

# Police d'assurance Annulation de voyage et Interruption de voyage **Assurance voyage pour les Canadiens**

Entrée en vigueur : juillet 2020

Assurance établie par

**La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et La Nord-américaine,**  
première compagnie d'assurance (filiale en propriété exclusive de Manuvie).

# Important : Détacher et lire

Gardez cette carte avec vous.

Veillez 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**  
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

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

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

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

0720

 La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturiers  
pour télécharger l'application:  
Rendez-vous à l'adresse <http://www.active-care.ca/tr/travelaid/>  
de l'application mobile Travelaid.  
De plus, vous avez accès instantanément au Centre d'assistance au moyen  
est ouvert tous les jours, 24 heures sur 24.  
durant votre voyage, communiquez d'abord avec nous. Notre Centre d'assistance  
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**  
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

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

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

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

0720

 La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturiers  
pour télécharger l'application:  
Rendez-vous à l'adresse <http://www.active-care.ca/tr/travelaid/>  
de l'application mobile Travelaid.  
De plus, vous avez accès instantanément au Centre d'assistance au moyen  
est ouvert tous les jours, 24 heures sur 24.  
durant votre voyage, communiquez d'abord avec nous. Notre Centre d'assistance  
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

Admissibilité.....	3
Renseignements généraux.....	3
Début de votre couverture.....	3
Fin de votre couverture.....	3
Prolongation d'office.....	3
Prolongation d'un voyage.....	3
Annulations et remboursements.....	3
Assurance Annulation de voyage et Interruption de voyage.....	3
Garanties.....	3
Exclusions et restrictions.....	4
Ce que vous devez également savoir.....	5
Prime.....	6
Comment cette assurance s'harmonise-t-elle avec vos autres couvertures?.....	6
Présentation d'une demande de règlement.....	6
Conditions légales.....	7
Définitions.....	8
Avis sur la vie privée.....	10

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\\_of\\_Responsibilities\\_Fr.html](http://www.thiaonline.com/Travel_Insurance_Bill_of_Rights_of_Responsibilities_Fr.html)



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

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

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

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

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* (911 en Amérique du Nord) et *vous* prodiguer des conseils à suivre avant et après *votre* départ.

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 :** La présente police est établie par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie) et La Nord-américaine, première compagnie d'assurance (filiale en propriété exclusive de Manuvie). Veuillez noter que les risques identifiés dans ce document par le symbole ‡ sont couverts par La Nord-américaine, première compagnie d'assurance. Manuvie a choisi Active Claims Management Inc. (exerçant ses activités sous le nom d'Administration des Soins Actifs) comme seul prestataire des services d'assistance et de règlement offerts au titre de la présente police.

## Admissibilité

Pour être admissible à l'assurance Annulation de *voyage* et Interruption de *voyage* vous devez :

- résider au Canada ou voyager à travers le Canada; et
- avoir payé la prime appropriée;
- être âgé d'au moins trente (30) jours;
- ne pas avoir été déconseillé par un *médecin* de voyager actuellement;
- ne pas avoir une *maladie* en phase terminale ou ne pas avoir un cancer métastatique;
- ne pas avoir besoin de dialyse rénale;
- ne pas avoir utilisé d'oxygène à domicile, ni s'en être fait prescrire, au cours des douze (12) derniers mois; et
- n'avoir jamais reçu de greffe de moelle osseuse, de cellules souches ou d'organe (sauf une greffe de cornée).

L'assurance Annulation de *voyage* et Interruption de *voyage* couvre tout *voyage* effectué dans *vo*tre province de résidence.

## Renseignements généraux

### Début de *vo*tre couverture

La couverture au titre de la garantie Annulation de *voyage* débute à la date à laquelle *vous* payez la prime pour cette couverture, soit à la date d'achat indiquée dans *vo*tre *avis de confirmation*.

La couverture au titre de la garantie Interruption de *voyage* débute à la plus éloignée des dates suivantes :

- *date de départ*; ou
- *date d'effet* indiquée dans *vo*tre *avis de confirmation*.

