

# **Police**

# **Assurance voyage pour**

# **les visiteurs au Canada**

Entrée en vigueur : juillet 2020

# 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!**



<b>EN CAS D'URGENCE, APPELEZ LE CENTRE D'ASSISTANCE :</b>	
<b>1 855 841-4796</b> sans frais, du Canada et des États-Unis	<b>+1 519 988-7008</b> à frais virés, pour appeler au Canada à partir de tout autre pays
NOM _____	NUMÉRO DE POLICE _____
DATE D'EFFET _____	DATE D'EXPIRATION _____
<b>Veuillez conserver cette carte dans votre portefeuille tout au long de votre voyage.</b>	
0720	
La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. télécharger l'application. Rendez-vous à l'adresse <a href="http://www.active-care.ca/travelaid/">http://www.active-care.ca/travelaid/</a> pour l'application mobile TravelAid. vous avez accès instantanément au Centre d'assistance au moyen de d'assistance, veuillez demander à quelqun un de faire à votre place. De plus, vous est impossible d'un point de vue médical d'appeler le Centre admissibles que nous patiemons normalement au titre de la présente police. S'il avant de recevoir un traitement, vous devez payer 20 % des frais médicaux Si vous n'appeliez 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



<b>EN CAS D'URGENCE, APPELEZ LE CENTRE D'ASSISTANCE :</b>	
<b>1 855 841-4796</b> sans frais, du Canada et des États-Unis	<b>+1 519 988-7008</b> à frais virés, pour appeler au Canada à partir de tout autre pays
NOM _____	NUMÉRO DE POLICE _____
DATE D'EFFET _____	DATE D'EXPIRATION _____
<b>Veuillez conserver cette carte dans votre portefeuille tout au long de votre voyage.</b>	
0720	
La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. télécharger l'application. Rendez-vous à l'adresse <a href="http://www.active-care.ca/travelaid/">http://www.active-care.ca/travelaid/</a> pour l'application mobile TravelAid. vous avez accès instantanément au Centre d'assistance au moyen de d'assistance, veuillez demander à quelqun un de faire à votre place. De plus, vous est impossible d'un point de vue médical d'appeler le Centre admissibles que nous patiemons normalement au titre de la présente police. S'il avant de recevoir un traitement, vous devez payer 20 % des frais médicaux Si vous n'appeliez 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 « Annulations et remboursements » de la présente police.

## Table des matières

Coup d'œil sur les régimes . . . . .	3
Admissibilité . . . . .	3
Ce que vous devez aussi savoir . . . . .	3
Renseignements généraux . . . . .	4
Début et fin de la couverture . . . . .	4
couverture pour voyages secondaires à l'extérieur du Canada . . . . .	4
prolongation d'office de votre couverture . . . . .	4
demande de prolongation de couverture . . . . .	4
annulations et remboursements . . . . .	4
Présentation d'une demande de règlement . . . . .	5
Garantie soins médicaux d'urgence . . . . .	5
Ce qui est couvert . . . . .	5
Ce qui n'est pas couvert . . . . .	7
Demande de règlement soins médicaux d'urgence . . . . .	8
Garantie facultative accident de voyage . . . . .	8
Ce qui est couvert . . . . .	8
Ce qui n'est pas couvert . . . . .	9
Demande de règlement accident de voyage . . . . .	9
Garantie facultative interruption de voyage . . . . .	9
Ce qui est couvert . . . . .	9
Ce qui n'est pas couvert . . . . .	9
Demande de règlement interruption de voyage . . . . .	10
Renseignements complémentaires . . . . .	10
Prime . . . . .	10
Que se passe-t-il si vous bénéficiez d'autres couvertures? . . . . .	11
Définitions . . . . .	11
Avis sur la vie privée . . . . .	13

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 :

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

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



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

**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.

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.

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.

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.

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.

## Assurance *voyage* pour visiteurs au Canada

Coup d'œil sur les régimes

Soins médicaux d'urgence – voyage unique				
Garanties et caractéristiques	RÉGIME A*		RÉGIME B*	
Montants de couverture	15 000 \$, 25 000 \$, 50 000 \$ ou 100 000 \$†	150,000 \$†	15 000 \$, 25 000 \$, 50 000 \$ ou 100 000 \$†	150,000 \$†
Âge maximal admissible	85 ans	69 ans	85 ans	69 ans
Soins médicaux d'urgence	•	•	•	•
<b>Options offertes</b>				
Franchises permettant de réduire la prime	•	•	•	•
Couverture familiale (jusqu'à l'âge de 54 ans)	•	•		
<b>Garanties facultatives</b>				
Interruption de <i>voyage</i>	•	•	•	•
Accident de <i>voyage</i>	•	•	•	•

\* L'âge minimal est de 30 jours.

† L'assurance Soins médicaux d'urgence assortie d'une prestation de 100 000 \$ ou 150 000 \$ est offerte aux personnes qui sont titulaires d'un super visa pour parents ou grands-parents ou qui soumettent une demande pour obtenir ce visa.

## Admissibilité

### Personnes admissibles à cette couverture

- Les personnes en visite au Canada;
- les Canadiens qui ne sont pas admissibles à des prestations au titre d'un régime public d'assurance maladie;
- les personnes qui viennent au Canada munies d'un visa de travail ou d'un super visa pour parents ou grands-parents; ou
- les nouveaux immigrants qui attendent d'être assurés au titre d'un régime public d'assurance maladie canadien.

### Critères d'admissibilité

*Vous n'êtes pas admissible à la couverture offerte par le présent contrat si l'une des situations suivantes s'appliquent à vous :*

- vous voyagez contre l'avis d'un médecin;*
- vous avez reçu un diagnostic de maladie en phase terminale et votre espérance de vie est de moins de 2 ans;*
- vous avez une affection rénale nécessitant des traitements de dialyse;*
- vous avez fait usage d'oxygène à domicile au cours des 12 mois précédant la date de la proposition d'assurance;*
- vous avez reçu un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence;*
- vous êtes âgé de moins de 30 jours ou de plus de 85 ans (ou de plus de 69 ans en ce qui concerne l'assurance Soins médicaux d'urgence de 150 000 \$);*

- vous résidez dans une maison de soins infirmiers, un foyer pour personnes âgées, un autre établissement de soins de longue durée ou un centre de réadaptation; et/ou*
- vous avez besoin d'aide pour accomplir les activités de la vie quotidienne.*

### Ce que vous devez aussi savoir

- La période de couverture ne doit pas dépasser 365 jours.
- La proposition d'assurance peut être soumise avant ou après votre arrivée au Canada.
- Les proposants âgés de 35 ans ou plus doivent remplir le questionnaire médical pour souscrire le régime B.
- Une période d'attente s'applique, sauf dans le cas d'une blessure, si vous souscrivez la présente assurance après votre arrivée au Canada ou après la date d'expiration d'un contrat Visiteurs au Canada existant que nous avons établi. Voir la définition de période d'attente.
- À la date d'effet de votre assurance, vous devez vous trouver au Canada.
- Vous ne pouvez pas être assuré au titre de plusieurs régimes durant votre voyage.
- Une franchise de 75 \$ s'applique à chaque demande de règlement présentée relativement au présent contrat, à moins que vous ayez choisi dans votre proposition d'assurance la franchise de 0 \$, de 500 \$, de 1 000 \$, de 2 500 \$ ou de 5 000 \$ par demande de règlement et que vous avez payé la prime applicable.

