

La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers

Régime d'assurance soins médicaux et soins dentaires – Association

La couverture dont traite le présent contrat débute à la date d'effet indiquée dans le sommaire ci-joint.

En contrepartie de la proposition d'assurance du titulaire de contrat et du paiement des primes requises, La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie), ci-après appelée l'« assureur », s'engage à fournir les garanties d'assurance.

L'assureur s'engage à verser des prestations sous réserve des conditions, des dispositions et des restrictions du présent contrat.

PRIMES : La première prime doit être réglée avant la date d'effet; les primes suivantes doivent être réglées à la date fixée par l'assureur.

Le présent contrat renferme des dispositions qui révoquent ou limitent le droit de l'assuré de désigner des personnes à qui ou pour qui des sommes assurées seront payables.

Signé au nom de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, à Toronto, par :



Roy Gori,
Président et chef de la direction

Table des matières

Partie A : Versement des prestations	3
Les garanties décrites dans le présent contrat ne s'appliquent peut-être pas toutes à votre cas. Reportez-vous au tableau des garanties pour obtenir des précisions sur la couverture choisie.	
Partie B : Garanties d'assurance soins médicaux	3
Soins médicaux complémentaires	3
Soins dentaires	6
Décès ou mutilation par accident	7
Soins de la vue	8
Prestation aux survivants	8
Médicaments sur ordonnance	8
Hospitalisation en chambre à un ou deux lits	9
Boni hospitalier	9
Partie C : Garanties d'assurance soins médicaux en cas d'urgence en voyage	11
Disponibilité des garanties	11
Description des garanties	11
Prolongation automatique de l'assurance	13
Le centre d'assistance	14
Présentation d'une demande de règlement d'assurance voyage	14
Exclusions	15
Conditions	17
Partie D : Dispositions générales	17
Partie E : Conditions légales	21
Partie F : Définitions	22
Garantie de remboursement de 30 jours	26

REMARQUE : Certains termes employés dans le présent contrat ont un sens particulier et il est très important de lire et d'interpréter le contrat en tenant compte de ces définitions. La liste de ces termes est présentée à la section Définitions du contrat (Partie F), soit à la fin des présentes, et il est fortement recommandé de vous familiariser avec ces termes et leur définition dans les présentes lorsque vous consultez le présent contrat.

IMPORTANT : Le présent contrat comporte des exclusions, des restrictions, des conditions, des franchises, des maximums et des définitions. Veuillez le lire attentivement.

Partie A : Versement des prestations

Si l'assuré engage des frais admissibles pour des soins, des services ou des fournitures décrits dans le présent contrat, ou s'il est atteint d'une maladie ou subit une blessure ou un autre sinistre ouvrant droit à indemnisation au titre des présentes, l'assureur versera les prestations sous réserve des exclusions, des restrictions et des conditions prévues dans le présent contrat et, s'il y a lieu, dans tout document modifiant les termes du présent contrat.

Nonobstant ce qui précède, les prestations ne sont versées que dans la mesure où :

- a) l'assureur juge les frais habituels, raisonnables et courants, et ceux-ci n'excèdent pas le maximum indiqué dans le contrat ou au tableau des garanties joint au présent contrat;
- b) les soins, les services ou les fournitures sont nécessaires du point de vue médical et ont été fournis ou prescrits par un médecin, un infirmier praticien, un dentiste, un denturologiste ou un professionnel de la santé autorisé, lorsque le présent contrat le permet;
- c) le remboursement des frais est légalement autorisé et n'est pas déjà prévu au titre du régime public d'assurance maladie applicable;
- d) l'assureur reçoit une preuve de sinistre écrite qu'il juge satisfaisante, dans les douze (12) mois qui suivent la date à laquelle les frais sont engagés ou la date à laquelle le sinistre donnant lieu à la demande de règlement survient.

Partie B : Garanties d'assurance soins médicaux

Les garanties d'assurance soins médicaux offertes au titre du présent contrat sont décrites ci-dessous. Elles sont soumises à des restrictions, des exclusions et des réductions de couverture, lesquelles sont indiquées dans la description de certaines garanties, dans une rubrique distincte ou au tableau des garanties.

Les garanties décrites dans la présente partie du contrat ne s'appliquent peut-être pas toutes à votre cas. Veuillez-vous reporter au tableau des garanties pour obtenir des précisions sur la couverture choisie.

Soins médicaux complémentaires

Les frais engagés pour les soins, les services et les fournitures énumérés aux paragraphes 1 à 13 ci-dessous sont remboursés sous réserve des maximums stipulés au tableau des garanties du présent contrat. La participation aux programmes de remise des fabricants et aux régimes gouvernementaux pertinents est obligatoire pour toutes les prestations applicables.

1. **Soins dentaires à la suite d'un accident** : honoraires pour le traitement de dents naturelles requis à la suite d'une blessure accidentelle à la tête ou à la bouche, mais non à cause d'un objet placé intentionnellement ou non dans la bouche, pourvu que la blessure survienne après la date d'effet de l'assurance.

Conditions d'indemnisation :

- a) l'assuré doit signaler la blessure à l'assureur dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de l'accident;
- b) le traitement doit commencer durant cette période de quatre-vingt-dix (90) jours et se terminer :
 - i) soit avant le 19^e anniversaire de naissance de l'assuré, si celui-ci a moins de 18 ans au moment de l'accident;
 - ii) soit dans l'année qui suit la date de l'accident, dans tous les autres cas.

Les frais engagés après la date de résiliation du présent contrat ou de la couverture de l'assuré au titre du présent contrat ne donnent lieu à aucune indemnisation. Les prestations versées sont calculées d'après le guide des tarifs conseillés aux dentistes généralistes en vigueur dans votre province ou territoire de résidence à la date du traitement.

Approvisionnement préalable relative aux soins dentaires à la suite d'un accident : L'assuré doit obtenir du dentiste traitant un plan de traitement écrit décrivant les circonstances de l'accident, l'état des dents avant l'accident, le traitement proposé et son coût.

L'assureur évaluera le plan de traitement et informera l'assuré du montant de la prestation payable. Le traitement ne doit pas commencer avant que l'assureur ait signifié son accord, sauf s'il s'agit d'un traitement d'urgence nécessaire pour soulager la douleur.

Disposition relative aux traitements de remplacement : L'assureur se réserve le droit de prendre en considération les autres interventions, services, soins et matériaux disponibles, et de verser des prestations correspondant à la solution la moins coûteuse qui produirait des résultats professionnels adéquats et conformes aux normes reconnues en pratique dentaire. Le recours antérieur à une intervention, à un service, à des soins ou à des matériaux semblables n'a aucune incidence sur cette disposition.

Si le plan de traitement prévoit une fourchette d'honoraires, des frais de laboratoire ou d'autres circonstances particulières, la décision finale quant aux prestations payables revient à l'assureur.

Les frais non couverts par l'assureur sont à la charge de l'assuré.

2. **Services ambulanciers** : frais de transport d'urgence à l'hôpital, nécessaire du point de vue médical, par service ambulancier professionnel terrestre ou aérien, jusqu'à concurrence de la différence entre les frais payables par le régime public d'assurance maladie et les frais jugés habituels, raisonnables et courants par l'assureur pour ce service.
3. **Physiothérapie** : honoraires d'un physiothérapeute autorisé qui n'est pas un membre de la famille de l'assuré et qui n'a pas conclu d'entente avec un régime public d'assurance maladie, jusqu'à concurrence des honoraires habituels, raisonnables et courants.
4. **Fournitures médicales** : frais pour bandages ou pansements chirurgicaux stériles et pour vêtements de compression utilisés après une intervention chirurgicale ou pour le traitement de plaies ouvertes.
5. **Services paramédicaux*** : honoraires d'un massothérapeute, d'un orthophoniste d'un chiropraticien, d'un ostéopathe, d'un podologue, d'un podiatre, d'un acupuncteur d'un diététiste autorisé ou d'un naturopathe autorisé.
* Frais remboursés après épuisement des prestations annuelles payables au titre du régime public d'assurance maladie, le cas échéant.
6. **Aide psychologique (service de consultation)** : honoraires d'un psychologue agréé, d'un psychothérapeute agréé, d'un conseiller clinicien, d'un thérapeute matrimonial et familial agréé ou d'un travailleur social autorisé, que l'assuré consulte pour la gestion du stress, des problèmes émotionnels, des problèmes d'apprentissage et de comportement, des problèmes matrimoniaux ou familiaux, et des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie.
7. Les frais d'achat, de location à bail ou de location des articles énumérés ci-dessous, s'ils sont prescrits par un médecin ou une infirmière praticienne, uniquement à des fins thérapeutiques, sous réserve des exceptions prévues aux présentes :
 - lit d'hôpital électrique standard;
 - béquilles;
 - canne;
 - déambulateur;
 - concentrateur d'oxygène et oxygène pour usage à domicile ¹;
 - fauteuil roulant manuel standard ¹;
 - fournitures pour diabétiques (aiguilles, seringues, lancettes et bandelettes réactives pour l'autosurveillance de la glycémie) ².

¹ **Aucune prestation n'est versée** pour l'équipement médical durable qui suit :

- les concentrateurs d'oxygène portables et l'oxygène utilisés à l'extérieur de la maison, y compris les concentrateurs d'oxygène et l'oxygène utilisés pendant un voyage effectué par voie aérienne, terrestre, maritime ou ferroviaire, ou par d'autres moyens;
- l'achat ou le financement d'un triporteur ou un quadriporteur motorisé, un fauteuil roulant motorisé pour enfant ou adulte, un fauteuil roulant de modèle robuste, une poussette spécialisée pour enfant, une base de positionnement (à bascule dynamique manuelle) légère pour enfant, un fauteuil roulant léger standard;

- les composantes de fauteuils roulants, y compris la rembourrure et le tissu, les composantes des repose-pieds rabattables et amovibles, les repose-pieds ou repose-jambes, l'appui-dos et les composantes de l'appui-dos, les accoudoirs, les freins et les pièces de rechange pour les freins, les rallonges pour les freins, les roulettes avant, les roues, la quincaillerie servant au soutien latéral et les pièces optionnelles fabriquées sur mesure servant au soutien latéral, la quincaillerie pour le pommeau, le pommeau ou le dispositif abducteur, les ceintures de positionnement, le coussin de siège, la quincaillerie pour le coussin de siège, le siège de remplacement, le plateau et le plateau de remplacement, le levier de commande et le levier de commande de remplacement, le dispositif de basculement et d'inclinaison mécaniques, le boîtier de commande ou le dispositif de motorisation d'appoint;

² **Aucune prestation n'est versée** pour les fournitures pour diabétiques suivantes :

- glucomètres;
- appareils ou capteurs flash de surveillance du glucose;
- appareils, capteurs et transmetteurs pour la surveillance en continu du glucose;
- appareils de perfusion sous-cutanée en continu d'insuline (pompes à insuline) et fournitures connexes.