### Fin de *vo*tre couverture

La couverture au titre de la garantie Annulation de *voyage* prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- *date de départ*;
- date à laquelle *vous* annulez *vo*tre *voyage*; ou
- *date d'expiration* indiquée dans *vo*tre *avis de confirmation*.

La couverture au titre de la garantie Interruption de *voyage* prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- date à laquelle *vous* revenez à *vo*tre *point de départ*; ou
- *date d'expiration* indiquée dans *vo*tre *avis de confirmation*.

### Prolongation d'office

*Vo*tre couverture est prolongée après la *date d'expiration* indiquée dans *vo*tre *avis de confirmation* si :

- *vo*tre *transporteur public* ou *vo*tre *véhicule* accuse un retard. Dans ce cas, *nous* prolongeons *vo*tre couverture pour une durée maximale de soixante-douze (72) heures;
- *vous* ou *vo*tre *compagnon de voyage* êtes hospitalisés à la *date d'expiration*. Dans ce cas, *nous* prolongeons *vo*tre couverture pour la durée de l'hospitalisation sous réserve d'un maximum de 365 jours ou pour une période maximale de cinq (5) jours après le congé de l'*hôpital*; ou
- *vous* ou *vo*tre *compagnon de voyage* faites face à une *urgence médicale* qui, sans nécessiter l'hospitalisation, *vous* empêche de voyager le jour de la *date d'expiration*, comme le confirme un *médecin*. Dans ce cas, *nous* prolongeons *vo*tre couverture pour une durée maximale de cinq (5) jours.

En aucun cas cependant, *nous* ne prolongeons quelque couverture que ce soit après la période de douze (12) mois suivant la date à laquelle *vous* avez quitté *vo*tre *lieu de résidence*.

### Prolongation d'un *vo*yage

Si *vous* avez déjà entrepris *vo*tre *vo*yage et désirez obtenir

une prolongation de couverture, avant la *date d'expiration* de *vo*tre couverture existante, il *vous* suffit d'appeler le service à la clientèle au 1 866 707-4922. *Vous* pourrez peut-être prolonger *vo*tre couverture, pourvu que la couverture ne soit pas tombée en déchéance, que *vous* n'avez pas vécu une situation qui a fait ou pourrait faire l'objet d'une demande de règlement au titre de la police et que *vo*tre état de santé n'a pas changé.

Toute demande de prolongation de couverture est assujettie à l'approbation du Centre d'assistance. En aucun cas cependant, *nous* ne prolongeons quelque couverture que ce soit après la période de douze (12) mois suivant la date à laquelle *vous* avez quitté *vo*tre *lieu de résidence*.

### Annulations et remboursements

Aucun remboursement n'est accordé et aucune annulation n'est permise pour le régime Annulation de *vo*yage et Interruption de *vo*yage.

## Assurance Annulation de *vo*yage et Interruption de *vo*yage

**Garanties – Ce qui est couvert par l'assurance Annulation de *vo*yage et Interruption de *vo*yage**

**Si l'une des situations couvertes énumérées ci-dessous survient avant que *vous* quittiez *vo*tre *lieu de résidence* et *vous* empêchez de voyager, *nous* payons, jusqu'à concurrence du montant couvert, la portion prépayée mais non utilisée de *vo*tre *vo*yage** qui n'est ni remboursable ni transférable à une autre date. De plus, si *vo*tre *compagnon de voyage* doit annuler son *vo*yage à cause d'une situation couverte qui s'applique à lui et que *vous* décidez de partir en *vo*yage comme prévu, *nous* payons *vo*tre nouveau tarif d'occupation jusqu'à concurrence du montant couvert. Pour annuler un *vo*yage avant la *date de départ* prévue, *vous* devez communiquer avec *vo*tre agent de voyage et *nous* en informer au 1 855 841-4796 ou au +1 519 988-7008 immédiatement ou au plus tard dans les quarante-huit (48) heures qui suivent l'événement qui a suscité l'annulation du *vo*yage.