- Au titre du régime A, aucune prestation n'est payable relativement à un *problème de santé préexistant* qui existait dans les 180 jours précédant la *date d'effet* de *vo*tre assurance. Voir la section « Ce qui n'est pas couvert par la garantie Soins médicaux d'*urgence* » à la page 7.
- Au titre du régime B, aucune prestation n'est payable relativement à un *problème de santé préexistant* qui n'était pas *stable* durant les 180 jours précédant la *date d'effet* de l'assurance. Voir la section « Ce qui n'est pas couvert par la garantie Soins médicaux d'*urgence* » à la page 7.

## Renseignements généraux

Une **couverture familiale** *vous* est offerte au titre du régime A si tous les membres de la famille sont *âgés* de moins de 54 ans et si *vous* avez souscrit la couverture familiale et avez payé la prime exigée pour celle-ci. La couverture familiale s'applique à *vous*, à *vo*tre conjoint et à *vos enfants* lorsque *vous* voyagez ensemble et lorsque *vos* noms figurent dans l'*avis de confirmation*. Les *enfants* doivent être *âgés* d'au moins 30 jours pour être assurés au titre du présent contrat.

**Vo**tre **couverture débute** selon la dernière éventualité à survenir :

- la *date d'effet* de l'assurance indiquée dans *vo*tre *avis de confirmation*; ou
- l'heure et la date de *vo*tre arrivée au Canada en provenance de *vo*tre *lieu de résidence*.

Si *vous* souscrivez *vo*tre assurance après *vo*tre arrivée au Canada, la *période d'attente* prévue s'applique à toutes les demandes de règlement que *vous* présentez au titre de cette assurance, sauf dans le cas d'une *blessure*.

**Vo**tre **couverture prend fin** à la première des éventualités à survenir :

- la date à laquelle *vous* quittez le Canada pour retourner à *vo*tre *lieu de résidence*;
- la date à laquelle expire le contrat, telle qu'elle est indiquée dans *vo*tre *avis de confirmation*;
- la date à laquelle s'est écoulé le nombre de jours pour lesquels *vous* avez souscrit l'assurance;
- la date à laquelle *vous* devenez un résident d'une maison de soins infirmiers, d'un foyer pour personnes âgées ou d'un autre établissement de soins de longue durée au cours de *vo*tre *voyage*;
- au plus tard 365 jours après la *date d'effet* de *vo*tre assurance;
- le premier jour où *vous* êtes assuré au titre d'un *régime public d'assurance maladie*.

Durant *vo*tre période de couverture, si *vous* retournez à *vo*tre *lieu de résidence* au titre du paragraphe n° 11, intitulé « Interruption de *voyage* sans résiliation de couverture », *vo*tre couverture Visiteurs au Canada sera interrompue sans être résiliée. À *vo*tre retour au Canada, *vo*tre couverture au titre du contrat s'appliquera de nouveau, à la condition que *vous* soyez encore admissible à la couverture. Aucun remboursement de prime ne sera accordé pour les jours passés à *vo*tre *lieu de résidence*.

**Couverture d'assurance pour des voyages secondaires à l'extérieur du Canada :** La présente assurance *vous* offre une couverture pendant que *vous* voyagez à l'extérieur du Canada (sauf dans *vo*tre pays de provenance), à condition que *vo*tre *voyage* secondaire commence et se termine au Canada et qu'il ne dure pas plus de 30 jours par contrat ou ne représente pas plus de 49 % du nombre total de jours de couverture, si cette période est plus courte.

Durant *vo*tre période de couverture, si *vous* faites un *voyage* secondaire à l'extérieur du Canada dont la durée est supérieure à celle qui est prévue dans le présent contrat, *vo*tre couverture Visiteurs au Canada sera interrompue pour le reste de *vo*tre *voyage* secondaire, mais elle ne sera pas résiliée. À *vo*tre retour au Canada, *vo*tre couverture s'appliquera de nouveau.

**Prolongation d'office de vo**tre **couverture :** *Vo*tre couverture est prolongée après la date prévue de *vo*tre retour à *vo*tre *lieu de résidence* qui figure dans *vo*tre *avis de confirmation* si :

- vo*tre *transporteur public* accuse un retard. Dans ce cas, *nous* prolongeons *vo*tre couverture pour une durée maximale de 72 heures;
- vous* ou *vo*tre *compagnon de voyage* êtes hospitalisés à la *date d'expiration* de *vo*tre couverture. Dans ce cas, *nous* prolongeons *vo*tre couverture pour la durée de l'hospitalisation et pour une période maximale de 5 jours après la sortie de l'*hôpital*;
- vous* ou *vo*tre *compagnon de voyage* avez un *problème de santé* qui *vous* empêche de voyager à la *date d'expiration* de *vo*tre couverture, selon l'*avis* d'un *médecin*, sans toutefois nécessiter l'hospitalisation. Dans ce cas, *nous* prolongeons *vo*tre couverture pour une durée maximale de 5 jours.

En aucun cas cependant, *nous* ne prolongeons quelque couverture que ce soit après l'expiration de la période de 12 mois suivant la *date d'effet* de *vo*tre assurance.

**Pour demander une prolongation de couverture**, appelez simplement le service à la clientèle au 1 866 707-4922. *Vous* devez soumettre *vo*tre demande de prolongation de couverture avant la *date d'expiration* de *vo*tre assurance ou la date prévue de *vo*tre retour à *vo*tre *lieu de résidence* qui figure dans *vo*tre *avis de confirmation*. Si *vo*tre état de santé n'a pas changé et que *vous* n'avez vécu aucune situation qui a fait ou pourrait faire l'objet d'une demande de règlement au titre du contrat depuis la *date d'effet* de l'assurance, *vo*tre couverture peut être prolongée sur demande. Dans le cas contraire, *vo*tre demande de prolongation est soumise à approbation. Pour éviter qu'une *période d'attente* s'applique, *vous* devez demander la prolongation d'assurance avant la *date d'expiration* du contrat d'assurance Visiteurs au Canada en vigueur que *nous* avons établi pour *vous*.