L'assuré doit faire parvenir à l'assureur, pour tout équipement médical durable de plus de 300 \$, une estimation écrite des frais liés à l'achat, à la location à bail et à la location. L'assureur analysera l'estimation et déterminera le montant payable, le cas échéant.

Si la somme des frais de location d'un équipement, pour la durée d'utilisation estimée par le médecin ou l'infirmier praticien, est plus élevée que le coût d'achat de l'équipement, l'assureur pourrait choisir de rembourser un montant correspondant au prix d'achat initial de l'équipement plutôt qu'aux frais de location.

8. **Prothèses †**: frais pour l'achat de ce qui suit :

membre artificiel ordinaire (en cas d'achat d'une prothèse myo-électrique ou d'une prothèse pour faire du sport, l'assureur ne couvre que le coût d'une prothèse ordinaire), œil artificiel, attelles, bandages herniaires, plâtres, collets cervicaux, appareils orthopédiques, fournitures pour stomisés (s'il y a abouchement chirurgical), perruques en cas de diagnostic lié à un cancer et prothèse mammaire externe après une mastectomie.

† Une autorisation écrite d'un médecin ou d'un infirmier praticien est exigée.

9. **Orthèse †**: Frais pour l'achat d'une orthèse sur mesure (plâtre ou tomodynamométrie).

† Une autorisation écrite d'un médecin, d'un infirmier praticien, d'un chiropodiste (podologue) ou d'un podiatre est exigée.

10. **Service de répondeur individuel Lifeline^{MD}** : frais pour ce service jusqu'à concurrence de la période maximale d'utilisation stipulée au tableau des garanties. Le service de répondeur individuel offre un service de surveillance permanente aux personnes ayant des problèmes de santé à domicile. L'assureur ne peut cependant pas garantir que ce service sera disponible indéfiniment.

11. **Soins à domicile et soins infirmiers** : honoraires

- a) d'un infirmier autorisé (inf.aut.), d'un infirmier auxiliaire autorisé (inf.), d'un infirmier auxiliaire (inf.aux.) ou d'un préposé aux services de soutien à la personne;
- b) d'un ergothérapeute.

Pour être remboursés, les services doivent être certifiés par le médecin traitant ou l'infirmier praticien comme étant nécessaires du point de vue médical, approuvés par l'assureur et donnés au domicile de l'assuré.

L'assureur peut recommander des infirmiers ou d'autres soignants qualifiés. Toute demande relative à des soins à domicile ou des soins infirmiers doit être présentée à l'assureur avant le début de la prestation des services afin que ce dernier puisse déterminer le type de soignant et la durée des services admissibles qui seront approuvés. Pour que la demande soit acceptée, les services doivent comprendre, dans une large mesure, des soins personnels.

La prestation maximale pour les soins à domicile et les soins infirmiers est indiquée au tableau des garanties. Aucune prestation n'est versée pour les frais et commissions d'agences, les heures supplémentaires ou les honoraires

supérieurs aux frais jugés habituels, raisonnables et courants par l'assureur, les services fournis par un membre de la famille de l'assuré, les services non autorisés par écrit par le médecin traitant ou l'infirmier praticien ni les frais engagés par une personne ayant droit à une couverture semblable au titre d'un régime public de soins à domicile.

12. **Appareils auditifs** : prix d'achat d'un appareil auditif prescrit par écrit par un médecin, un infirmier praticien, un orthophoniste ou un audiologiste, jusqu'à concurrence du maximum stipulé au tableau des garanties, y compris l'achat des premières piles et la réparation.

Aucune prestation n'est versée pour ce qui suit :

- a) l'examen médical ou audiométrique, ou l'évaluation de l'ouïe; ou
- b) le remplacement des piles.

13. **Services de diagnostic (pour les résidents du Québec seulement)** : frais pour ce qui suit :

- Examens tomodensitométriques
Examens nécessaires pour le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou d'une blessure, prescrits ou demandés par le médecin traitant ou l'infirmier praticien.
- Échographies
Dans une clinique ou un cabinet privé.
- Imagerie par résonance magnétique (IRM)
IRM nécessaire pour le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou d'une blessure, lorsqu'elle est prescrite ou demandée par un médecin ou un infirmier praticien.
- Analyses en laboratoire
Analyses de sang recommandées par un médecin ou un infirmier praticien et effectuées par un infirmier dans une clinique privée, un laboratoire, une pharmacie ou à la maison, analyses d'urine et prélèvements de gorge effectués dans une clinique privée et nécessaires à la suite d'un accident ou aux fins de diagnostic ou de traitement d'une maladie, jusqu'à concurrence du maximum global payable par catégorie indiqué au tableau des garanties.
- Test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS)
Test requis pour le diagnostic ou le traitement d'une maladie, lorsqu'il est prescrit ou demandé par le médecin traitant ou l'infirmier praticien.
- Analyse CA 125
Analyse requise pour le diagnostic ou le traitement d'une maladie, lorsqu'elle est prescrite ou demandée par le médecin traitant ou l'infirmier praticien.
- Services d'un audiologiste

Soins dentaires

Les frais engagés pour les soins et les services dentaires énumérés ci-dessous sont remboursés sous réserve de la quote-part et des maximums indiqués au tableau des garanties, jusqu'à concurrence des honoraires du guide des tarifs conseillés aux dentistes généralistes en vigueur dans la province où les services sont donnés, au moment où ils sont donnés. Les frais engagés avant la date d'effet ne sont pas couverts.

Disposition relative aux solutions de remplacement : L'assureur se réserve le droit de prendre en considération les autres interventions, services, soins et matériaux disponibles, et d'offrir un remboursement correspondant à la solution la moins coûteuse qui produirait des résultats professionnels adéquats et conformes aux normes reconnues en pratique dentaire. Le recours antérieur à une intervention, à un service, à des soins ou à des matériaux semblables n'a aucune incidence sur cette disposition.

Services d'entretien courants

Examens

Services de diagnostic

Soins de prévention

Scellants de puits et fissures — molaires permanentes uniquement (jusqu'à l'âge de 15 ans inclusivement)

Restaurations, y compris amalgames collés au taux des amalgames non collés Détartrage

Surfaçage radiculaire

Extractions sélectives

Polissage

Chirurgie buccale, soins d'endodontie, soins de parodontie

Soins d'endodontie

Services de soutien

Anesthésie

Appareils de maintien d'espace

Réparation, regarnissage, rebasage et ajustement de prothèses

Soins de parodontie

Restaurations importantes

Prothèses, y compris les prothèses de qualité supérieure, remboursées au prix des prothèses ordinaires

Couronnes, y compris les couronnes en amalgame collé, remboursées au prix des couronnes en amalgame non collé

Ponts

Soins d'orthodontie

Si des soins de restauration importante sont nécessaires, vous devez présenter un plan de traitement rempli par votre dentiste, accompagné de radiographies, avant le début des soins ou du traitement. Nous vous confirmerons alors si le traitement est admissible ou non.

Les frais des modèles d'étude ou de laboratoire engagés au cabinet du dentiste ou dans un laboratoire commercial dans le cadre des services couverts sont inclus.

Décès ou mutilation par accident

Cette garantie couvre l'assuré 24 heures sur 24 en cas de décès ou de perte attribuable directement à une blessure qui résulte d'un accident et survenant dans les 365 jours qui suivent la date de l'accident. La prestation payable au décès de l'assuré est versée à ses ayants droit, sauf si l'assuré en a décidé autrement par écrit. Toutes les autres prestations sont versées à l'assuré.

Si l'assuré subit plusieurs pertes à la suite d'un accident, seule la perte donnant lieu à la prestation la plus élevée fait l'objet d'une indemnisation.

Aucune prestation n'est versée pour les pertes attribuables directement ou indirectement, de quelque façon que ce soit et dans quelque mesure que ce soit, à ce qui suit :

- a) blessure que l'assuré s'inflige;
- b) suicide ou tentative de suicide;
- c) maladie (qu'elle soit une cause ou une conséquence);
- d) terrorisme, guerre (que les hostilités soient déclarées ou non) ou participation à un désordre civil ou à une émeute;
- e) perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel;
- f) conduite d'un véhicule par l'assuré dont les facultés sont affaiblies par la drogue, d'autres substances toxiques ou

une alcoolémie supérieure à la limite légale applicable (« véhicule » s'entend de tout moyen de transport tiré, propulsé ou mû par quelque moyen que ce soit, y compris les automobiles, camions, motocyclettes, mobylettes, bicyclettes, motoneiges et bateaux);

- g) accident aérien, sauf si l'assuré voyage à titre de passager payant dans un appareil ayant une capacité de six passagers ou plus sur une ligne aérienne commerciale ou un vol nolisé; ou
- h) participation à des sports professionnels ou à des courses de vitesse au moyen d'un véhicule motorisé (par « véhicule », il faut entendre tout moyen de transport qui est tiré, propulsé ou mû par quelque moyen que ce soit, ce qui inclut notamment les automobiles, les camions, les motocyclettes, les mobylettes, les bicyclettes, les motoneiges et les bateaux), ou pratique du parachutisme, du deltaplane, du saut à l'élastique, de l'escalade, de la spéléologie ou de la plongée autonome (sauf si vous détenez une attestation de plongée sous-marine d'une école autorisée ou d'un autre organisme d'attribution des attestations).

Soins de la vue

L'assureur tiendra compte des frais ci-après engagés par l'assuré si les soins et services sont prescrits par un ophtalmologiste ou un optométriste autorisés et fournis par un ophtalmologiste, un optométriste ou un opticien autorisés:

- a) lunettes prescrites (verres correcteurs et/ou montures);
- b) lentilles cornéennes;
- c) visite chez l'optométriste.

La prestation maximum payable est indiquée au tableau des garanties.

Aucune prestation n'est versée pour :

- a) les lunettes de sécurité et les lunettes de soleil vendues sans ordonnance;
- b) les services et les fournitures non destinés à l'usage personnel de l'assuré.

Prestation aux survivants

Au titre de cette garantie, pour une période d'un (1) an suivant le décès d'un assuré adulte, la couverture sur la tête de tout autre adulte assuré ou des personnes à charge admissibles, s'il y a lieu, sera maintenue et le paiement des primes ne sera pas exigé.