**Si l'une des situations couvertes énumérées ci-dessous survient après que *vous* avez quitté *vo*tre *lieu de résidence* ou le jour même et *vous* oblige à interrompre *vo*tre *vo*yage, *nous* payons, jusqu'à concurrence du montant couvert, la portion inutilisée de *vos* réservations de *vo*yage** qui a été payée avant *vo*tre *date de départ* et qui n'est ni remboursable ni transférable à une autre date, sauf la portion prépayée mais non utilisée de *vo*tre transport à *vo*tre *lieu de résidence*. De plus, *nous* payons *vos* frais additionnels et imprévus d'hôtel et de repas, et *vos* appels téléphoniques et frais de taxi indispensables, jusqu'à concurrence de 300 \$ par jour pour une durée maximale de deux (2) jours, lorsque des arrangements ne peuvent pas être pris pour que le transport s'effectue plus tôt; et/ou *nous* payons *vo*tre billet d'*avion* aller simple en classe économique, par l'itinéraire le plus économique, pour *vous* rendre à la destination suivante prévue pour *vous* ou *vo*tre groupe, ou pour *vo*tre retour à *vo*tre *lieu de résidence*. *Nous* payons les frais exigés par la compagnie aérienne pour changer *vo*tre réservation si *vous* manquez *vo*tre correspondance, si cette option est offerte, ou jusqu'à 1 000 \$ pour le coût d'un billet aller simple en classe économique pour *vous* rendre à la destination suivante.

Voici le montant maximum payable au titre de l'assurance Annulation de *vo*yage et Interruption de *vo*yage :

- jusqu'à concurrence du montant de la couverture, tel qu'il est indiqué dans *vo*tre *avis de confirmation*, pour les frais admissibles engagés avant la *date de départ*; et
- le coût réel des frais admissibles engagés à la *date de départ* ou après.

Les prestations payables au titre de l'assurance **Annulation de voyage et Interruption de voyage** sont soumises aux plafonds, exclusions et restrictions stipulés dans la police. Ces prestations sont payables dans les situations suivantes :