## Annulations et remboursements

- Si *vous* annulez *vo*tre contrat parce que *vo*tre demande de super visa pour parents et grands-parents a été refusée, *vous* devez fournir une preuve du refus de visa accompagnée de *vo*tre demande pour obtenir un remboursement complet de la prime. Autrement, *vous* pouvez demander le remboursement complet de la prime à n'importe quel moment avant la *date d'effet* de *vo*tre assurance.
- Si *vous* obtenez la couverture offerte au Canada par le *régime public d'assurance maladie* ou si *vous* retournez à *vo*tre *lieu de résidence* avant la date prévue indiquée dans *vo*tre *avis de confirmation*, et que *vous* n'avez présenté aucune demande de règlement, n'avez signalé aucun sinistre et n'avez bénéficié d'aucun service d'assistance, *vous* pouvez demander le remboursement de la prime (minimum de 25 \$) pour la période inutilisée de *vo*tre *voyage*. Pour ce faire, *vous* devrez fournir une preuve de la date à laquelle *vous* êtes retourné à *vo*tre *lieu de résidence* ou de la *date d'effet* de *vo*tre couverture au titre du *régime public d'assurance maladie* canadien. Il *vous* suffit de communiquer avec *nous* pour demander le remboursement. Tous les voyageurs assurés au titre d'un même contrat doivent retourner ensemble à leur *lieu de résidence* ou être couverts par un *régime public d'assurance maladie* canadien pour qu'un remboursement puisse être accordé.

c. Si *vous* êtes titulaire d'un super visa pour parents et grands-parents, que *vous* avez souscrit une couverture de 365 jours et que *vous* demandez un remboursement partiel de la prime en raison de *votre* retour à *votre lieu de résidence* hâtif ou parce que *vous* quittez le Canada et :

- *vous* n'avez présenté aucune demande de règlement (acceptée ou non), les primes inutilisées (minimum de 25 \$), peuvent être remboursées lorsque *vous* avez fourni une preuve de *votre* retour à *votre lieu de résidence* ou de *votre* départ du Canada.
- *vous* avez présenté une demande de règlement ou êtes en droit de recevoir une prestation qui n'a pas encore été versée ou l'ensemble des frais admissibles présentés ne dépasse pas le montant de la franchise, *vous* pouvez demander le retrait des demandes de règlement déjà présentées et, sous réserve de *notre* approbation, la prime inutilisée peut *vous* être remboursée. Des frais administratifs de 300 \$ par demande de règlement seront déduits de tout montant remboursé.
- Lorsqu'une demande de règlement a été refusée ou que la prestation a été versée, aucun remboursement n'est possible.

Une demande de résiliation écrite du présent contrat doit être reçue dans les 60 jours suivant la date de *votre* retour à *votre lieu de résidence* accompagnée d'une preuve de *votre* départ du Canada. En aucun cas *nous* n'antidaterons une résiliation de plus de 60 jours avant la date de réception de *votre* demande de résiliation. Si *votre* demande de résiliation est reçue plus de 30 jours après la date de *votre* retour à *votre lieu de résidence*, *nous* exigeons une copie de chaque page de *votre* passeport pour vérifier que *vous* n'êtes pas venu au Canada entre la date de *votre* retour à *votre lieu de résidence* et la date à laquelle *vous* avez soumis *votre* demande de remboursement. Une fois que toute demande de remboursement de primes est reçue, il n'est plus possible de présenter une demande de règlement pour des frais au titre du contrat, peu importe la date à laquelle ces frais ont été engagés. Les remboursements sont portés au compte de la carte de crédit utilisée pour payer la prime.

Toute demande de remboursement peut être envoyée à Manuvie, P.O. Box 4262, Stn A, Toronto (Ontario) M5W 5T4.

Aucun remboursement n'est accordé pour la garantie Interruption de *voyage* après la *date d'effet*, les *voyages* secondaires ou les interruptions de *voyage* sans résiliation de couverture.

## 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.

+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.

Le Centre d'assistance vérifiera *votre* couverture et *vous* l'expliquera; il *vous* dirigera vers un fournisseur de soins médicaux, verra à ce que les frais pour lesquels *vous* êtes couvert *nous* soient facturés directement, dans la mesure du possible, et fera un suivi de *votre problème de santé*.

Si *vous* n'appellez pas le Centre d'assistance avant de recevoir un *traitement* médical, *vous* devrez payer 20 % des frais médicaux que *nous* paierions normalement au titre de la présente assurance. S'il *vous* est impossible d'un point de vue médical d'appeler 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 d'appeler le Centre d'assistance dès que *vous* êtes en état de le faire, sinon de demander à quelqu'un de le faire à *votre* place.

### Instructions d'envoi :

Veillez poster tous les originaux des reçus, notes ou factures à :

**Assurance voyage 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 *votre* demande de règlement en ligne.

*Vous* devez *nous* faire parvenir *votre* demande dans les 90 jours suivant la date du sinistre.

Assurez-*vous* de conserver des copies de *vos* reçus, notes et factures pour *vos* dossiers.

Pour connaître les documents exigés pour chaque type de demande de règlement, veuillez consulter la section traitant du régime d'assurance au titre duquel *vous* présentez une demande de règlement.

## Ce qui est couvert par la garantie Soins médicaux d'urgence

La garantie Soins médicaux d'*urgence* couvre les frais admissibles effectivement engagés pour les soins médicaux requis si une *urgence* médicale survient de façon imprévue après la *date d'effet* de *votre* assurance, lorsque ces frais ne sont pas couverts par un autre régime d'assurance. Le maximum payable dépend du régime que *vous* souscrivez. Les soins médicaux doivent être requis dans le cadre de *votre traitement d'urgence* et prescrits par un *médecin* (ou un dentiste dans le cas d'un *traitement* dentaire).

*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,

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.

le tomodensitogramme, l'angiogramme par tomodynamométrie, 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 frais couverts et les prestations sont assujettis aux exclusions et aux restrictions stipulées dans le contrat et à votre franchise.