Médicaments sur ordonnance

(Voir le tableau des garanties pour connaître les montants assurés)

(Résidents du Québec seulement)

Dans le cas des frais engagés pour les médicaments sur ordonnance qui figurent sur la Liste des médicaments couverts au titre du régime d'assurance médicaments de base administré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (liste de la RAMQ) et sur la liste des médicaments de Manuvie (médicaments génériques), l'assuré aura droit au remboursement des coûts qui ne sont pas pris en charge par le régime Base (sauf les frais qui ne sont pas couverts en raison de l'existence d'un médicament générique), pourvu que les médicaments en question soient obtenus sur l'ordonnance d'un médecin, d'un infirmier praticien ou d'un dentiste et fournis par un pharmacien autorisé. Veuillez consulter le Tableau des garanties pour plus de précisions.

Dans le cas des frais engagés pour des médicaments sur ordonnance qui ne figurent pas sur la liste de la RAMQ mais qui figurent sur la liste des médicaments de Manuvie (médicaments génériques), le montant remboursé à l'assuré sera établi selon les renseignements figurant dans le tableau des garanties, pourvu que les médicaments en question soient obtenus sur l'ordonnance d'un médecin, d'un infirmier praticien ou d'un dentiste et fournis par un pharmacien autorisé. Il est entendu que le montant remboursé sera le prix du médicament générique le moins coûteux ou celui du médicament prescrit s'il est moins élevé. Certains médicaments peuvent nécessiter une autorisation préalable.

(Résidents des autres provinces et de territoires)

Dans le cas des frais engagés pour des médicaments sur ordonnance qui figurent sur la liste des médicaments de Manuvie (médicaments génériques), le montant remboursé à l'assuré sera établi selon les renseignements figurant dans le tableau des garanties, pourvu que les médicaments en question soient obtenus sur l'ordonnance d'un médecin, d'un infirmier praticien ou d'un dentiste et fournis par un pharmacien autorisé. Il est entendu que le montant remboursé sera le prix du médicament générique le moins coûteux ou celui du médicament prescrit s'il est moins élevé. Dans le cas du régime Or, les médicaments doivent figurer sur la liste de Manuvie. Certains médicaments peuvent nécessiter une autorisation préalable.

(Résidents de toutes les provinces)

Manuvie rembourse les frais engagés pour des médicaments qui figurent sur la liste de médicaments de Manuvie ou la liste de la RAMQ (pour les résidents du Québec) lorsque la demande de règlement est présentée. Le montant remboursé sera établi selon les critères de paiement applicables alors en vigueur.

Aucune prestation n'est versée pour ce qui suit :

- a) les vitamines (sauf les vitamines injectables), les préparations de vitamines et de minéraux, les suppléments alimentaires et les produits destinés au grand public, qu'ils soient prescrits ou non;
- b) les vitamines injectables pour la perte de poids ou le traitement par chélation;
- c) les médicaments remboursés au titre d'un régime public;
- d) les médicaments dont la vente au grand public est interdite au Canada;
- e) médicaments contre la dysfonction érectile, les produits de désaccoutumance au tabac;
- f) le montant d'une ordonnance i) excédant la réserve pour trois mois de médicaments, sauf en cas d'autorisation préalable de l'assureur, et/ou ii) couvrant une période pour laquelle l'assureur n'a perçu aucune prime;
- g) la procréation médicalement assistée;
- h) les contraceptifs (s'ils sont exclus du tableau des garanties); et
- i) les exclusions stipulées dans la contre-proposition, le cas échéant.

Hospitalisation en chambre à un ou deux lits

(Couverture non offerte au titre des régimes d'assurance soins médicaux Base ou Bronze)

Si l'assuré est hospitalisé à la suite d'une maladie ou d'une blessure, l'assureur prend en charge les frais d'hospitalisation quotidiens en chambre à deux lits ou à un lit, en excédent du tarif d'hospitalisation en salle commune, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au tableau des garanties.

Si la personne assurée est enceinte depuis moins de vingt-et-une (21) semaines à la date de la proposition, l'assureur couvrira un maximum de deux (2) jours d'hospitalisation attribuable à la grossesse ou à des complications liées à la grossesse. La couverture prévue en cas de grossesse ou de complications liées à la grossesse ne sera pas applicable si l'assurée est enceinte d'au moins vingt-et-une (21) semaines à la date de la proposition.

Cette garantie ne couvre pas les frais engagés dans un hôpital privé, un hôpital pour malades chroniques, une aile d'un hôpital réservé aux malades chroniques ou une salle de transition d'un hôpital.

Boni hospitalier

(Couverture non offerte au titre des régimes d'assurance soins médicaux Base ou Bronze, et non offerte aux résidents du Québec)

Si l'assuré est hospitalisé à la suite d'une maladie ou d'une blessure, et si l'assuré n'a pu obtenir qu'une chambre en salle commune, l'assureur verse la prestation stipulée au Sommaire des garanties. Aucune prestation n'est payable si l'assuré est hospitalisé dans une unité de traitement des maladies chroniques d'un hôpital ou un hôpital privé.

Exclusions

(Ces exclusions ne s'appliquent qu'à la partie B : Garanties d'assurance soins médicaux)

Outre les exclusions stipulées dans le présent contrat, aucune prestation n'est versée pour ce qui suit :

1. frais remboursables au titre d'un régime public d'assurance maladie ou d'un programme de remise d'un fabricant;
2. soins, services et fournitures à but esthétique, sauf en cas de chirurgie visant à réparer ou à remplacer les tissus endommagés à la suite d'une maladie ou d'une blessure;
3. médicaments, tests, services, traitements et fournitures qui ne sont pas nécessaires du point de vue médical ou qui, selon l'assureur, sont de nature expérimentale;
4. les frais en sus de ceux figurant dans les lignes directrices de l'assureur ou de ceux que l'assureur juge habituels, raisonnables et courants, ou des frais pour des appareils qui ne figurent pas sur la liste des appareils approuvés par l'assureur;
5. frais relatifs à une hospitalisation qui a commencé à la date d'effet de l'assurance ou avant, sauf si l'hospitalisation résulte d'une urgence survenue après la date de la proposition;
6. frais pour les services, l'équipement et les fournitures offerts par un hôpital ou un établissement pour malades chroniques ou pour soins psychiatriques, l'aile d'un hôpital pour malades chroniques ou pour soins psychiatriques ou en cas d'hospitalisation dans un établissement de soins de longue durée ou dans une aile de transition d'un hôpital de soins de courte durée, ou frais pour les services, l'équipement et les fournitures offerts au nom de l'un de ces établissements;
7. frais, maladie, blessure ou autre sinistre dont la prise en charge au titre du présent régime est interdite par la loi;
8. frais associés à un double ou un remplacement d'appareil de prothèse, d'appareillage prothétique ou de matériel médical durable qui ne sont pas conformes aux lignes directrices de l'assureur applicables à de tels remplacements;
9. frais pour des services admissibles engagés à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence de l'assuré, qui sont supérieurs à la prestation que l'assureur aurait versée si les services avaient été fournis dans la province ou le territoire de résidence en date du dernier service fourni à l'extérieur de la province ou du territoire;
10. frais, maladie, blessure ou autre sinistre attribuables directement ou indirectement, de quelque façon que ce soit et dans quelque mesure que ce soit, à ce qui suit : guerre, invasion, actes d'ennemis étrangers, hostilités, opérations guerrières (que la guerre ait été déclarée ou non), guerre civile, rébellion, révolution, insurrection, mouvements populaires prenant des proportions d'insurrection ou se traduisant par une insurrection, coup d'État militaire ou usurpation de pouvoir, détournement, tout acte terroriste ou tout acte posé dans le but de contrôler, de prévenir ou d'empêcher les événements précités, y compris les sinistres attribuables ou liés à de tels événements ou à de telles causes et sans égard à toute autre cause ou tout événement survenant simultanément ou dans tout autre ordre.
Aux fins de la présente exclusion, par « acte terroriste », il faut entendre un acte incluant, entre autres, l'usage de la force ou de la violence, ou la menace de leur usage, par toute personne ou tout groupe agissant seuls, pour le compte d'une organisation ou d'un gouvernement, ou encore en rapport avec une organisation ou un gouvernement, à des fins politiques, religieuses, idéologiques ou autres, ce qui comprend l'intention d'influencer un gouvernement ou de créer un sentiment de peur dans le public ou une partie du public, ou tout acte déterminé par les autorités fédérales comme étant un acte terroriste;
11. frais qui, en tout ou en partie, cessent d'être pris en charge au titre de tout régime public après la date d'effet de l'assurance;
12. frais pour les médicaments, les services et les fournitures que l'assuré se prescrit lui-même ou qui sont prescrits par ou pour un membre de sa famille;
13. frais, maladie, blessure ou autre sinistre ayant un lien avec les problèmes de santé expressément mentionnés dans la lettre de contre-proposition signée et acceptée par le titulaire de contrat, le cas échéant;
14. frais d'hospitalisation à la suite d'une grossesse ou d'une affection liée à une grossesse débutant au cours de la période de dix (10) mois suivant la date d'effet de l'assurance. Toutefois, si la titulaire du contrat est enceinte depuis moins de vingt-et-une (21) semaines à la date de la proposition, l'assureur couvrira un maximum de deux (2) jours d'hospitalisation attribuable à la grossesse ou à des complications de la grossesse. La couverture ne s'applique pas si l'assurée est enceinte de vingt-et-une (21) semaines ou plus à la date de soumission de la proposition.

Partie C : Garanties d'assurance soins médicaux en cas d'urgence en voyage

Cette garantie est offerte au titre des régimes Base, Bronze, Argent et Or.

Disponibilité des garanties

Ces garanties sont offertes aux résidents du Canada et couvrent la partie des frais admissibles non prise en charge par le régime public d'assurance maladie. Les prestations sont versées pour les soins, les services ou les fournitures nécessaires du point de vue médical en raison d'une urgence (maladie ou blessure) survenue à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence de l'assuré. Les prestations sont versées jusqu'à concurrence de 5 000 000 \$ CA par assuré.

Veuillez prendre note de ce qui suit :

- Une franchise de 100 \$ CA s'applique à chaque incident ou sinistre, à moins qu'ils ne soient liés.
- Les frais doivent avoir été engagés à la suite d'une urgence survenue au cours de la période de couverture indiquée dans le Tableau des garanties. Par exemple, si la période de couverture est de 9 jours, les frais doivent avoir été engagés à la suite d'une urgence survenue au cours des 9 premiers jours de votre voyage. La période de 9 jours commence à courir lorsque l'assuré franchit la frontière de sa province ou de son territoire de résidence ou, s'il voyage en avion, au moment du décollage de l'avion.
- L'assuré peut effectuer le nombre de voyages qu'il souhaite pendant l'année. Cependant, si la période de couverture d'un voyage est expirée, il doit revenir dans sa province ou son territoire de résidence pour être couvert pour un autre voyage.
- Aux fins de cette garantie, les jours de l'année civile servent à déterminer le décompte des jours; ainsi, chacun des jours compris entre le départ et le retour correspondent à une journée.