1. *Vous* ou  *votre compagnon de voyage* contractez un *problème de santé* ou décédez de façon soudaine et imprévue.
2. Un membre de  *votre famille immédiate*, un membre de la  *famille immédiate* de  *votre compagnon de voyage* ou  *votre personne clé* contracte un *problème de santé* ou décède de façon soudaine et imprévue, ou encore la personne dont  *vous* serez l'invité durant  *votre voyage* est admise soudainement à l'*hôpital* ou décède subitement.
3.  *Vous* (ou  *votre conjointe*) a) tombez enceinte après avoir réservé  *votre voyage* et la  *date de départ* se situe dans les neuf (9) semaines précédant ou suivant la date prévue de l'accouchement ou b) adoptez légalement un enfant et l'avis de garde est reçu après la  *date d'effet* de l'assurance et la date de la garde de l'enfant est prévue durant les neuf (9) semaines précédant ou suivant la date de  *votre* départ.
4. ‡  *Votre visa* ou celui de  *votre compagnon de voyage* n'est pas délivré pour une raison indépendante de  *votre* ou de sa volonté.
5. ‡ Durant  *votre voyage*,  *vous* ou  *votre conjoint* êtes appelés à servir comme réservistes, pompiers, militaires, membres des forces policières, jurés ou défenseurs dans le cadre d'une poursuite civile, ou êtes assignés à témoigner.
6. ‡  *Vous*,  *votre conjoint*,  *votre compagnon de voyage* ou son  *conjoint* êtes mis en quarantaine ou victimes d'un détournement.
7. ‡  *Vous* ou  *votre compagnon de voyage* ne pouvez plus habiter  *vos* résidences principales respectives ou exploiter  *vos* établissements commerciaux respectifs en raison d'une catastrophe naturelle.
8. ‡  *Vous*,  *votre conjoint*,  *votre compagnon de voyage* ou son  *conjoint* perdez un emploi permanent à la suite d'une mise à pied ou d'un congédiement sans motif valable.
9. ‡  *Vous* ou  *votre compagnon de voyage* êtes mutés par l'employeur auprès duquel  *vous* ou  *votre compagnon de voyage* étiez employés au moment de la soumission de la proposition d'assurance, et  *vous* ou  *votre* compagnon de  *voyage* devez déménager de  *votre* résidence principale.
10. ‡ Une réunion d'affaires qui est la raison principale de  *votre voyage* et qui était prévue avant que  *vous*, ou  *vous* et  *votre compagnon de voyage*, souscriviez cette assurance est annulée pour une raison indépendante de  *votre* volonté ou de celle de  *votre* employeur, et cette réunion regroupe des sociétés sans lien de propriété. Les prestations ne sont payables qu'à  *vous*, ou à  *vous* et à  *votre compagnon de voyage* (une seule personne) qui avez souscrit cette assurance, si  *vous* aviez planifié d'assister à cette réunion d'affaires.
11. ‡ Le gouvernement du Canada publie après la date de souscription de  *votre* assurance, mais avant  *votre date de départ* ou encore durant  *votre voyage*, un avis aux voyageurs conseillant aux « d'éviter tout voyage » ou « d'éviter tout voyage essentiel » dans une destination comprise dans  *votre voyage*. Cette clause ne s'applique qu'aux résidents du Canada.
12. ‡ Le *transporteur public* à bord duquel  *vous* deviez voyager est en retard à cause des conditions météorologiques, d'un tremblement de terre ou d'une éruption volcanique et ce retard représentant au moins 30 % de  *votre voyage* et que  *vous* décidez de ne pas voyager.
13. ‡  *Vous* manquez une correspondance ou devez interrompre  *votre voyage* en raison du retard du *véhicule* privé ou du *transporteur public* assurant  *votre* correspondance, lorsque le retard est causé par une panne mécanique du *véhicule* privé ou du *transporteur public*, un accident de la route, un barrage routier ordonné d'*urgence* par la police, ou encore les conditions météorologiques, un tremblement de terre ou une éruption volcanique. L'arrivée du *véhicule* privé ou du *transporteur public* assurant  *votre* correspondance à  *votre* point d'embarquement devait être prévue au moins deux (2) heures avant l'heure prévue du départ.
14. ‡ L'*avion* à bord duquel  *vous* devez voyager part plus tôt ou plus tard que prévu. Nota : Cette situation n'est couverte qu'au titre de l'assurance Interruption de  *voyage*.
15. Lorsqu'un *acte terroriste* cause directement ou indirectement un sinistre admissible aux termes des dispositions contractuelles décrites dans la présente police, le régime couvre un maximum de deux (2) *actes terroristes* au cours d'une année civile, et le maximum global est de 2,5 millions de dollars pour tous les contrats admissibles en vigueur, prévoyant une couverture en cas d'annulation et d'interruption de  *voyage*, que  *nous* avons établis et que  *nous* administrons. La prestation pouvant être versée pour chaque demande de règlement admissible est en excédent de toutes les autres sources de recouvrement, y compris les options de rechange ou de remplacement de  *voyage* et toute autre assurance. La somme versée pour toutes ces demandes de règlement sera réduite au prorata de façon à ne pas dépasser le maximum global, lequel sera versé après la fin de l'année civile et après l'évaluation de toutes les demandes de règlement se rapportant aux *actes terroristes*.

#### **Exclusions et restrictions – Ce qui n'est pas couvert par l'assurance Annulation de voyage et Interruption de voyage**

Au titre de l'assurance Annulation de  *voyage* et Interruption de  *voyage*,  *nous* ne payons ni les frais ni les prestations découlant des situations suivantes :

1. Un *problème de santé* qui n'était pas  *stable* au cours des trois (3) mois précédant la date d'achat de l'assurance indiquée dans  *votre avis de confirmation*.  
 *Votre* affection cardiaque ou celle de  *votre compagnon de voyage* si, au cours des trois (3) mois précédant la date d'achat ou la date de soumission de l'assurance, indiquée dans  *votre avis de confirmation*,  *vous* ou  *votre compagnon de voyage* avez pris une forme quelconque de nitroglycérine pour soulager des douleurs angineuses.  
 *Votre* affection pulmonaire ou celle de  *votre compagnon de voyage* si, au cours des trois (3) mois précédant la date d'achat ou la date de soumission de l'assurance, indiquée dans  *votre avis de confirmation*,  *vous* ou  *votre compagnon de voyage* avez eu besoin d'un *traitement* l'oxygène à domicile ou à la prednisone pour cette affection pulmonaire.
2. Une situation dont  *vous* ou  *votre compagnon de voyage* étiez au courant à la  *date d'effet* de l'assurance, ou avant cette date, et saviez qu'elle pourrait  *vous* empêcher d'entreprendre ou de compléter  *votre voyage* tel que  *vous* l'avez réservé lorsque  *vous* avez souscrit la présente assurance.
3. Le *problème de santé* ou le décès d'une personne malade lorsque le but de  *votre voyage* est de rendre visite à cette personne.
4. Les blessures que  *vous* ou  *vous* êtes infligées, à moins qu'une attestation médicale n'établisse qu'elles sont reliées à un trouble mental.