Le montant de la franchise est le montant des frais couverts que vous êtes tenu de payer par personne, par demande de règlement de soins médicaux d'urgence. Votre franchise s'applique au montant qu'il reste à payer une fois que les frais couverts par tout autre régime d'assurance dont vous pouvez être titulaire ont été payés. La franchise est précisée dans votre avis de confirmation et s'applique à chaque demande de règlement.

Les frais couverts admissibles sont les suivants :

**1. Frais engagés pour recevoir des soins médicaux d'urgence –**

Frais raisonnables et usuels pour recevoir des soins d'un médecin dans un hôpital ou à l'extérieur d'un hôpital, coût d'une chambre d'hôpital (chambre à deux lits, si disponible, ou lit dans une unité de soins intensifs si cela est nécessaire du point de vue médical), services d'un infirmier personnel 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 et autres appareils médicaux, tests effectués afin de diagnostiquer ou de préciser votre problème, et médicaments qui vous sont prescrits et sont délivrés uniquement sur ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste. Les visites de suivi sont couvertes jusqu'à ce que le médecin traitant ou nos conseillers médicaux déclarent que l'urgence médicale est terminée.

**2. Frais engagés pour recevoir des services paramédicaux –**

Traitement fourni par un chiropraticien, un ostéopathe, un acupuncteur, un physiothérapeute, un chiroprodiste (podologue) ou un podiatre autorisés, jusqu'à concurrence de 300 \$ par profession, pourvu que le traitement fourni soit dû à une urgence, prescrit par un médecin et autorisé à l'avance par le Centre d'assistance. Les soins et les services paramédicaux ne peuvent être fournis ni par soi-même, ni par un membre de sa famille immédiate.

**3. Frais de transport en ambulance – Frais raisonnables et usuels engagés pour le service de transport local terrestre par ambulance autorisée, à destination du fournisseur de soins médicaux approprié le plus proche en cas d'urgence.**

**4. Frais engagés pour un 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
- si vous recevez un coup accidentel à la bouche, jusqu'à concurrence de 3 000 \$ pour la restauration ou le remplacement de vos dents naturelles ou prothèses fixes permanentes.

**5. Frais relatifs à votre décès –** Si vous décédez durant votre voyage des suites d'une urgence couverte par la présente assurance, nous remboursons à vos ayants droit les frais suivants :

- jusqu'à 3 000 \$ pour la préparation de votre dépouille sur place et le coût du conteneur, ainsi que le coût du transport de votre dépouille à votre lieu de résidence (dans le conteneur de transport ordinaire normalement utilisé par la compagnie aérienne); ou

- jusqu'à 3 000 \$ pour la préparation de votre dépouille et le coût d'un cercueil ordinaire, et jusqu'à 3 000 \$ pour votre inhumation sur place; ou
- jusqu'à 3 000 \$ pour les frais d'incinération de votre dépouille sur place et le coût du transport de vos cendres jusqu'à votre lieu de résidence.

De plus, si quelqu'un est légalement tenu d'identifier votre dépouille et doit se rendre sur place, l'assurance couvre le coût d'un billet d'avion aller-retour en classe économique, par l'itinéraire le plus économique et, jusqu'à concurrence de 300 \$, les frais d'hôtel et de repas engagés par cette personne. Celle-ci est également couverte par la garantie Soins médicaux d'urgence aux termes des mêmes conditions et restrictions que celles énoncées dans votre contrat pour une durée maximale de 72 heures.

**6. Frais de rapatriement jusqu'à votre lieu de résidence –**

Si votre médecin traitant vous recommande de retourner à votre lieu de résidence en raison d'une urgence ou si nos conseillers médicaux vous recommandent de retourner à votre lieu de résidence après votre traitement d'urgence, nous payons les frais engagés dans un ou plusieurs des cas suivants :

- le coût supplémentaire d'un billet d'avion en classe économique, par l'itinéraire le plus économique;
- le coût du billet avec civière à bord d'un vol commercial, par l'itinéraire le plus économique, lorsque la civière est nécessaire du point de vue médical;
- 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; ou
- le coût du transport par ambulance aérienne, s'il est nécessaire du point de vue médical.

**7. Frais supplémentaires pour les repas, l'hôtel, les appels téléphoniques 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 exige votre transfert ailleurs qu'à votre destination initiale, nous vous remboursons, jusqu'à concurrence de 150 \$ par jour et sous réserve d'un plafond de 1 500 \$, vos frais supplémentaires d'hôtel et de repas, ainsi que vos frais d'appels téléphoniques et de taxi indispensables. Nous ne remboursons que les frais effectivement engagés.

**8. Frais de transport d'une personne devant rester à votre chevet –**

Si vous voyagez seul et êtes admis dans un hôpital pour une durée de 3 jours ou plus en raison d'une urgence médicale, nous payons, jusqu'à concurrence de 3 000 \$, le coût d'un billet d'avion aller-retour en classe économique, par l'itinéraire le plus économique, d'un membre de votre famille immédiate ou d'un ami proche qui doit rester auprès de vous. Nous payons également, jusqu'à concurrence de 300 \$, ses frais d'hôtel et de repas. Cette personne est également couverte par la garantie Soins médicaux d'urgence que vous avez souscrite, jusqu'à ce que vous soyez, du point de vue médical, en état de retourner à votre lieu de résidence. Si l'assuré est un enfant ou si celui-ci est atteint d'une déficience physique ou mentale et qu'il est à la charge du membre de la famille immédiate à son chevet, cette couverture est offerte dès son admission à l'hôpital.



9. **Frais pour la garde d'enfants** – Si vous êtes admis à l'hôpital, nous couvrons les frais engagés pour qu'un accompagnateur prenne soin des enfants si de tels services s'avèrent nécessaires. Cette personne ne peut pas être le père ou la mère de l'enfant, un membre de la famille immédiate, votre compagnon de voyage, ni la personne dont vous êtes l'invité durant le voyage. Nous vous remboursons une somme pouvant aller jusqu'à 100 \$ par jour, sous réserve d'un plafond de 300 \$ par voyage. Vous devez avoir eu la garde de ces enfants durant votre voyage.
10. **Frais de rapatriement d'enfants dont vous avez la garde** – Si vous êtes admis à l'hôpital pour plus de 24 heures ou si vous devez retourner à votre lieu de résidence en raison d'une urgence, nous payons le coût supplémentaire des billets d'avion en classe économique, par l'itinéraire le plus économique, pour le retour des enfants au lieu de résidence, et le coût du billet d'avion aller-retour en classe économique, par l'itinéraire le plus économique, d'un accompagnateur qualifié, si la compagnie aérienne exige que les enfants soient accompagnés. Vous devez avoir eu la garde de ces enfants durant votre voyage et ceux-ci doivent être couverts au titre du présent contrat.
11. **Interruption de voyage sans résiliation de couverture** – Vous pouvez retourner à votre lieu de résidence sans résiliation de couverture, à la condition que vous ayez soumis au préalable une demande à cet effet au Centre d'assistance et que cette demande ait été approuvée. Votre couverture est interrompue mais n'est pas résiliée après votre départ du Canada et durant votre séjour à votre lieu de résidence. Votre couverture est remise en vigueur dès votre retour au Canada. Aucun remboursement de prime ne vous est accordé pour les jours passés à votre lieu de résidence.