Si l'assuré ne communique pas avec le Centre d'assistance dans les 24 heures suivant l'hospitalisation, les prestations payables au titre des présentes seront limitées à 70 % des frais admissibles, sous réserve d'un maximum de 25 000 \$ CA. Ces conditions ne s'appliquent pas en cas de maladie ou de blessure invalidantes ou aiguës ou si vous et/ou votre compagnon de voyage êtes incapables de téléphoner dans les 24 heures suivant l'incident.

Description des garanties

La couverture n'est pas offerte aux personnes de 65 ans et plus. (Voir le Tableau des garanties pour connaître les montants assurés.)

Sous réserve de toute autre disposition prévue dans les présentes, le régime prévoit le versement de prestations jusqu'à concurrence de 5 000 000 \$ CA par assuré pour les frais habituels, raisonnables et courants engagés au cours de la période de couverture à l'égard de ce qui suit :

1. **Hospitalisation** : frais de séjour à l'hôpital (à l'exclusion des frais engagés pour une chambre à un lit ou une suite) ou partie des frais engagés pour des services en consultation externe fournis par un hôpital de soins de courte durée non prise en charge par le régime public d'assurance maladie de l'assuré.
2. **Honoraires de médecins** : partie des honoraires demandés par un médecin ou un infirmier praticien non prise en charge par le régime public d'assurance maladie de l'assuré.
3. **Soins d'un infirmier privé autorisé** : maximum de 3 000 \$ CA pour les services professionnels d'un infirmier privé autorisé qui ne doit pas être un membre de la famille de l'assuré et qui, à la demande du médecin traitant ou de l'infirmier praticien, prodigue des soins infirmiers pendant ou aussitôt après l'hospitalisation.
4. **Services ambulanciers** : frais de transport en ambulance autorisé, par voie terrestre, de l'endroit de survenance de la maladie ou de l'accident jusqu'à l'établissement de santé autorisé le plus proche en mesure de fournir le traitement approprié.

5. **Services d'ambulance aérienne** : frais de transport en ambulance aérienne jusqu'à l'établissement de santé approprié le plus proche ou jusqu'à un hôpital canadien, lorsque ces frais sont approuvés par l'assureur. (Le Centre d'assistance doit préalablement approuver les arrangements de transport aérien et prendre les dispositions nécessaires à cet égard.)
6. **Services paramédicaux** : paiement jusqu'à concurrence de 300 \$ CA pour les honoraires d'un physiothérapeute, d'un chiropraticien, d'un podologue, d'un podiatre ou d'un ostéopathe (y compris les radiographies), lorsque les services sont nécessaires pour un traitement d'urgence.
7. **Services de diagnostic** : frais engagés pour les analyses en laboratoire et les radiographies recommandées par le médecin traitant ou l'infirmier praticien.
8. **Traitements** : frais engagés pour le sang total, le plasma sanguin ou les traitements spécialisés utilisant le radium et des isotopes radioactifs, lorsque les traitements sont entrepris à la suite d'une hospitalisation d'urgence.
9. **Médicaments sur ordonnance** : médicaments, sérums et solutions injectables prescrits par un médecin, un infirmier praticien ou un dentiste, fournis par un pharmacien, un médecin, un infirmier praticien ou un hôpital autorisés et nécessaires dans le cadre d'un traitement d'urgence, à l'exclusion des vitamines, des produits brevetés et des produits exclusifs. L'original des reçus doit être joint à la demande de règlement.
10. **Appareils médicaux** : attelles, plâtres, béquilles, cannes, écharpes, bandages herniaires, déambulateurs et location temporaire d'un fauteuil roulant. Ces appareils doivent être prescrits par le médecin traitant ou l'infirmier praticien, avoir été obtenus à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence de l'assuré et être requis à la suite d'un accident ou d'une maladie imprévue.
11. **Soins dentaires à la suite d'un accident** : traitement visant à réparer des dents naturelles à la suite d'un coup accidentel d'origine externe, reçu à la bouche ou à la tête, jusqu'à concurrence de 2 000 \$ CA. Vous devez consulter un médecin, un infirmier praticien ou un dentiste immédiatement après l'accident. Le médecin ou le dentiste doit fournir un rapport d'accident dans le cadre de la demande de règlement. La prestation maximale inclut tous les coûts liés au traitement.
12. **Soulagement de douleurs aux dents** : traitement pour le soulagement urgent de douleurs aux dents, à l'exclusion des soins dentaires à la suite d'un accident, jusqu'à concurrence de 200 \$ CA. Le traitement doit être dispensé dans une région située à au moins 200 km de la province ou du territoire de résidence de l'assuré.
13. **Transport aérien** : dans le cas d'une urgence médicale, coût du retour de l'assuré au Canada pour un traitement médical immédiat, approuvé par l'assureur et organisé par le Centre d'assistance.

La prestation couvre le coût additionnel pour l'achat du billet au tarif aérien le plus économique, y compris, au besoin, le tarif aérien le plus économique pour transporter l'assuré par civière vers l'hôpital ou l'établissement médical approprié le plus proche au Canada.

Lorsque l'assureur ou la compagnie aérienne stipule que l'assuré doit être accompagné par un auxiliaire médical qualifié (qui n'est pas un membre de la famille de l'assuré), l'assureur prendra en charge les frais habituels, raisonnables et courants demandés par l'auxiliaire médical inscrit dans le ressort où le traitement est dispensé, y compris le tarif aérien le plus économique, l'hébergement et les repas, au besoin. (Le Centre d'assistance doit préalablement approuver tous les arrangements de transport aérien et prendre les dispositions nécessaires à cet égard.)

Au titre de cette garantie, on présume que l'assuré ne détient pas un billet d'avion valide avec un retour ouvert. Si la garantie Service d'ambulance aérienne ou Transport aérien est utilisée, la portion non utilisée du billet d'avion de l'assuré doit être remise à l'assureur. La garantie s'applique également à un membre de la famille qui est aussi couvert par un régime d'assurance voyage de Manuvie et qui voyage avec le patient au moment où la maladie est apparue ou au moment où il a subi la blessure. (Le Centre d'assistance doit préalablement approuver tous les arrangements de transport aérien et prendre les dispositions nécessaires à cet égard.)

14. **Visite à l'hôpital d'un ami ou d'un membre de la famille** : remboursement du tarif aérien le plus économique par l'itinéraire le plus direct à partir du Canada pour permettre à un membre de la famille ou à un ami :
 - de rendre visite à l'assuré hospitalisé. Au titre de cette garantie, l'assuré doit être hospitalisé depuis au moins sept (7) jours consécutifs à l'extérieur de sa province ou son territoire de résidence, et il faut fournir une attestation écrite du médecin traitant ou de l'infirmier praticien précisant que la situation est suffisamment grave pour nécessiter la visite;
 - d'identifier la dépouille avant que le corps ne soit remis à la famille, s'il y a lieu;
 - de s'occuper des enfants à charge de l'assuré, s'ils se retrouvent seuls à la destination de l'assuré à la suite de la maladie ou de la blessure de ce dernier. L'assureur prendra en charge le coût du transport le plus économique pour le retour de l'ami ou du membre de la famille en question à son lieu de résidence. (Les arrangements doivent être faits par le Centre d'assistance.)
15. **Rapatriement du défunt** : maximum de 3 000 \$ CA pour couvrir les frais de préparation et de transport de la dépouille de l'assuré dans sa province ou son territoire de résidence (coût du cercueil non compris) ou maximum de 2 500 \$ CA pour les frais d'incinération et/ou d'inhumation du défunt à l'endroit où est survenu le décès, à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence de l'assuré décédé.
16. **Repas et hébergement** : frais de repas et d'hébergement dans un établissement commercial, engagés par un assuré, à raison d'un maximum de 150 \$ par jour et jusqu'à concurrence de 1 500 \$ CA par contrat, si le voyage de retour dans la province ou le territoire de résidence est retardé au-delà de la date de retour prévue en raison d'une maladie ou d'une blessure de l'assuré ou d'un compagnon de voyage. La maladie ou la blessure ainsi que l'incapacité de voyager de l'assuré ou du compagnon de voyage doivent être attestées par le médecin traitant ou l'infirmier praticien. Les demandes de règlement doivent être accompagnées de reçus détaillés des établissements commerciaux ayant fourni ces services.
17. **Retour de véhicule** : remboursement maximal de 2 000 \$ CA pour ramener le véhicule de l'assuré, y compris un bateau ou un véhicule récréatif, qu'il s'agisse de son propre véhicule ou d'un véhicule de location, dans sa province ou son territoire de résidence ou à l'agence de location appropriée la plus proche, lorsque l'assuré ou son compagnon de voyage est incapable de le faire en raison d'une maladie ou d'une blessure imprévue. Une attestation médicale est exigée, ainsi que les reçus des frais engagés (essence, hébergement, repas, billets d'avion, etc.). Si le véhicule de l'assuré est volé ou inutilisable en raison d'un accident, le montant des frais de transport aérien le plus économique pour permettre le retour du véhicule de l'assuré par l'itinéraire le plus direct dans sa province ou son territoire de résidence sera remboursé. Un rapport de police officiel du vol ou de l'accident est exigé.
18. **Frais hospitaliers** : remboursement jusqu'à concurrence de 100 \$ CA par hospitalisation pour couvrir les frais accessoires. Les reçus des frais engagés doivent être présentés.

Prolongation automatique de l'assurance

La couverture relative à tout voyage sera prolongée d'office, sans coût additionnel pour l'assuré, jusqu'à concurrence de soixante-douze (72) heures suivantes :

- la date de sortie de l'hôpital, lorsque le retour de l'assuré dans sa province ou son territoire de résidence est retardé en raison de l'hospitalisation de l'assuré ou de son compagnon de voyage et que la couverture relative au voyage visé prend fin après son admission à l'hôpital;
- la date d'expiration de la couverture relative au voyage visé, lorsque le retour de l'assuré dans sa province ou son territoire de résidence est retardé, sur ordre du médecin traitant ou de l'infirmier praticien, en raison d'une maladie ou d'une blessure accidentelle couverte;
- la date d'expiration de la couverture pour le voyage visé, lorsque le retour de l'assuré dans sa province ou son territoire de résidence est retardé en raison du retard d'un transporteur public (avion, autocar, taxi, train) avec lequel l'assuré au titre du présent contrat doit voyager en tant que passager, ou en raison d'un retard causé par un accident de la circulation ou une défaillance mécanique d'une automobile privée en route vers le point de départ. Les demandes de règlement doivent être accompagnées de preuves de l'incident ayant causé le retard;

- la date d'expiration de la couverture relative au voyage visé, lorsque le retour de l'assuré dans sa province ou son territoire de résidence est retardé en raison de conditions climatiques extrêmes rendant la conduite dangereuse. Les demandes de règlement doivent être accompagnées de preuves des autorités locales et du bureau météorologique de la région touchée.