5. 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.
6. 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.
7.
  - 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.
8. *Votre trouble mental ou émotif mineur.*
9.
  - Vos soins prénatals et postnatals de routine.
  - *Votre grossesse, votre 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.
10. *Votre enfant né au cours de votre voyage.*
11. Tout *problème de santé* ou symptôme :
  - lorsque *vous* saviez ou lorsqu'il était raisonnable de croire ou de prévoir qu'un *traitement* serait nécessaire pendant *vos* voyage; et/ou
  - pour lequel une investigation future ou un *traitement* ultérieur étaient prévus avant la *date d'effet* de l'assurance;
  - qui causait des symptômes qui auraient amené toute personne normalement prudente à se faire soigner dans les trois (3) mois précédant la *date d'effet* de l'assurance; ou
  - qui avait incité *vos* médecin à *vous* déconseiller de voyager.
12. Tout *traitement* non urgent, expérimental ou facultatif comme une chirurgie esthétique, des soins chroniques ou la réadaptation, incluant les frais découlant de complications directes ou indirectes.
13. La non-délivrance d'un visa de voyage en raison de la présentation tardive de la demande.
14. Le défaut de tout fournisseur de services de voyage, notamment un agent de voyage, une agence de voyage ou un courtier en voyages, à *vous* procurer les services qu'il s'est engagé par contrat à *vous* fournir.
15. Tout sinistre ou tout *problème de santé* dont *vous* souffrez ou que *vous* contractez lorsque le gouvernement du Canada a émis un avertissement officiel aux voyageurs faisant mention « d'éviter tout voyage » ou « d'éviter tout voyage essentiel » dans ce pays, cette région ou cette ville, avant la *date d'effet* de *vos* couverture.  
 Pour consulter les avertissements aux voyageurs, rendez-vous sur le site 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.
16. Tout *acte terroriste* attribuable ou lié directement ou indirectement à l'utilisation d'agents biologiques, chimiques, nucléaires ou radioactifs.
17. Un *fait de guerre.*

### Autres conditions s'appliquant à l'assurance Annulation de voyage et Interruption de voyage

Si *vous* annulez *vos* voyage avant la date de *vos* départ, *vous* devez en informer *vos* fournisseur de services de voyage et communiquer avec *nous* au 1 855 841-4796 ou au +1 519 988-7008 immédiatement ou, au plus tard, dans les quarante-huit (48) heures qui suivent la cause de l'annulation du voyage. Seules les sommes qui ne sont ni remboursables ni transférables à la date à laquelle le risque assuré est survenu sont prises en compte dans le règlement. Si *vous* tardez à *nous* informer, *vos* prestation est limitée au montant non remboursable qui aurait été versé à la date à laquelle s'est produit l'événement à l'origine de la demande de règlement.

### Ce que *vous* devez également savoir

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. Les demandes de règlement sont traitées en fonction du contrat en vigueur au moment du sinistre.

Lorsque *vous* remplissez la proposition d'assurance et répondez aux questions médicales, *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.

Aucun agent ou courtier n'est autorisé à modifier le contrat ni à accorder une dérogation à l'égard de l'une de ses dispositions.

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

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

## 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. 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 de la police peuvent être modifiés sans préavis.

Si vous répondez aux critères d'admissibilité et que vous avez payé la prime appropriée, la présente police, accompagnée des formulaires de proposition, fait partie intégrante de votre contrat d'assurance, lequel devient un contrat exécutoire, pourvu que vous receviez un *avis de confirmation* sur lequel figure un numéro de contrat.

