de figurer dans la proposition d'assurance ou dans toute autre déclaration ou réponse fournies par écrit comme preuve d'assurabilité.

**Résiliation par l'assureur.** *Nous* pouvons résilier une partie ou la totalité du présent contrat à tout moment en *vous* fournissant un avis de résiliation écrit, accompagné d'un remboursement du montant de la prime payée qui excède la prime proportionnelle pour le temps écoulé du contrat. L'avis de résiliation peut *vous* être livré ou il peut être envoyé par courrier recommandé à la plus récente adresse qui figure dans *votre* dossier. S'il *vous* est livré, le préavis de résiliation est de cinq (5) jours; s'il *vous* est posté, le préavis est de dix (10) jours à compter du jour suivant la date de mise à la poste.

**Résiliation par l'assuré.** *Vous* pouvez résilier le présent contrat en tout temps moyennant un avis de résiliation écrit posté ou livré à *nos* bureaux. Veuillez consulter la section « Remboursements » de la présente police.

**Droit d'examen.** Pour établir la validité d'une demande de règlement au titre de la présente police, *nous* pouvons *nous* procurer pour étude les dossiers médicaux de *vos médecins* traitants, notamment les dossiers détenus par *vos médecins* habituels à *votre lieu de résidence*. Ces dossiers peuvent être utilisés pour établir la validité de la demande, que leur contenu ait été porté ou non à *votre* connaissance avant la présentation de *votre* demande de règlement au titre de 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 police, et *vous* devez collaborer avec *nous*. Si *vous* décédez, *nous* avons le droit d'exiger une autopsie, sauf si la loi l'interdit.

## Définitions

Dans la présente police, dans tous les cas où le contexte s'y prête, le singulier englobe le pluriel, et vice versa, et le masculin englobe le féminin, et vice versa.

**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 un gouvernement (que celui-ci soit légitime ou non); ou
- de servir des objectifs politiques, sociaux, religieux ou économiques.

**Âge ou âgé** – Durée, exprimée en années, de la naissance jusqu'à la *date d'effet* indiquée dans *vos avis de confirmation*.

**Avis de confirmation** – La présente police, la proposition d'assurance liée à celle-ci et tout autre document confirmant *vos* couverture une fois que *vous* avez acquitté la prime exigible et, s'il y a lieu, le questionnaire médical et *vos* réservations de *voyage*. Ils peuvent également comprendre les billets ou reçus délivrés par une compagnie aérienne, un agent de voyage, un voyageur, une agence de location, un croisiériste ou tout autre fournisseur de services de *voyage* ou d'hébergement auprès desquels *vous* avez fait des réservations pour *vos* *voyage*.

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

**Changement de médicament** – Diminution ou augmentation de la posologie ou de la fréquence d'un médicament, changement du type de médicament ou arrêt d'un médicament, 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 *vos* *problème de santé*; et le remplacement d'un médicament de marque par un médicament générique dont la posologie est la même.

**Conjoint** – Personne à laquelle *vous* êtes légalement marié(e) ou qui habite avec *vous* et est publiquement présentée comme *vos* *conjoint*.

**Date d'effet** – Date indiquée dans *vos* *avis de confirmation*.

**Destination** – Pays où *vous* êtes inscrit à un programme d'études comme étudiant à temps plein aux termes du présent programme.

**Fait de guerre** – Acte hostile ou guerrier, déclaré 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 (*conjoint* du père ou de la mère), grands-parents, petits-enfants, belle-famille (famille du *conjoint*), enfants, y compris les enfants adoptifs et les enfants du *conjoint*, frères, sœurs, demi-frères, demi-sœurs, tantes, oncles, nièces ou neveux.

**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 santé, ou foyer pour personnes âgées ou station thermale.

**Hospitalisation ou hospitalisé** – Se dit lorsqu'une personne est admise dans un *hôpital* et y reçoit un *traitement* à titre de patient.

**Lieu de résidence ou pays de résidence** – Pays où *vous* résidez de façon permanente. Dans le cas d'un *résident du Canada qui étudie au Canada hors de sa province ou de son territoire de résidence*, il s'agit de la province ou du territoire du Canada où il réside lorsqu'il ne fréquente pas un établissement d'enseignement.

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

**Médecin** – Une personne autre que *vous-même*, un membre de *vos* *famille immédiate*, ou *vos* *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** – *Manuvie*.

**Période d'attente** –

- a. Période de 48 heures qui suit la *date d'effet* de *vos* assurance, si *vous* souscrivez cette assurance dans les 30 jours suivant *vos* arrivée à *destination*;
- b. Période de 8 jours qui suit la *date d'effet* de *vos* assurance, si *vous* souscrivez cette assurance plus de 30 jours après *vos* arrivée à *destination*.

Si *vous* souscrivez l'assurance après *vos* arrivée à *destination*, une *période d'attente* s'applique à tous les sinistres au titre de cette police.

Aucune *période d'attente* ne s'applique :

- dans le cas d'une *blessure*; ou
- si *vous* souscrivez la présente police avant la date d'expiration d'une police d'assurance voyage existante, et qu'elle doit prendre effet le lendemain de cette date d'expiration.