Nota : Pour tout voyage, la couverture expire à 23 h 59, heure locale, le dernier jour de la période de couverture ou le maximum par voyage au titre de l'assurance voyage, tel qu'il précisé dans le sommaire des garanties.

Le centre d'assistance

Le Centre d'assistance offre de l'aide par téléphone. Si vous avez besoin d'aide, veuillez consulter votre carte d'aide mondiale pour connaître les coordonnées. Le Centre d'assistance peut vous aider dans les circonstances suivantes :

Assistance de nature médicale

- aide pour trouver un médecin, un infirmier praticien, une clinique ou un hôpital;
- confirmation des frais remboursables à l'hôpital, au médecin ou à l'infirmier praticien;
- paiement des frais remboursables à l'hôpital, au médecin ou à l'infirmier praticien, dans la mesure du possible;
- suivi du traitement médical et renseignements fournis à la famille;
- transport d'un membre de la famille au chevet de l'assuré ou pour identifier le corps du défunt;
- rapatriement de l'assuré à son lieu de résidence, si son état de santé le permet.

Assistance générale

- aide immédiate dans la plupart des langues les plus parlées;
- aide pour entrer en communication avec la famille, l'associé, l'employeur, le médecin de famille ou l'infirmier praticien;
- garde des enfants à charge et coordination de leur retour à la maison, si l'assuré est hospitalisé;
- transmission de messages urgents aux membres de la famille ou aux associés;
- aide à la suite de la perte du passeport ou des billets d'avion;
- aide pour l'obtention de services d'un avocat dans l'éventualité d'un accident grave;
- coordination des services de l'ambassade ou du consulat.

L'assuré doit être en mesure de fournir le numéro de sa carte d'assurance maladie gouvernementale au Centre d'assistance pour que les paiements puissent être effectués. Assurez-vous d'avoir en votre possession le numéro de votre carte d'assurance maladie gouvernementale et celui de chacun des membres de votre famille.

Présentation d'une demande de règlement d'assurance voyage

Pour plus de renseignements au sujet des demandes de règlement d'assurance voyage, veuillez composer le

1 800 805-1008. Lorsque vous communiquez avec le Centre d'assistance lors d'une urgence médicale, vous recevez des directives complètes au sujet de la présentation de votre demande de règlement.

Si vous présentez une demande de règlement au titre du présent contrat SANS avoir préalablement communiqué avec le Centre d'assistance au moment où les services médicaux ont été rendus, ou si vous demandez le remboursement de frais accessoires, vous devez :

- remplir un formulaire Demande de règlement, autorisation et divulgation;
- envoyer le formulaire dûment rempli, accompagné de l'original des factures et/ou des reçus détaillés du fournisseur de services et d'un justificatif écrit des sommes payées par le régime public d'assurance maladie ou par tout autre assureur ou régime d'assurance maladie;
- obtenir une déclaration du médecin traitant, de l'infirmier praticien ou de l'hôpital indiquant le diagnostic et le traitement fourni;

- fournir la traduction des documents présentés dans une autre langue que le français ou l'anglais. Pour obtenir un formulaire Demande de règlement, autorisation et divulgation, veuillez composer le 1 800 805-1008.
- Assurez-vous d'indiquer votre numéro d'identification, le numéro de votre carte d'assurance maladie gouvernementale avec le code de version (le cas échéant) et la date de naissance du patient.
- Toutes les demandes de règlement doivent être présentées dans les six (6) mois suivant l'incident.
- Envoyez tous les documents pertinents à :
Assurance voyage Manuvie
a/s Active Care Management
P.O. Box 1237, Stn. A
Windsor (Ontario) N9A 6P8
- Un formulaire de demande de règlement sera envoyé à l'assuré sur réception des renseignements et documents indiqués ci-dessus.

Veillez noter que TOUS les renseignements doivent être indiqués sur le formulaire de demande de règlement, sans quoi le traitement de la demande sera retardé.

Exclusions

(Ces exclusions ne s'appliquent qu'à la partie C : Garanties d'assurance soins médicaux en cas d'urgence en voyage)

Outre toute autre exclusion stipulée dans les présentes, l'assureur ne versera aucune prestation ni n'assumera aucune obligation à l'égard de toute demande de règlement découlant directement ou indirectement de ce qui suit :

1. Problème de santé qui n'était pas stable au cours des neuf (9) mois consécutifs qui ont précédé immédiatement la date de départ de la province ou du territoire de résidence de l'assuré, à savoir toute affection, toute blessure, toute maladie ou toute complication y afférente à l'égard de laquelle, au cours de cette période de neuf (9) mois :
 - l'assuré a eu de nouveaux symptômes, ou dont les symptômes existants sont devenus plus fréquents ou plus graves, ou encore à l'égard de laquelle un résultat d'analyse montre une détérioration; et/ou
 - un médecin ou un infirmier praticien (ou un autre professionnel de la santé) a prescrit ou recommandé un changement de médication (réduction ou augmentation de la posologie ou de la fréquence, arrêt de la médication et/ou prescription d'un ou de plusieurs nouveaux médicaments); et/ou
 - un médecin ou un infirmier praticien (ou un autre professionnel de la santé) a prescrit ou recommandé un changement de traitement; et/ou
 - il y a eu admission à l'hôpital et/ou l'assuré attend des résultats pour une investigation ultérieure.

Cette exclusion ne s'applique pas aux affections mineures ou aux changements de médication lorsque l'ingrédient actif et la concentration demeurent les mêmes (p. ex., médicaments génériques).
2. Traitement, service ou intervention chirurgicale facultatifs (non urgents), y compris tout traitement, tout service ou toute intervention chirurgicale :
 - a) qui n'est pas nécessaire pour le soulagement immédiat d'une douleur aiguë; ou
 - b) qui pourrait être reporté sur le plan médical jusqu'au retour de l'assuré au Canada; ou
 - c) que l'assuré choisit de recevoir à l'extérieur du Canada à la suite d'un traitement d'urgence ou d'un diagnostic d'une affection qui, selon les preuves médicales, ne l'empêcherait pas de retourner au Canada avant le traitement ou l'intervention chirurgicale.
3. Séjour dans un hôpital qui n'est pas un hôpital de soins de courte durée.
4. Traitements ou médicaments expérimentaux ou d'investigation.
5. Transport aérien d'urgence qui n'est pas préalablement approuvé par le Centre d'assistance.
6. Affection pour laquelle, avant le départ, les preuves médicales suggèrent de façon raisonnable qu'un traitement ou une hospitalisation pourrait être nécessaire pendant le voyage.

7. Soins médicaux d'urgence dont le coût est supérieur à 5 000 000 \$ CA par assuré.
8. Frais engagés à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence de l'assuré alors que celui-ci aurait pu y retourner sans danger pour sa vie et sa santé.
9. Voyage à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence de l'assuré principalement dans le but d'obtenir intentionnellement ou accessoirement des conseils ou des traitements médicaux, même si le voyage a été recommandé par un médecin ou un infirmier praticien.
10. Hospitalisation ou services rendus relativement à des examens de santé généraux en vue d'un bilan de santé, à un suivi d'une affection existante, à des soins réguliers pour une maladie chronique, à une réadaptation ou à des soins continus relativement à l'abus de drogues, d'alcool ou d'autres substances, ou encore à des fins esthétiques.
11. Voyage réservé ou commencé en dépit de l'avis du médecin ou après avoir reçu un pronostic de maladie en phase terminale.
12. Soins hospitaliers et médicaux pour une naissance à terme ou pour une naissance survenant après la 26^e semaine de grossesse, complications médicales après la 26^e semaine de grossesse ou interruption volontaire de la grossesse. Cette exclusion s'applique autant à l'assurée qu'au nouveau-né.
13. Traitement nécessaire pour un trouble mental ou nerveux.
14. Services fournis par un naturopathe ou un optométriste ou pour une chirurgie de la cataracte.
15. Traitement pour l'abus de médicaments, de substances toxiques ou d'alcool, ou pour l'usage de médicaments sans ordonnance.
16. Blessure que l'assuré s'inflige ou inflige à une personne couverte au titre du présent contrat, à moins qu'une attestation médicale établisse qu'elles sont reliées à une condition de santé mentale.
17. Perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel au sens de la loi en vigueur dans le ressort où l'acte a été commis.
18. Participation à des sports professionnels ou à des courses de vitesse au moyen d'un véhicule motorisé (par « véhicule », il faut entendre tout moyen de transport tiré, propulsé ou mû par quelque moyen que ce soit, ce qui inclut notamment les automobiles, les camions, les motocyclettes, les mobylettes, les bicyclettes, les motoneiges et les bateaux), parachutisme, deltaplane, saut à l'élastique, escalade, spéléologie, plongée autonome (sauf si l'assuré détient une attestation de plongée sous-marine d'une école autorisée ou d'un autre organisme d'attribution des attestations), ou accident aérien (sauf si l'assuré voyage à titre de passager payant dans un appareil ayant une capacité d'au moins six (6) passagers sur une ligne aérienne commerciale ou un vol nolisé).
19. Maladie ou blessure résultant de ce qui suit : guerre, invasion, actes d'ennemis étrangers, hostilités, opérations guerrières (que la guerre ait été déclarée ou non), guerre civile, rébellion, révolution, insurrection, mouvement populaire prenant des proportions d'insurrection ou se traduisant par une insurrection, un coup d'État militaire ou une usurpation de pouvoir, détournement, tout acte terroriste ou tout acte posé dans le but de contrôler, d'empêcher ou de réprimer les faits précités, y compris les sinistres découlant de tels événements ou causes, ou liés de quelque façon que ce soit à ceux-ci, sans égard à toute autre cause ou tout autre événement qui y contribue simultanément ou dans tout autre ordre.