Si vous n'êtes pas admissible à l'assurance, notre seule obligation consiste à vous rembourser la prime versée. Les frais que nous ne couvrons pas sont à votre charge.

Si la prime n'est pas suffisante pour couvrir toute la période de couverture choisie, nous facturons et percevons la portion impayée de la prime ou nous écourtons la période d'assurance en établissant un avenant écrit, si la portion impayée de la prime ne peut pas être perçue.

La couverture est nulle et non avenue 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 votre paiement.

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

Les régimes énoncés dans la présente police 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 en même temps que la présente couverture, les prestations payables au titre de la présente assurance s'appliquent uniquement à la portion des frais engagés à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence en excédent des sommes assurées par ces autres régimes.

Les prestations totales qui vous sont versées par l'ensemble des assureurs ne peuvent pas dépasser les frais que vous avez effectivement engagés. Nous appliquons la coordination des prestations avec tous les assureurs qui vous versent des prestations semblables à celles prévues

par la présente assurance (sauf si vous détenez auprès de votre employeur actuel ou précédent un régime d'assurance maladie complémentaire vous offrant une couverture viagère maximale de 50 000 \$ ou moins), jusqu'à concurrence de la somme la plus élevée stipulée par chaque assureur.

De plus, nous disposons d'un plein droit de subrogation. En cas de règlement au titre de la présente police, nous avons le droit d'intenter des poursuites, en votre 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 de la présente police. Vous devez signer et produire les documents nécessaires et collaborer entièrement avec nous pour nous permettre de faire valoir pleinement nos droits. Vous ne devez rien entreprendre qui puisse nuire à ces droits.

Si vous êtes assuré au titre de plusieurs polices d'assurance que nous avons établies, la somme totale que nous vous versons ne peut pas excéder les frais que vous avez effectivement engagés. De plus, la somme maximale à laquelle vous avez droit correspond au montant le plus élevé stipulé pour la garantie en cause dans quelque police d'assurance que ce soit. Si la couverture totale de toutes les assurances accidents que vous détenez au titre des polices d'assurance que nous avons établies excède 100 000 \$, notre responsabilité totale ne peut pas dépasser ce montant. Toute assurance excédentaire sera nulle et les primes payées pour cette assurance excédentaire seront remboursées.

## Présentation d'une demande de règlement

**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

**+1 519 988-7008**, à frais virés, pour appeler au Canada à partir de tout autre pays

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

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

Pour annuler un voyage avant la date prévue de votre départ, vous devez l'annuler auprès du fournisseur de services de voyage et nous aviser le jour de l'événement qui a entraîné l'annulation du voyage ou au plus tard le jour ouvrable suivant cet événement. Le règlement se limitera aux frais d'annulation indiqués dans les contrats de voyage en vigueur le jour ouvrable suivant l'événement qui a entraîné l'annulation du voyage.

**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 envoyer ou soumettre la preuve de sinistre dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant le sinistre ou la 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 le délai prescrit n'invalide pas la demande de règlement si l'avis est donné, ou la preuve fournie, dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, mais au plus tard un (1) an après 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 du sinistre.** Le Centre d'assistance fournira les formulaires de preuve de sinistre dans les quinze (15) jours suivant la réception de l'avis de sinistre. Si *vous* n'avez pas reçu les formulaires requis dans ce délai, *vous* pouvez 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 de la survenance du risque assuré donnant lieu à la demande de règlement, ainsi que la gravité du sinistre; ou *vous* pouvez soumettre *votre* demande en ligne.

### Instructions d'envoi

Toute correspondance relative aux règlements doit être envoyée à :

Assurance *voyage*  
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* pouvez appeler directement le Centre d'assistance pour *vous* renseigner 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 toute somme payable au titre du contrat dans les soixante (60) jours qui suivent la réception de la preuve de sinistre et de tous les documents requis.

**Pour présenter une demande de règlement au titre de l'assurance Annulation de voyage et Interruption de voyage, vous devez nous** fournir une preuve du motif de la demande, notamment :

- un certificat médical rempli par le *médecin* traitant et expliquant pourquoi le *voyage* n'a pas pu être effectué conformément aux réservations, si la demande est motivée par des raisons médicales; ou
- un rapport de la police ou des autorités compétentes confirmant la raison du retard, si *votre* demande de règlement est causée par une correspondance manquée.