## Ce qui n'est pas couvert par la garantie Soins médicaux d'urgence

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

1. Toute maladie ou affection dont vous souffrez au cours de la période d'attente.
2. **Pour le régime A** –
  - a. un problème de santé, diagnostiqué ou non, qui existait ou pour lequel vous avez cherché à obtenir ou avez obtenu des conseils médicaux, une consultation médicale ou une investigation médicale, ou pour lequel un traitement a été requis ou recommandé par un médecin, dans les 180 jours précédant la date d'effet de l'assurance;
  - b. une affection cardiaque si, dans les 180 jours qui précèdent la date d'effet de l'assurance, vous avez eu besoin d'une forme quelconque de nitroglycérine pour soulager des douleurs angineuses; et/ou
  - c. une affection pulmonaire si, dans les 180 jours qui précèdent la date d'effet de l'assurance, vous avez eu besoin d'un traitement à l'oxygène ou à la prednisone pour une affection pulmonaire.
3. **Pour le régime B** –
  - a. un problème de santé préexistant qui n'était pas stable dans les 180 jours qui précèdent la date d'effet de l'assurance;
  - b. une affection cardiaque si, dans les 180 jours qui précèdent la date d'effet de l'assurance, vous avez eu besoin d'une forme quelconque de nitroglycérine pour soulager des douleurs angineuses; et/ou
- c. une affection pulmonaire si, dans les 180 jours qui précèdent la date d'effet de l'assurance, vous avez eu besoin d'un traitement à l'oxygène ou à la prednisone pour une affection pulmonaire.
4. Les frais liés à un problème de santé préexistant pour lequel vous avez été hospitalisé plus d'une fois ou pendant au moins 2 jours consécutifs dans les 12 mois qui précèdent la date d'effet de votre assurance.
5. Les frais couverts qui excèdent les frais raisonnables et usuels normalement exigés là où survient l'urgence médicale.
6. Les frais couverts qui excèdent le montant assuré maximal offert au titre du régime que vous avez souscrit.
7. Aucuns frais ne sont remboursés ou aucune prestation n'est versée si les renseignements fournis dans la proposition d'assurance ne sont pas véridiques et exacts ou si vous ne répondiez pas aux critères d'admissibilité de cette couverture.
8. Les frais couverts qui excèdent 80 % de ceux que nous paierions normalement au titre de la présente assurance, si vous ne communiquez pas avec le Centre d'assistance dans les 24 heures suivant une hospitalisation, sauf si votre problème de santé vous empêche de téléphoner (dans ce cas, la quote-part de 20 % ne s'applique pas).
9. Tout traitement qui n'est pas un traitement d'urgence.
10. La poursuite du traitement d'un problème de santé lorsque vous avez déjà reçu un traitement d'urgence pour ce problème durant votre voyage, si nos conseillers médicaux établissent que l'urgence médicale a pris fin.
11. Tout problème de santé ou symptôme :
  - lorsque vous saviez, 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 vous faire soigner pour ce problème de santé durant votre voyage; et/ou
  - pour lequel il était raisonnable d'escompter, avant de quitter votre lieu de résidence ou avant la date d'effet de la couverture, que vous auriez besoin d'un traitement au cours de votre voyage; et/ou
  - pour lequel une investigation future ou un traitement ultérieur étaient prévus avant même que vous quittiez votre lieu de résidence; et/ou
  - dont les symptômes auraient amené toute personne normalement prudente à se faire soigner dans les 3 mois précédant le départ du lieu de résidence; et/ou
  - qui avait incité votre médecin à vous déconseiller d'entreprendre votre voyage.
12. Les soins médicaux urgents et non urgents requis à la suite d'une blessure que vous avez subie durant une interruption de voyage sans résiliation de couverture ou à la suite d'une maladie qui est apparue ou a été traitée durant une telle interruption de voyage (vous reporter au paragraphe n° 11 de la section traitant de ce qui est couvert).

13. Toute *urgence* survenant lors de *vo*tre 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.
14. Les blessures que *vous* êtes infligées, à moins qu'une attestation médicale n'établisse qu'elles sont reliées à un trouble mental.
15. 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.
16. 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.
17. • Tout *problème de santé*, y compris les symptômes de sevrage découlant de *vo*tre 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 *vo*tre voyage, découlant ou se rapportant de quelque façon que ce soit à l'abus d'alcool, de drogues et d'autres substances intoxicantes.
18. Tout sinistre attribuable à *vos troubles mentaux ou émotifs mineurs*.
19. • *Vos* soins prénatals et postnatals de routine.
- *Vo*tre grossesse, *vo*tre 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.
20. *Vo*tre enfant né au cours de *vo*tre voyage.
21. Pour les *enfants* assurés âgés de moins de 2 ans, tout *problème de santé* lié à une déficience congénitale.
22. Tout service devant être autorisé et coordonné préalablement par le Centre d'assistance, mais qui ne l'a pas été.
23. Une *urgence* qui survient une première fois ou de nouveau après que *nos* conseillers médicaux *vous* ont recommandé de retourner à *vo*tre lieu de résidence après *vo*tre *traitement* d'*urgence*, si *vous* décidez de ne pas le faire.
24. Tout décès ou toute *blessure* alors que *vous* pilotez un aéronef, apprenez à piloter un aéronef ou agissez en tant que membre d'équipage d'un aéronef.
25. Contrats consécutifs sans interruption de couverture et prolongations de couverture : tout *problème de santé* dont la première manifestation, le diagnostic ou le *traitement* ont lieu après la *date de départ* prévue, mais avant la *date d'effet* du contrat suivant ou de la prolongation d'assurance.
26. Toute visite de suivi à l'extérieur du Canada lorsque l'*urgence* s'est produite au Canada.
27. 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.
28. Un *fait de guerre* ou un *acte terroriste*.
- ### Autres conditions applicables à la garantie Soins médicaux d'urgence
- Si *vo*tre employeur actuel ou précédent *vous* procure un régime d'assurance *maladie* complémentaire *vous* offrant une couverture viagère maximale de 50 000 \$ ou moins, *nous* n'appliquons pas la coordination des prestations à cette couverture. Toutefois, si *vo*tre plafond viager est supérieur à 50 000 \$, *nous* appliquons la coordination des prestations, mais uniquement aux frais en excédent de 50 000 \$.
- ### Si *vous* présentez une demande de règlement au titre de la présente garantie, *nous* aurons besoin des documents suivants :
- a. les reçus originaux de toutes les notes et factures;
  - b. une preuve du paiement fait par *vous* ou par un autre régime d'assurance;
  - c. 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;
  - 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 des dates de *voyages* secondaires effectués à l'extérieur du Canada; et
  - f. une copie de *vo*tre billet et de *vo*tre passeport confirmant les dates de *vo*yage et l'entrée au Canada.
- ### Ce qui est couvert par la garantie facultative Accident de voyage
- La garantie Accident de *vo*yage est une garantie facultative qui offre une couverture en cas de décès ou de perte d'un membre ou de la vue attribuable à une *blessure* pendant *vo*tre *vo*yage couvert.
1. Jusqu'à 50 000 \$ si, par suite d'une *blessure*, *vous* décédez, *vous* perdez totalement et irrémédiablement la vision des deux yeux ou *vous* subissez le sectionnement complet de deux membres au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville dans les 365 jours suivant l'accident.
  2. Jusqu'à 25 000 \$ si, par suite d'une *blessure*, *vous* perdez totalement et irrémédiablement la vision d'un œil ou subissez le sectionnement complet d'un membre au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville dans les 365 jours suivant l'accident
  3. Si *vous* subissez plusieurs *blessures* durant *vo*tre *vo*yage, *nous* payons la somme assurée applicable uniquement à l'accident qui *vous* donne droit à l'indemnité la plus élevée.