**Période de couverture** – Période commençant à la *date d'effet* et se terminant à la date d'expiration indiquées dans *vos* *avis de confirmation*.

**Personne à charge** – s'entend de *vos* enfant célibataire qui vit avec *vous* et qui voyage avec *vous* ou *vous* accompagne pendant *vos* *voyage* et qui est *âgé* d'au moins 30 jours et de moins de 21 ans et dont *vous* subvenez à au moins cinquante pour cent (50 %) des besoins, ou de tout *âge* si l'enfant a une déficience physique ou mentale.

**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 *vos* assurance.

**Régime public d'assurance maladie** – Couverture d'assurance *maladie* offerte aux personnes résidant au Canada par un gouvernement provincial ou territorial canadien.

**Résident du Canada qui étudie au Canada hors de sa province ou de son territoire de résidence** – Personne couverte par un *régime public d'assurance maladie* canadien et qui étudie au Canada mais ailleurs que dans son *lieu de résidence*.

**Stable** – Un *problème de santé* est considéré comme *stable* lorsque tous les énoncés suivants sont vrais :

1. Aucun nouveau *traitement* n'a été prescrit ou recommandé, ou le *traitement* en cours n'a pas été modifié ni interrompu.
2. Aucun changement n'a été apporté à un médicament prescrit (augmentation ou diminution du dosage, ou arrêt de la prise du médicament), ou aucun autre médicament n'a été recommandé ou prescrit.
3. Le *problème de santé* ne s'est pas aggravé.
4. Aucun nouveau symptôme n'est apparu, ou il n'y a eu aucune aggravation ou augmentation de la fréquence des symptômes existants.
5. Il n'y a eu aucune *hospitalisation* ou recommandation de consulter un spécialiste.
6. Il n'y a aucun examen, test médical à des fins d'investigation ou *traitement* recommandés non complétés, ou pour lesquels les résultats sont attendus
7. Il n'y a aucun *traitement* planifié ou en attente.

Toutes les conditions ci-dessus doivent être remplies pour qu'un *problème de santé* soit considéré comme *stable*.

**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 et 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.

**Trouble mental ou émotif mineur** – 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 *vos traitement* comprend seulement des tranquillisants doux ou des médicaments contre l'anxiété douce (anxiolytiques) 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 rentrer dans *vos* 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.

De plus, au Canada, pour les étudiants qui *voyagent à destination du Canada*, les frais *usuels et raisonnables* correspondent aux moins élevés des frais suivants : les honoraires fixés par l'association médicale/dentaire provinciale qui s'appliquent aux personnes qui ne sont pas des résidents canadiens ou la somme indiquée aux présentes.

**Vous, votre, vos** – La ou les personnes désignées comme étant les assurés dans l'*avis de confirmation* et pour qui l'assurance a été souscrite et la prime appropriée *nous* a été versée.

**Voyage** – *Période de couverture*.

## Avis sur la vie privée

### La protection de *vos* vie privée *nous* tient à coeur.

*Nous* *nous* engageons à préserver le caractère confidentiel des renseignements qui *nous* sont fournis à *vos* 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 *vos* 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 *vos* assurance ont également pris des mesures à cet effet. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la façon dont *nous* protégeons *vos* vie privée, veuillez lire l'Avis sur la vie privée et la confidentialité.

**Avis sur la vie privée et la confidentialité.** Les renseignements demandés dans la proposition d'assurance sont nécessaires à son *traitement*. 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 évaluer 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 *vos* autorisation ou autorisée en vertu de la loi. Ces personnes, organisations et fournisseurs de services peuvent se trouver dans des territoires de compétences situés à l'extérieur du Canada et être soumis aux lois en vigueur dans ces territoires. *Vos* consentement quant à l'utilisation de *vos* renseignements personnels pour *vous* offrir des produits et services est facultatif, et *vous* pouvez mettre fin à cette utilisation en écrivant à Manuvie à l'adresse indiquée ci-après.

*Vos* dossier est gardé en lieu sûr dans *nos* bureaux ou ceux de *notre* administrateur ou agent. *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, P.O. Box 1602, Waterloo (Ontario) N2J 4C6.

En cas d'*urgence*, communiquez immédiatement avec le Centre d'assistance :

**1-855-841-4796**

sans frais, du Canada et des États-Unis.

**+1-519-988-7008**

à frais virés, pour appeler au Canada à partir de tout autre pays.

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

Pour obtenir des soins médicaux ou présenter toute demande de règlement durant  *votre voyage*, communiquez d'abord avec *nous*. *Notre Centre d'assistance est ouvert tous les jours, 24 heures sur 24.*

Si *vous* n'appellez pas le Centre d'assistance lorsque survient une *urgence* ou avant de recevoir un *traitement*, *vous* devrez payer 20 % des frais médicaux admissibles que *nous* paierions normalement au titre de la présente police. S'il *vous* est impossible d'un point de vue médical d'appeler le Centre d'assistance, veuillez demander à quelqu'un de le faire à  *votre place*.

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 & 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.

© La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, 2020. Tous droits réservés. Manuvie, P.O. Box 670, Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8.

**Site web :** [www.manuvie.ca](http://www.manuvie.ca) **Téléphone :** 1 866 707-4922