*Vous* devez également *nous* fournir, selon le cas :

- tous les originaux des billets de transport et des bons non utilisés;
- les originaux des reçus pour les nouveaux billets de transport que *vous* avez dû acheter;

- 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 téléphone et de taxi que *vous* avez pu engager;
- le dossier médical intégral de toute personne dont l'état de santé ou le *problème de santé* constitue la raison de *votre* demande de règlement; et
- toute autre facture ou tout reçu étayant *votre* demande.

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

Sauf dans le cas de *votre* décès, *nous* versons 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 que *nous* avons versée ou autorisée en *votre* nom si *nous* établissons que cette somme n'a pas à être versée au titre de *votre* police. Tous les montants stipulés dans le présent contrat sont en dollars canadiens.

Si une conversion de devises s'impose, *nous* appliquons *notre* taux de change en vigueur à la date à laquelle le service stipulé dans *votre* demande de règlement *vous* a été fourni. *Nous* ne payons pas d'intérêts au titre de la présente assurance.

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

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

## Conditions légales

**Copie de la proposition.** *Nous* *vous* remettrons sur demande, à *vous* ou à un demandeur au titre du contrat, une copie de la proposition.

**Renonciation.** *Nous* *nous* réservons le droit de refuser toute proposition ou toute demande de prolongation de couverture. Les parties conviennent de ne renoncer à aucune disposition de la présente police, en tout ou en partie, à moins que la renonciation ne soit 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 du 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 de résiliation est de dix (10) jours à compter du lendemain de la 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 « Annulations et remboursements » de la présente police.

**Droit de faire subir des examens.** Afin d'établir la validité d'une demande de règlement au titre de la présente police,  *nous* pouvons  *nous* procurer pour étude les dossiers médicaux de  *votre* ou  *vos médecins* traitants, y compris les dossiers du ou des  *médecins* que  *vous* avez l'habitude de consulter 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 présente 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

**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** – Âge que  *vous* avez à la date de  *votre* proposition.

**Avion** – Aéronef multimoteur exploité par une ligne aérienne qui assure des liaisons régulières entre des aéroports homologués et qui détient un permis valide de la Commission des transports aériens du Canada, un permis d'exploitation de vols d'affrètement ou un permis étranger équivalent, et qui est piloté par un pilote accrédité.

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

**Blessure** – Lésion corporelle soudaine qui résulte d'une cause d'origine externe et purement accidentelle. Au titre de la garantie Accident de vol et 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.

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

**Compagnon de voyage** – Personne visée par  *vos* réservations de  *voyage* pour le même  *voyage*; au plus trois (3) personnes (incluant  *vous*) peuvent être considérées comme des  *compagnons de voyage*.

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

**Date de départ** – Date à laquelle  *vous* partez en  *voyage*.

**Date d'effet** – Date à laquelle  *votre* couverture débute.

Dans le cas de la garantie Annulation de  *voyage*, la couverture débute à la date à laquelle  *vous* payez la prime pour cette couverture, soit à la date d'achat indiquée dans  *votre avis de confirmation*.

La couverture au titre de la garantie Interruption de  *voyage* débute à la plus éloignée des dates suivantes :

- *date de départ*; ou
- *date d'effet* indiquée dans  *votre avis de confirmation*.

**Date d'expiration** – Date à laquelle  *votre* couverture prend fin.

La couverture au titre de la garantie Annulation de  *voyage* prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- *date de départ*;
- date à laquelle  *vous* annulez  *votre voyage*; ou
- *date d'expiration* indiquée dans  *votre avis de confirmation*.

La couverture au titre de la garantie Interruption de  *voyage* prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- date à laquelle  *vous* revenez à  *votre point de départ*; ou
- *date d'expiration* indiquée dans  *votre avis de confirmation*.