Aux fins de la présente exclusion, par « acte terroriste », il faut entendre un acte incluant, entre autres, l'usage de la force ou de la violence, et/ou la menace de leur usage, par toute personne ou tout groupe agissant seuls ou pour le compte d'une organisation ou d'un gouvernement, ou en relation avec une organisation ou un gouvernement, à des fins politiques, religieuses, idéologiques ou autres, ce qui comprend l'intention d'influencer un gouvernement et/ou de créer un sentiment de peur au sein de la population ou d'une partie de la population, ou tout acte que les autorités fédérales considèrent comme étant un acte terroriste.

Conditions

Ces conditions ne s'appliquent qu'à la partie C : Garanties d'assurance soins médicaux en cas d'urgence en voyage.

1. La couverture prévue dans les présentes est offerte uniquement aux résidents couverts par un régime public d'assurance maladie pendant toute la durée du voyage et qui voyagent à l'extérieur de leur province ou territoire de résidence.
2. La couverture sera en vigueur quel que soit le nombre de voyages effectués au cours de la période de couverture, à condition que la durée de chaque voyage ne dépasse pas le nombre de jours prévu au titre du régime de l'assuré.
Aux fins de cette garantie, les jours de l'année civile servent à déterminer le décompte des jours; ainsi, chacun des jours du départ et du retour et des jours civils compris entre le départ et le retour correspondent à une journée.
3. L'assureur couvre uniquement les frais habituels, raisonnables et courants engagés à la suite d'une urgence médicale, à condition que les services soient nécessaires du point de vue médical. Des comptes rendus détaillés des services hospitaliers et médicaux fournis et un justificatif satisfaisant des frais engagés doivent être présentés à l'assureur, sans quoi la couverture y afférente sera invalidée.
4. Seuls sont admissibles les frais engagés par l'assuré pour les services médicaux d'urgence lorsqu'il se trouve en dehors des frontières de sa province ou de son territoire de résidence, pendant l'existence du présent contrat. La couverture entre en vigueur lorsque l'assuré franchit la frontière de sa province ou son territoire de résidence ou, s'il voyage en avion, au moment du décollage, et prend fin à la frontière de sa province de résidence ou lors de l'atterrissage dans la province ou le territoire de résidence, au retour à domicile ou à la date d'expiration du présent contrat, si celle-ci est antérieure.
5. L'autorisation préalable, par le Centre d'assistance, de toutes les interventions et/ou procédures (y compris l'imagerie diagnostique comme l'IRM, ou imagerie par résonance magnétique, et la tomographie par émission de positons) est nécessaire, sauf si elles sont effectuées dans des circonstances extrêmes lors d'une urgence pour sauver la vie ou un membre ou comme aides diagnostiques pour sauver la vie ou un membre. Les procédures de routine effectuées dans un service d'urgence, notamment les réparations de lacérations mineures, le drainage d'abcès, le retrait de corps étranger et d'autres procédures chirurgicales mineures d'urgence, ainsi que les radiographies pulmonaires, les clichés des os et de l'abdomen, n'ont pas besoin d'être préapprouvées.
6. L'assureur, avec l'accord du médecin traitant ou de l'infirmier praticien, se réserve le droit de transférer l'assuré à un autre hôpital ou de le faire revenir au Canada. Le refus de se plier à la demande de transfert exonère l'assureur de tout autre engagement ou de toute autre responsabilité.
7. Lorsque l'urgence médicale prend fin, aucune autre prestation n'est versée pour la poursuite du traitement, la réapparition ou la complication découlant directement ou indirectement de ce qui a causé l'urgence médicale.
8. Si la garantie Services d'ambulance aérienne ou Transport aérien est utilisée, la portion non utilisée du billet d'avion de l'assuré doit être remise à l'assureur.
9. Aucune prestation n'est payable pour les frais engagés après la date d'expiration du présent contrat, sauf si, pendant la période de couverture, l'assuré est admis à l'hôpital et n'obtient pas son congé avant la date d'expiration de la période de couverture.
10. L'assuré doit en tout temps agir de façon à réduire les coûts pour l'assureur.

Partie D : Dispositions générales

1. PROPOSITIONS : Si l'assureur modifie ou remplace le présent contrat, les taux ou les dispositions, toute proposition ultérieure à la date de la modification ou du remplacement sera réputée se rapporter au contrat modifié ou de remplacement, et la couverture sera établie conformément aux taux et aux dispositions du contrat modifié ou de remplacement. Toute proposition doit être validée par l'assureur ou par un distributeur approuvé par l'assureur.
2. COUVERTURE : Tous les assurés au titre du présent contrat doivent détenir une couverture identique.

3. **ADMISSIBILITÉ** : Pour être admissible à l'assurance au titre du présent contrat, l'assuré doit :
- a) être couvert par le régime public d'assurance maladie de sa province ou de son territoire de résidence; De plus, les résidents du Québec doivent être inscrits au régime d'assurance médicaments de la RAMQ ou avoir une couverture équivalente au titre d'un régime collectif, et :
 - b) résider au Canada;
 - c) avoir au moins 18 ans à la date de la proposition d'assurance ayant donné lieu au présent contrat (à l'exception des enfants à charge d'un membre);

Si l'assureur détermine qu'un assuré n'est pas ou n'était pas admissible à la couverture au titre du présent contrat, l'assureur peut choisir de mettre fin immédiatement au présent contrat, sans remboursement des primes, après avoir fourni à l'assuré un avis faisant état de la résiliation, et se réserve le droit de recouvrer toute prestation versée aux termes des présentes.

4. **INDEMNISATION** : L'indemnisation stipulée aux présentes s'applique à chaque assuré. La couverture accordée varie selon que l'assuré choisit l'assurance individuelle ou familiale, à moins d'indication contraire.
5. **NON-TRANSFÉRABILITÉ** : Le présent contrat n'est pas transférable à un membre de la famille ni à toute autre personne.
6. **DATE D'EFFET** : Le présent contrat prend effet à la date d'effet indiquée au sommaire.
7. **PAIEMENT DES PRIMES** : Le présent contrat reste en vigueur de mois en mois tant que les primes exigibles sont payées à leur date d'échéance. La couverture se termine à la fin du dernier mois pour lequel la prime a été acquittée et acceptée par l'assureur, auquel cas aucun avis n'est nécessaire. Le retour d'un paiement pour insuffisance de fonds entraîne des frais d'administration de vingt-cinq (25) dollars.
8. **MODIFICATION DES PRIMES/GARANTIES** : L'assureur se réserve le droit de modifier les primes requises au titre du présent contrat et de réduire les garanties pour toute raison, moyennant un préavis écrit de trente (30) jours au titulaire de contrat.
9. **ERREUR SUR L'ÂGE** : L'assureur se réserve le droit de demander une preuve satisfaisante de l'âge de tout assuré au titre du présent contrat. Si la date de naissance est erronée et que l'erreur a une incidence sur (a) la date à laquelle la couverture prend effet, est réduite ou prend fin, (b) le montant ou le type de couverture ou (c) les droits et garanties au titre du présent contrat, l'âge de l'assuré calculé selon sa date de naissance véritable s'appliquera, et les taux seront rajustés en conséquence.
10. **AUGMENTATION OU RÉDUCTION DE LA COUVERTURE** : Le titulaire de contrat peut demander l'augmentation de sa couverture en tout temps, à condition de présenter une justification médicale d'assurabilité satisfaisante pour l'assureur et une demande écrite à cet effet. L'assuré ne peut réduire sa couverture que si celle-ci est en vigueur depuis au moins douze (12) mois consécutifs.
11. **AJOUTS OU MODIFICATIONS À LA COUVERTURE** : Le titulaire de contrat peut remplacer sa protection individuelle par une protection familiale ou pour couple en tout temps, moyennant la présentation d'une demande écrite et d'une justification médicale d'assurabilité (au besoin) pour le conjoint et les personnes à charge à ajouter. Si la demande est approuvée, la couverture prend effet à la date fixée par l'assureur. Une fois la couverture en vigueur, l'assuré peut ajouter au régime un conjoint ou des personnes à charge moyennant une demande écrite et une justification médicale d'assurabilité (au besoin) dans les trente (30) jours de la date à laquelle le conjoint ou les personnes à charge deviennent admissibles. L'assureur n'exige aucune justification médicale d'assurabilité pour les nouveau-nés si la proposition est présentée dans les trente (30) jours suivant leur naissance. Un seul conjoint à la fois peut être couvert au titre du régime.
12. **AVIS DE RÉSILIATION** : Tout événement entraînant la résiliation de l'assurance, notamment le décès, le divorce et le fait qu'un enfant à charge se marie ou commence à travailler à temps plein, doit être signalé par écrit à l'assureur dans un délai de trente (30) jours.

Si une résiliation n'est signalée à l'assureur qu'après cette période de trente (30) jours, tout remboursement de primes prévu à l'égard d'un assuré décédé ou ne répondant pas aux critères d'admission se limite à un paiement correspondant aux primes acquittées pour une période maximale de douze (12) mois.