## Ce qui n'est pas couvert par la garantie facultative Accident de voyage

Au titre de la garantie Accident de *voyage*, nous ne couvrons ni les frais ni les services liés à *vos* décès ou à toute *blessure* s'ils sont attribuables, directement ou indirectement, à ce qui suit :

- 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.
- Les blessures que *vous* êtes infligées, à moins qu'une attestation médicale n'établisse qu'elles sont reliées à un trouble mental.
- 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.
- 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.  
• 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.
- Tout sinistre attribuable à *vos troubles mentaux* ou *émotifs mineurs*.
- Le pilotage ou l'apprentissage du pilotage d'un aéronef, ou *vos* service en tant que membre d'équipage d'un aéronef.
- La perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel, par *vous* ou par *vos* bénéficiaire.
- Une *maladie*, même si la cause immédiate de son apparition ou de sa réapparition est une *blessure*.
- Un *fait de guerre* ou un *acte terroriste*.

### Les conditions suivantes s'appliquent aux demandes de règlement au titre de la garantie Accident de voyage :

- Si *vos* dépouille n'est pas retrouvée dans les 12 mois suivant l'accident, nous présumerons que *vous* êtes décédé des suites de *vos* blessures.
- En cas de demande de règlement au titre de cette assurance, il faut nous fournir les pièces suivantes : a) un rapport de police, d'autopsie ou du coroner, b) les dossiers médicaux et c) le certificat de décès, selon le cas.

## Ce qui est couvert par la garantie facultative Interruption de voyage

La garantie Interruption de *voyage* est une garantie facultative qui prévoit une couverture pour une situation couverte qui interrompt *vos* voyage. Les situations couvertes après *vos* arrivée au Canada en provenance de *vos* lieu de résidence comprennent :

- un *problème de santé* apparu soudainement chez *vous* ou chez *vos* compagnon de voyage, *vos* décès ou le décès de *vos* compagnon de voyage;
- un *problème de santé* apparu soudainement ou le décès d'un membre de *vos* famille immédiate ou de la *famille immédiate* de *vos* compagnon de voyage;
- l'hospitalisation d'*urgence* ou le décès de la personne dont *vous* êtes l'invité durant *vos* voyage.

Si *vos* voyage est interrompu en raison d'une situation couverte au titre de la présente garantie, nous payons, jusqu'à concurrence de 1 500 \$ pour une couverture individuelle ou jusqu'à concurrence de 5 000 \$ pour une couverture familiale, les frais suivants :

- la portion prépayée de *vos* voyage qui n'est ni remboursable ni transférable à une autre date, sauf la portion prépayée non utilisée de *vos* transport à *vos* lieu de résidence; ou
- vos* frais additionnels et imprévus d'hôtel et de repas, ainsi que *vos* appels téléphoniques et frais de taxi indispensables, jusqu'à concurrence de 300 \$ par jour pour une durée maximale de 2 jours, lorsque des arrangements ne peuvent être pris pour que le transport s'effectue plus tôt; et/ou
- vos* billet d'avion aller simple en classe économique, par l'itinéraire le plus économique, pour retourner à *vos* lieu de résidence.

## Ce qui n'est pas couvert par la garantie facultative Interruption de voyage

Au titre de la garantie Interruption de *voyage*, nous ne couvrons pas les frais découlant directement ou indirectement des situations suivantes :

- Un *problème de santé* lié à une situation couverte, si ce *problème de santé* n'était pas *stable* dans les 3 mois précédant la *date d'effet* de l'assurance.
- Une situation qui, à *vos* connaissance ou à celle de *vos* compagnon de voyage, à la date à laquelle *vous* avez souscrit la présente assurance ou avant, pourrait éventuellement *vous* empêcher de terminer *vos* voyage tel que *vous* l'aviez réservé lorsque *vous* avez souscrit la présente assurance.
- Le *problème de santé* ou le décès d'une personne malade lorsque le but de *vos* voyage est de rendre visite à cette personne.
- Des réservations de *voyage* pour lesquelles aucune prime n'a été payée avant que *vous* quittiez *vos* lieu de résidence.
- Tout sinistre attribuable à *vos troubles mentaux* ou *émotifs mineurs*.
- Les blessures que *vous* êtes infligées, à moins qu'une attestation médicale n'établisse qu'elles sont reliées à un trouble mental.
- 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.
- 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.