**Enfant** – Fils ou fille célibataire et à  *votre* charge ou petit-enfant, qui voyage avec  *vous* ou qui  *vous* rejoint durant  *votre voyage*, et qui i) est  *âgé* de moins de 21 ans; ou ii) est  *âgé* de moins de 26 ans et est un étudiant à temps plein; ou iii) a une déficience physique ou mentale, peu importe son  *âge*. De plus, l' *enfant* doit être  *âgé* de 30 jours ou plus.

**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*, parents, tuteur légal, beau-père et belle-mère (*conjoint* du père ou de la mère), grands-parents, petits-enfants, belle-famille (famille du *conjoint*), *enfants* par le sang ou adoptés, *enfants* du *conjoint*, frères, sœurs, demi-frères, demi-sœurs, tantes, oncles, nièces et 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** – La province ou le territoire où *vous* résidez au Canada. Dans le cas l'assurance Interruption de voyage, si *votre voyage* est dans *votre* province ou territoire, il s'agit du *point de départ*.

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

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

**Nous, notre, nos** – Ces termes renvoient à La Nord-américaine, première compagnie d'assurance dans le cas des risques identifiés dans ce document par le symbole †, et à Manuvie dans le cas de toutes les autres couvertures offertes au titre de la présente police.

**Personne clé** – Personne qui garde à temps plein *votre enfant* et qui ne peut raisonnablement être remplacée; associé ou employé indispensable à la conduite des affaires courantes de *votre* entreprise durant *votre voyage*.

**Point de départ** – Signifie l'endroit d'où *vous* partez pour *votre voyage* et où *vous* prévoyez revenir.

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

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

**Questionnaire médical** – Toutes les questions médicales incluses dans *votre* proposition d'assurance au titre de la présente police.

**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 aux personnes résidant au Canada par un gouvernement provincial ou territorial canadien.

**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, 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** – Un 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 *votre traitement* comprend seulement des tranquillisants doux ou des médicaments contre l'anxiété doux (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 *votre* province ou territoire de résidence pour recevoir ces *traitements*.

**Véhicule** – Voiture de tourisme, bateau, motocycle, *véhicule* récréatif, camionnette de camping ou caravane motorisée, personnels ou de location, que *vous* utilisez durant *votre voyage* exclusivement pour le transport de passagers (non payants).

**Vous, votre, vos** – Ces termes renvoient à la ou aux personnes désignées comme étant l'assuré ou 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 comprise entre la *date d'effet* de votre assurance et la *date d'expiration*.

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

**Avis sur la vie privée et la confidentialité.** Les renseignements spécifiques et détaillés demandés dans la proposition et le *questionnaire médical* 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 *votre* 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.

*Votre* 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.

*Votre* dossier sera gardé en lieu sûr dans *nos* bureaux ou ceux de *notre* administrateur ou mandataire. *Vous* pouvez demander à examiner les renseignements personnels qu'il contient et y faire apporter des corrections en écrivant à l'adresse suivante : Responsable de la protection des renseignements personnels, Manuvie, P.O. Box 1602, Waterloo (Ontario) N2J 4C6.

**En cas d'urgence,**  
appelez le Centre d'assistance immédiatement 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 l'aide au bout du fil

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

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

### Renseignements avant le voyage

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

### En cas d'urgence médicale

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

### Autres services

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

**NUMÉROS DE TÉLÉPHONE IMPORTANTS** : Pour obtenir de l'information sur *vos* couverture et des renseignements généraux, ou encore pour demander une prolongation de couverture ou un remboursement de prime, appelez le Centre de service à la clientèle au numéro figurant dans *vos* avis de confirmation.

Toute correspondance écrite doit être envoyée à :  
Assurance voyage  
a/s de Active Care Management  
P.O. Box 1237, Stn A  
Windsor (Ontario) N9A 6P8

*Vous* pouvez également communiquer directement avec le Centre d'assistance pour *vous* renseigner 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**.



Les régimes sont établis par  
**La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et La Nord-américaine,**  
**première compagnie d'assurance (filiale en propriété exclusive de Manuvie).**

Manuvie, Manuvie & M stylisé, et le M stylisé sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et sont utilisés par elle, ainsi que par ses sociétés affiliées sous licence.

© 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

COSOOPTCF720 07/20 20\_94692 AODA