13. DROIT DE TRANSFORMATION : Si la couverture d'un assuré prend fin en raison d'un divorce ou si la couverture d'une personne à charge prend fin parce qu'elle atteint l'âge de 21 ans, se marie, devient orpheline ou commence à travailler, la couverture peut être maintenue en vigueur au titre d'un contrat distinct. Pour maintenir les droits de transformation, vous devez communiquer avec l'assureur dans les trente (30) jours suivant la date de résiliation de la couverture.
14. NOUVELLE DEMANDE DE COUVERTURE : En cas de résiliation du contrat, il n'est possible de soumettre une autre proposition au titre d'une assurance santé individuelle (non collective) de Manuvie qu'après une période de vingt-quatre (24) mois.
15. COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS : Comme condition préalable au versement des prestations au titre du présent contrat, l'assuré convient d'autoriser la communication de tous les renseignements raisonnablement nécessaires à l'assureur pour déterminer le droit à indemnisation et évaluer la demande de règlement. L'assureur et ses fournisseurs de services sont autorisés à obtenir les renseignements et les dossiers médicaux pertinents de l'assuré auprès de tout médecin, de tout infirmier praticien, de tout dentiste, de tout hôpital, de toute clinique et de tout fournisseur de services.
16. VERSEMENT DES PRESTATIONS : Les règlements sont effectués par virement automatique ou par chèque au nom du titulaire de contrat ou de l'assuré, selon le cas, ou à un fournisseur désigné, sauf stipulation contraire en raison du décès du titulaire de contrat. Toutes les prestations et tous les montants stipulés aux présentes sont versés en dollars canadiens, et aucune somme payable au titre des présentes ne porte intérêt.
17. COORDINATION DES PRESTATIONS : Le présent régime est un régime d'assurance complémentaire. Il couvre les frais qui ne sont assurés par aucune autre garantie ni aucun autre régime d'assurance, recouvrables ou non. Si l'assuré a droit à des prestations similaires au titre de tout autre contrat individuel ou collectif, entre autres un régime public d'assurance maladie, une couverture au titre d'une carte de crédit ou un contrat d'assurance privée ou automobile, les prestations sont coordonnées de façon à ce que la somme des prestations n'excède pas 100 % des frais admissibles engagés.
- Une fois calculées les prestations payables au titre de tout régime public, le versement de tout solde payable au titre des présentes est coordonné avec le versement des prestations au titre de tout autre contrat ou régime si l'assuré a droit à des prestations similaires parallèlement au titre de tout autre régime non public, comme suit :
- a) Si l'autre régime ne prévoit pas la coordination ou la réduction des prestations payables au titre des présentes, les prestations payables au titre de l'autre régime sont déterminées en premier.
 - b) Si l'autre régime prévoit la coordination ou la réduction des prestations payables au titre des présentes, les prestations sont réparties entre les régimes au prorata des sommes qui auraient été payables par chaque régime si l'assuré n'avait été assuré que par ce régime.
 - c) L'assureur se conforme aux directives de coordination des prestations pour frais médicaux engagés à l'étranger ou à l'extérieur de la province de résidence établies par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (*Canadian Life and Health Insurance Association*).
18. CONTRATS MULTIPLES : L'assuré ne peut en aucun temps être couvert au titre de plus d'un régime individuel d'assurance-santé et soins dentaires établi par l'assureur, ni être couvert au titre de régimes individuels d'assurance-santé et soins dentaires qui sont établis par l'assureur et qui se succèdent, lorsque l'intervalle entre l'établissement du régime subséquent et la résiliation du premier régime est de moins de 24 mois. Si l'assureur détermine qu'un assuré est couvert au titre de plus d'un contrat à la fois ou au titre de contrats qui se succèdent, tel qu'il est susmentionné, l'assureur est autorisé à mettre fin immédiatement à l'un ou à plusieurs des contrats, ou à tous les contrats, sans remboursement des primes, après avoir fourni à l'assuré un avis faisant état de la résiliation. L'assureur se réserve le droit de recouvrer toute prestation versée au titre de quelque contrat que ce soit pour lequel un assuré se serait trouvé en contravention aux présentes dispositions.
19. DROIT DE RECOUVREMENT : Si l'assureur verse des prestations ou assume une responsabilité quelconque au titre des présentes, il est subrogé aux droits de recouvrement de l'assuré contre toute personne à cet effet. L'assuré s'engage à ne poser aucun geste qui pourrait empêcher l'assureur de faire valoir ses droits et à collaborer entièrement avec l'assureur si celui-ci décide d'intenter une poursuite au nom de l'assuré. Nonobstant ce fait, l'assuré peut choisir d'exercer son droit de recouvrement en intentant lui-même une poursuite, auquel cas il doit en aviser l'assureur et prendre tous les moyens nécessaires pour protéger l'intérêt de l'assureur à cet égard. Sauf entente à

l'effet contraire, toute somme recouvrée ou perçue qui résulte directement ou indirectement de l'exercice de ce droit sera appliquée d'abord au remboursement de toutes les sommes payées par l'assureur en premier lieu au titre des présentes, déduction faite d'un montant raisonnable pour les honoraires juridiques engagés par l'assuré dans le cadre de la poursuite.

20. **FAUSSE DÉCLARATION, REMBOURSEMENT ET DÉDOMMAGEMENT** : En ce qui concerne toute proposition soumise au titre des présentes, toute fausse déclaration, toute omission ou tout défaut de divulguer des renseignements exacts qui sont constatés dans les deux (2) ans suivant la date d'effet du contrat entraînent l'annulation du présent contrat, au gré de l'assureur, et limitent la responsabilité de l'assureur au montant des primes remboursables. Si plusieurs personnes sont assurées au titre du contrat, l'assureur peut résilier l'intégralité du contrat ou modifier ou résilier uniquement la couverture de la personne ou des personnes à l'égard desquelles le défaut de divulguer a été commis, tout en maintenant en vigueur la couverture des autres personnes assurées au titre du contrat, lesquelles ne sont pas tenues de conserver la couverture dans ces conditions. De plus, l'assureur est autorisé à déduire des primes remboursables les prestations qui ont été versées. Cette restriction ne s'applique toutefois que pendant les deux (2) premières années de couverture, sauf en cas de fraude. En ce qui concerne toute demande de règlement soumise au titre des présentes, en cas de fausse déclaration, d'omission ou de défaut de divulguer des renseignements exacts, intentionnellement ou non, la totalité des frais qui auraient été couverts au titre des présentes ainsi que tous les frais engagés par l'assureur pour enquêter sur la demande frauduleuse sont à la charge de l'assuré, au gré de l'assureur. Ce montant comprend les honoraires juridiques et les services d'un enquêteur privé. L'assuré et le titulaire de contrat (s'il ne s'agit pas de la même personne) doivent conjointement et solidairement dédommager l'assureur à cet égard et cette obligation est maintenue même après la résiliation du présent contrat.
21. **RESPONSABILITÉ** : Sans restreindre le caractère général de ce qui précède, l'assureur ne saurait être tenu responsable des traitements médicaux, des soins, des fournitures ou des services fournis par des tiers, y compris le transport, ni de leur disponibilité, de leur qualité ou de leurs résultats; de tout acte ou omission commis par un tiers en ce qui a trait aux soins, aux traitements, aux fournitures ou aux services; ni de l'incapacité de l'assuré d'obtenir un traitement médical. La responsabilité de l'assureur se limite exclusivement au versement des prestations conformément aux clauses et aux conditions du présent contrat.
22. **AVIS À L'ASSUREUR** : Tout avis à l'assureur doit être envoyé par courrier affranchi à l'adresse suivante : Manuvie,
Marchés des groupes à affinités
Service des contrats
P.O. Box 670, Station Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J 4B8
23. **RENONCIATION** : Le fait que l'assureur renonce à faire valoir ses droits dans un cas particulier ne signifie pas qu'il renonce à exercer ses droits dans les autres cas.
24. **TÉLÉCOPIE** : Une télécopie ou une photocopie de la proposition relative au présent contrat et du questionnaire médical, le cas échéant, a la même valeur que l'original et lie l'assuré au même titre que l'original.
25. **DÉLAI DE PRESCRIPTION** : 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 *la loi de 2002* sur la prescription des actions, per l'Ontario.
26. **PARTICULARITÉS PROVINCIALES** : S'il y a lieu, les dispositions décrites dans le présent contrat seront adaptées pour satisfaire aux exigences minimales de la loi dans votre province ou territoire de résidence.
27. **BÉNÉFICIAIRE** : Le droit de désigner des personnes à qui ou pour qui des sommes assurées seront payables se limite aux sommes payables par suite d'un décès.

Partie E : Conditions légales

1.
 - i) Contrat intégral : La proposition, le présent contrat, tout document joint au présent contrat lors de son établissement, ainsi que les modifications au contrat convenues par écrit après l'établissement du contrat constituent le contrat indivisible. Aucun agent n'est autorisé à le modifier ni à renoncer à l'une de ses dispositions.
 - ii) Renonciation : L'assureur est réputé n'avoir renoncé à aucune condition du présent contrat, en totalité ou en partie, à moins que la renonciation ne soit clairement exprimée dans un écrit signé par l'assureur.
 - iii) Copie de la proposition : L'assureur est tenu de fournir, sur demande, au titulaire de contrat ou à un demandeur au titre du contrat une copie de la proposition.
2. Faits essentiels à l'appréciation du risque : Les déclarations faites par le titulaire de contrat ou l'assuré à la souscription du présent contrat ne peuvent pas être utilisées pour appuyer une demande de règlement au titre du présent contrat ni pour se soustraire à l'une des conditions énoncées dans le présent contrat, à moins de figurer dans la proposition ou dans toute autre déclaration ou réponse fournies par écrit comme preuve d'assurabilité.
3.
 - (1) Avis et preuve de sinistre : Le titulaire de contrat, l'assuré, un bénéficiaire ayant le droit de présenter une demande de règlement ou l'agent de l'un d'eux, est tenu :
 - (a) de donner un avis de sinistre par écrit à l'assureur :
 - i) soit en le remettant ou en l'envoyant par courrier recommandé au siège social des Marchés des groups à affinités;
 - ii) soit en le remettant à un agent autorisé de l'assureur dans la province, au plus tard trente (30) jours après la date à laquelle un accident, une maladie ou une invalidité ouvre droit à indemnisation au titre du présent contrat ;
 - (b) dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent la date à laquelle un accident, une maladie ou une invalidité ouvre droit à indemnisation au titre du contrat, de fournir à l'assureur les preuves qui peuvent raisonnablement être fournies des circonstances de l'incident ou de l'accident ou du commencement de la maladie ou de l'invalidité ainsi que des pertes qui en résultent, du droit du demandeur de recevoir paiement, de son âge et de l'âge du bénéficiaire, s'il y a lieu ;
 - (c) si l'assureur l'exige, de fournir un certificat établissant de façon satisfaisante la cause ou la nature de l'accident, de la maladie ou de l'invalidité qui peut faire l'objet d'une demande de règlement au titre du contrat, ainsi que la durée de l'invalidité.
 - (2) Défaut de donner avis de sinistre ou de fournir la preuve de sinistre : Le défaut de donner avis du sinistre ou d'en fournir la preuve dans le délai prescrit par la présente condition n'invalide pas la demande de règlement si l'avis est donné ou la preuve est fournie dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, et au plus tard un (1) an après la date de l'accident ou la date à laquelle une maladie ou une invalidité ouvre droit à indemnisation au titre du contrat, s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner l'avis de sinistre ou de fournir la preuve de sinistre dans le délai prescrit.
4. Obligation pour l'assureur de fournir les formulaires relatifs à la preuve de sinistre : L'assureur fournit les formulaires relatifs à la preuve de sinistre dans les quinze (15) jours de la réception de l'avis de sinistre. Toutefois, lorsque le demandeur n'a pas reçu les formulaires dans ce délai, il peut soumettre la preuve de sinistre sous la forme d'une déclaration écrite expliquant la cause ou la nature de l'accident, de la maladie ou de l'invalidité donnant lieu à la demande de règlement ainsi que l'étendue du sinistre.
5. Droit d'examen : Comme condition préalable au recouvrement des sommes assurées au titre du présent contrat :
 - a) le demandeur est tenu d'offrir à l'assureur la possibilité de faire subir à l'assuré un examen lorsque cela s'avère nécessaire, dans la limite du raisonnable, tant que le règlement est en suspens ;
 - b) en cas de décès de l'assuré, l'assureur peut exiger une autopsie, sous réserve des lois du ressort compétent.
6. Versement des sommes payables : L'assureur verse toute somme payable au titre du présent contrat dans les soixante (60) jours suivant la date de réception de la preuve du sinistre.