9. • 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.
- 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.
10. • *Vos* soins prénatals et postnatals de routine.
- *Votre* grossesse, *vos* 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.
11. *Votre* enfant né au cours de *vos* voyage.
12. Tout *problème de santé* ou symptôme :
  - lorsque *vous* saviez, avant de quitter *vos* 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 *vous* faire soigner pour ce *problème de santé* durant *vos* voyage; et/ou
  - pour lequel il était raisonnable d'escompter avant de quitter *vos* lieu de résidence que *vous* auriez besoin d'un *traitement* durant *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
  - dont les symptômes auraient amené toute personne normalement prudente à se faire soigner dans les 3 mois précédant le départ du *lieu de résidence*; et/ou
  - qui avait incité *vos* médecin à *vous* déconseiller d'entreprendre *vos* voyage.
13. Le défaut de tout fournisseur de services de voyage, notamment un agent de voyage, une agence de voyage ou un courtier en voyages, de *vous* procurer les services qu'il s'est engagé par contrat à *vous* fournir.
14. Un *fait de guerre* ou un *acte terroriste*.

**Les conditions suivantes s'appliquent aux demandes de règlement au titre de la garantie Interruption de voyage :**

1. *Vous* devez communiquer avec le Centre d'assistance immédiatement ou, au plus tard, le jour ouvrable suivant l'événement qui a causé l'interruption du *voyage*. Si *vous* tardez à communiquer avec le Centre d'assistance, *vos* prestation sera limitée au montant non remboursable qui aurait été payable à la date à laquelle la situation à l'origine de la demande de règlement s'est produite.
2. *Nous* aurons besoin d'une preuve du motif de la demande, y compris un certificat médical rempli par le *médecin* traitant et expliquant pourquoi le *voyage* n'a pu être effectué conformément aux réservations, et, s'il y a lieu, *nous* aurons également besoin de ce qui suit :
  - a) les originaux des billets de transport et des bons non utilisés;
  - b) les originaux des reçus pour les nouveaux billets de transport que *vous* avez dû acheter; c) les originaux des reçus pour les frais de *voyage* que *vous* aviez payés d'avance et pour les frais supplémentaires d'hôtel, de repas, de taxi et de téléphone que *vous* avez pu engager; d) toute autre facture ou tout reçu à l'appui de *vos* demande et e) le dossier médical intégral de toute personne dont l'état de santé ou le *problème de santé* constitue la raison de *vos* demande de règlement.

## Renseignements complémentaires

La présente police est établie sur la base des renseignements fournis dans la proposition d'assurance ou en lien avec cette dernière (incluant les réponses du *questionnaire médical*, s'il y a lieu). Le contrat que *vous* souscrivez auprès de *nous* est composé des éléments suivants : la présente police, *vos* proposition pour cette police (y compris le *questionnaire médical* dûment rempli, le cas échéant), l'*avis de confirmation* établi relativement à cette proposition et toute autre modification ou tout autre avenant établis pour prolonger la couverture.

Lorsque *vous* remplissez la proposition d'assurance et répondez aux questions médicales (le cas échéant), *vos* réponses doivent être complètes et exactes. En cas de réclamation, *nous* vérifierons *vos* antécédents médicaux. Si une de *vos* réponses est incomplète ou inexacte :

- *vos* protection sera annulée;
- *vos* réclamation sera refusée.

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 *vos* part dans *vos* proposition d'assurance, ou dans *vos* demande de prolongation de couverture ou de complément d'assurance 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 *vos* nom tente de *nous* tromper ou fait une déclaration ou une réclamation frauduleuse, mensongère ou exagérée.

Le présent contrat d'assurance est sans participation. *Vous* n'avez pas droit à *nos* bénéfices répartis.

Nonobstant toutes les autres dispositions qu'il contient, le présent contrat est assujéti aux dispositions générales des lois provinciales régissant les contrats d'assurance accidents et maladies en vigueur dans la province ou le territoire où est établi *vos* contrat.

### Limitation de responsabilité

*Nos* 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. La participation des assureurs est individuelle et non conjointe, et 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 du contrat peuvent être modifiés sans préavis.

Au paiement de la prime, le présent document devient un contrat exécutoire à condition qu'il soit accompagné d'un *avis de confirmation* dans lequel figure un numéro de contrat et que *nous* recevions *vos* proposition dûment remplie (y compris le *questionnaire médical*, le cas échéant) avant la *date d'effet* de l'assurance.

Si la prime n'est pas suffisante pour couvrir toute la période de couverture choisie, *nous* :

1. facturons et percevons la portion impayée de la prime; ou
2. écourtons la durée du contrat en établissant un avenant écrit, si la portion impayée de la prime ne peut être perçue.

La couverture ne prend pas 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 s'il n'existe aucune preuve de *vo*tre paiement.

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

Les couvertures d'assurance décrites dans le présent contrat sont 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 ou, *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 aux frais engagés à l'extérieur de *vo*tre lieu de résidence qui sont en excédent des sommes assurées au titre de ces autres couvertures.

Si *vous* avez droit, auprès d'un autre assureur, à des prestations analogues à celles que prévoit la présente assurance, 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 (sauf si *vous* détenez auprès de *vo*tre employeur actuel ou précédent un régime d'assurance *maladie* complémentaire *vous* procurant une couverture viagère maximale de 50 000 \$ ou moins).

De plus, *nous* disposons d'un plein droit de subrogation. En cas de règlement au titre du présent contrat, *nous* avons le droit d'intenter des poursuites, en *vo*tre nom mais à *nos* frais, contre les tiers pouvant être à l'origine du sinistre faisant l'objet de la demande de règlement au titre du présent contrat. *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 d'assurance établis 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 au montant le plus élevé stipulé pour la garantie en cause dans quelque contrat d'assurance que ce soit. Si *vous* êtes assuré au titre de plusieurs contrats et si la couverture totale de toutes les assurances accidents que *vous* détenez excède 50 000 \$, *notre* responsabilité totale ne peut dépasser ce montant. Toute assurance excédentaire est nulle et les primes payées pour cette assurance excédentaire sont remboursées.

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

Sauf dans le cas de *vo*tre décès, *nous* payons les frais couverts au titre de la présente assurance à *vous-même* ou au prestataire des 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 contrat. 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 *vous* a été fourni le service stipulé dans *vo*tre demande de règlement. *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 une demande de règlement, le cas sera soumis à l'arbitrage en vertu des lois régissant l'arbitrage dans la province ou le territoire du Canada où *vo*tre police a été établie.

Les actions ou instances en recouvrement des sommes payables aux termes du présent contrat intentées contre l'assureur sont irrecevables sauf si elles sont intentées dans les délais prescrits par la *Loi sur les assurances* ou toute autre loi applicable, ou par la *Loi sur la prescription des actions* de 2002 en Ontario.

Pour établir la validité d'une demande de règlement au titre du présent contrat, *nous* pouvons *nous* procurer pour étude les dossiers médicaux de *vo*tre ou *vos* médecins traitants, y compris les dossiers du ou des *médecins* que *vous* avez l'habitude de consulter à *vo*tre lieu de résidence. Ces dossiers peuvent être utilisés pour établir la validité de la demande, que leur contenu ait été porté ou non à *vo*tre connaissance avant la présentation de *vo*tre demande de règlement au titre du présent contrat. 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 du présent contrat et *vous* devez collaborer avec *nous*. Si *vous* décédez, *nous* avons le droit d'exiger une autopsie, sauf si la loi l'interdit.

### Définitions

Voici la définition des mots écrits en italique.

**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.

**Activités de la vie quotidienne** – Manger, prendre un bain, aller aux toilettes, changer de position (y compris se coucher et sortir du lit et s'asseoir sur une chaise et se relever) et s'habiller.

**Âge ou âgé(e)** – *Vo*tre âge à la *date d'effet* de *vo*tre assurance.

**Avis de confirmation** – La présente police, la proposition d'assurance liée à celle-ci et tout autre document confirmant *vo*tre 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 *vo*tre *voyage*.

**Blessure** – Lésion corporelle soudaine qui résulte d'une cause d'origine externe et purement accidentelle. Au titre de la garantie Accident de *voyage*, la *blessure* doit également résulter d'une cause indépendante d'une *maladie* ou d'une 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.

Il n'y a pas de *changement de médicament* dans les cas suivants :

- le remplacement d'un médicament de marque par un médicament générique équivalent dont la posologie est la même;
- le rajustement périodique de la posologie de *vo*tre médicament uniquement en raison de sa concentration dans *vo*tre sang, si *vo*us prenez du Coumadin (warfarine) ou de l'insuline et devez faire vérifier régulièrement sa concentration dans *vo*tre sang et si *vo*tre *problème de santé* demeure inchangé.

**Compagnon de voyage** – Personne visée par *vo*s réservations de *vo*yage pour le même *vo*yage jusqu'à concurrence de trois personnes (y compris *vo*us-même).

**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 *vo*us quittez *vo*tre *lieu de résidence*.

**Date d'effet** – Date à laquelle *vo*tre couverture débute. *Vo*tre couverture débute selon la dernière éventualité à survenir :

- la *date d'effet* de l'assurance indiquée dans *vo*tre *avis de confirmation*; ou
- l'heure et la date de *vo*tre arrivée au Canada en provenance de *vo*tre *lieu de résidence*.

Si *vo*us souscrivez *vo*tre assurance après *vo*tre arrivée au Canada, la *période d'attente* prévue s'applique à toutes les demandes de règlement que *vo*us présentez au titre de cette assurance, sauf dans le cas d'une *blessure*.

**Date d'expiration** – La première éventualité à survenir :

- la date à laquelle *vo*us quittez le Canada pour retourner à *vo*tre *lieu de résidence*;
- la date à laquelle *vo*tre contrat expire, telle qu'elle est indiquée dans *vo*tre *avis de confirmation*;
- la date à laquelle *vo*us devenez un résident d'une maison de soins infirmiers, d'un foyer pour personnes âgées ou d'un autre établissement de soins de longue durée durant *vo*tre *vo*yage;
- 365 jours après la *date d'effet* de *vo*tre assurance; ou
- le premier jour où *vo*us êtes assuré au titre d'un *régime public d'assurance maladie*.

**Enfant** – *Vo*tre fils ou *vo*tre fille, célibataire et à *vo*tre charge, qui *vo*yage avec *vo*us ou qui *vo*us rejoint durant *vo*tre *vo*yage, et qui :

- est *âgé* d'au moins 30 jours, mais de moins de 21 ans; ou
- a une déficience physique ou mentale et est entièrement à *vo*tre charge, peu importe son *âge*.

**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 soins infirmiers, ou foyer pour personnes âgées ou station thermale.

**Lieu de résidence** – *Vo*tre pays de résidence ou de provenance; ou le lieu d'où *vo*us partez avant d'arriver au Canada.

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

**Médecin** – Une personne autre que *vo*us-même, un membre de *vo*tre *famille immédiate*, ou *vo*tre *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** –

- la période de 48 heures à compter de la *date d'effet* inclusivement de *vo*tre assurance, si cette date tombe dans les 30 jours suivant *vo*tre arrivée au Canada;
- la période de 8 jours à compter de la *date d'effet* inclusivement de *vo*tre assurance, si cette date tombe plus de 30 jours suivant *vo*tre arrivée au Canada.

Tout sinistre survenant pendant la *période d'attente* n'est pas couvert.

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

- dans le cas d'une *blessure*; ou
- si *vo*us souscrivez le présent contrat avant la *date d'expiration* d'un contrat d'assurance Visiteurs au Canada en vigueur que *nous* avons établi et que le présent contrat doit prendre effet le lendemain de cette *date d'expiration*, à condition que le montant de couverture ne soit pas augmenté et qu'aucun changement ne soit apporté au régime choisi.

**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* que *vo*us aviez avant la *date d'effet* de *vo*tre assurance.

**Questionnaire médical** – Toutes les questions médicales incluses dans la proposition d'assurance au titre du présent contrat.

**Raisonnables et usuels** – 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.

**Régime public d'assurance maladie** – Couverture d'assurance *maladie* offerte par le gouvernement d'une province ou d'un territoire du Canada à ses résidents.

**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.

**Transporteur public** – Moyen de transport (autocar, taxi, train, bateau, avion ou autre véhicule) exploité en vertu d'un permis de transport de passagers payants, et conçu et utilisé essentiellement à cette fin.

**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 retourner dans *vos* province ou territoire de résidence ou *vos* pays de résidence pour recevoir des *traitements*.

**Vous, vous-même, votre, vos** – La personne désignée comme l'assuré dans l'*avis de confirmation*, et pour qui l'assurance a été souscrite et la prime appropriée *nous* a été versée.

**Voyage** – Période comprise entre la *date d'effet* et la *date d'expiration* de *vos* assurance.

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.

## Avis sur la vie privée

**La protection de votre vie privée nous tient à cœur.** *Nous nous* engageons à préserver le caractère confidentiel des renseignements qui *nous* sont fournis à *vos* sujet en vue 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 spécifiques et détaillés demandés dans la proposition 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 traiter les demandes de règlement. L'accès à ce dossier est limité aux employés, mandataires, administrateurs et agents responsables de l'évaluation des risques, 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, organismes 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-dessous.

*Vos* 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, 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 St. Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8.

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