Ces conditions légales priment sur toute autre clause ou disposition du présent contrat.

Partie F : Définitions

Les termes utilisés dans le présent contrat sont définis comme suit :

Accident ou accidentel : se dit d'un événement involontaire, soudain, fortuit et imprévisible attribuable exclusivement à une cause externe qui entraîne des blessures, directement et indépendamment de toute autre cause.

Affection mineure : trouble qui ne nécessite pas l'usage de médicaments pendant plus de trente (30) jours, ni de visite de rappel, de recommandation à un professionnel de la santé dûment autorisé, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale.

Année civile : période de 12 mois commençant le 1^{er} janvier et se terminant le 31 décembre.

Année contractuelle : période de 12 mois consécutifs qui suit la date d'effet du contrat et chaque période de 12 mois par la suite.

Année d'indemnisation : période de 12 mois consécutifs suivant la date à laquelle survient un sinistre.

Appareil orthopédique : support ou appareil rigide ou semi-rigide moulé et attaché au corps ou à une partie du corps.

Assuré : personne couverte au titre du présent contrat, sous réserve du paiement des primes exigées. Chaque assuré doit être couvert au titre d'un régime public d'assurance maladie, et seulement deux (2) d'entre eux peuvent être âgés de dix-huit (18) ans ou plus.

Assureur : La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.

Autorisé/certifié/agréé : autorisé par l'autorité compétente ou par l'association professionnelle appropriée dans le ressort où les soins ou services sont donnés ou à l'endroit où se situe l'établissement médical. Cependant, par l'expression « infirmier autorisé », il faut entendre la définition donnée ci-après.

Blessure : lésion corporelle imprévisible résultant d'un accident survenu pendant que le présent contrat est en vigueur et nécessitant un traitement médical immédiat assuré au titre des présentes.

Changement de médication : réduction ou augmentation de la fréquence et du dosage d'un médicament, arrêt d'un médicament ou ordonnance d'un nouveau médicament.

Compagnon de voyage : toute personne qui a payé à l'avance l'hébergement ou le transport pour accompagner l'assuré lors d'un voyage couvert.

Conjoint : personne couverte au titre d'un régime d'assurance-maladie gouvernemental et à laquelle l'assuré est légalement marié ou cohabite dans le cadre d'une relation assimilable à une union conjugale depuis au moins douze (12) mois consécutifs.

Conseiller clinicien : personne qui fournit un service de consultation à des particuliers pour les aider à comprendre des problèmes et des inquiétudes concernant leur développement personnel et leur santé mentale. Le conseiller clinicien doit détenir une certification ou un diplôme dans son domaine qui soit reconnu dans la province où il exerce, et être agréé ou autorisé par une association de conseillers fédérale ou provinciale.

Consulter : demander un conseil ou un traitement à un médecin, à un infirmier praticien ou à un autre professionnel de la santé pour toute affection, toute blessure, toute maladie ou tout trouble, y compris les discussions sur les tests exploratoires ou interventions chirurgicales possibles.

Contrat : le présent contrat d'assurance et toute modification ultérieure qui y est apportée, ainsi que votre proposition d'assurance et toute modification ultérieure qui y est apportée.

Course de vitesse : activité de compétition où la vitesse est le facteur déterminant de réussite.

Couverture familiale : protection offerte aux assurés adultes de plus de 21 ans et aux personnes à charge nommées dans la proposition.

Couverture individuelle : garanties offertes uniquement au titulaire de contrat ou à l'assuré, si celui-ci n'est pas la même personne que le titulaire de contrat.

Date de la proposition : date à laquelle la proposition parvient/est parvenue à notre bureau des Marchés des groupes à affinités.

Date d'effet : jour où la couverture au titre du présent contrat entre en vigueur.

Demande de règlement : frais admissibles cumulatifs par maladie ou blessure, lorsque le présent contrat est en vigueur, ou encore moyen par lequel l'assureur est informé que des frais admissibles ont été engagés et demande de remboursement de ces frais.

Demandeur : assuré qui présente une demande de règlement au titre du présent contrat.

Dentiste ou denturologiste : praticien en dentisterie autorisé à pratiquer sur le territoire où sont fournis les services ou les fournitures donnant lieu à des frais. Il ne peut s'agir de l'assuré ni d'un membre de sa famille immédiate.

Expérimental : se dit d'un service, d'un médicament, d'un traitement ou d'un appareil médical dont l'utilisation au Canada n'est pas autorisée par la Direction générale de la protection de la santé de Santé Canada ou qui n'est pas reconnu comme valable ou acceptable par la profession médicale.

Frais admissibles : frais engagés par l'assuré et remboursables par l'assureur conformément aux dispositions, restrictions et exclusions du présent contrat.

Habituels, raisonnables et courants : en ce qui a trait aux frais, les frais habituellement facturés pour un service donné par le fournisseur (« habituels »); frais correspondant aux honoraires qui seraient normalement facturés si le présent contrat n'existait pas (« raisonnables »); échelle de tarifs facturés par des fournisseurs ayant une expertise comparable dans la région où les soins sont donnés (« courants »).

Hôpital : tout hôpital public autorisé en vertu de la loi sur les hôpitaux publics ou d'une loi similaire de la province ou du territoire visés, ou reconnu par le ministère de la Santé de la province ou du territoire visés comme hôpital public ou comme établissement de soins de courte durée autorisé dans d'autres ressorts. Sauf stipulation contraire dans les présentes, sont exclus les hôpitaux fédéraux, les hôpitaux privés, les maisons de repos, les maisons de soins infirmiers, les maisons de convalescence, les établissements pour le traitement des malades chroniques, les hôtels ou les centres d'esthétique corporelle, les foyers pour personnes âgées, les centres de réadaptation et les institutions offrant essentiellement des services d'internement ou de traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie.

Hôpital de soins de courte durée : établissement autorisé et reconnu comme hôpital pour le soin et le traitement des personnes hospitalisées, où un infirmier autorisé (inf. aut.) est toujours en service, et qui comporte un laboratoire et une salle d'opération (sur place ou dans un autre lieu géré par l'hôpital) dans laquelle des interventions chirurgicales sont effectuées par un chirurgien autorisé, à l'exclusion de tout hôpital ou établissement, ou de toute partie de ceux-ci, autorisé ou utilisé principalement comme clinique, établissement de traitement des maladies chroniques ou de soins de longue durée, maison de convalescence, centre de réadaptation, maison de repos, maison de soins infirmiers ou foyer pour personnes âgées, centre d'esthétique corporelle ou centre de traitement de la toxicomanie ou de l'alcoolisme.

Hôpital privé : hôpital privé défini au sens de la Loi sur les hôpitaux privés de l'Ontario et autorisé par le ministère de la Santé, ou hôpital de même vocation situé à l'extérieur de l'Ontario.

Hospitalisation : admission dans un hôpital ou un hôpital de soins de courte durée (selon le cas), en tant que patient hospitalisé.

(Patient) hospitalisé : patient demeurant dans un hôpital pendant plus de 24 heures consécutives, sur la recommandation du médecin traitant ou de l'infirmier praticien.

Infirmier : infirmier autorisé dans le ressort où les services sont donnés.

Infirmier autorisé : personne titulaire d'un certificat d'infirmier autorisé aux termes de la loi sur les professions médicales et paramédicales de sa province ou du territoire de résidence, ou de toute autre loi similaire, ou toute personne qui est autorisée sur un territoire à donner des services équivalents à ceux d'un inf. aut., et à l'exclusion de l'assuré, de tout membre de la famille de l'assuré et de l'infirmier auxiliaire autorisé (inf. aux. aut.).

Infirmier auxiliaire autorisé ou **Infirmier auxiliaire**: personne autorisée dans le ressort où les services sont donnés et qui n'est ni l'assuré ni un membre de la famille immédiate de l'assuré.

Infirmier praticien : infirmier dûment autorisé ayant obtenu un diplôme d'études supérieures en soins infirmiers et détenant un permis d'exercice dans sa province ou son territoire pour :

- fournir des soins directs aux patients pour le diagnostic et la gestion des affections et des maladies;
- prescrire des médicaments;
- demander et interpréter des analyses de laboratoire; et
- faire des renvois à des spécialistes.

L'infirmier praticien doit être une personne autre que l'assuré ou qu'un membre de la famille immédiate de l'assuré.

Manuvie : La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers

Médecin : docteur en médecine (M.D.) autorisé à pratiquer la médecine ou la chirurgie, sans restrictions, en vertu des lois de la province, de l'État ou du pays où les services sont donnés. Il ne peut s'agir de l'assuré ni d'un membre de la famille immédiate de l'assuré.

Nécessaire du point de vue médical : soins, services, fournitures et autres procédures prescrits et fournis par un médecin, un infirmier praticien ou un professionnel de la santé et que l'assureur détermine comme étant :

- a) appropriés compte tenu des symptômes, des résultats, du diagnostic et du traitement de la maladie ou de la blessure de l'assuré;
- b) fournis conformément aux pratiques médicales généralement reconnues au pays; et
- c) prescrits selon la dose ou la quantité la plus appropriée en termes de rentabilité.

Toutefois, le fait que le médecin traitant ou l'infirmier praticien de l'assuré prescrive un service ou des fournitures ne signifie pas que l'assureur les considère automatiquement comme nécessaires du point de vue médical et qu'ils sont assurés au titre du contrat.

Période de couverture : nombre de jours de couverture selon l'option choisie.

Personne à charge : enfant de l'assuré dont le nom figure sur la proposition, qu'il soit naturel, adoptif, issu d'une union précédente ou enfant d'accueil, ou encore enfant dont l'assuré a la garde légale et assure le soutien financier, et qui est célibataire, sans emploi et âgé de moins de vingt-et-un (21) ans.

Perte : en ce qui concerne la main et le pied, ce terme s'entend du sectionnement complet au niveau ou au-dessus des articulations du poignet ou de la cheville; en ce qui concerne la vue, ce terme s'entend de la perte totale et irrémédiable de la vision.

Profession médicale : médecins, infirmiers praticiens, infirmiers et autres professionnels de la santé offrant des soins médicaux dans leur sphère de compétence, ainsi que les organismes de réglementation, les associations et les autres groupes intéressés, notamment le ministère de la Santé, le Collège des médecins et des chirurgiens, ou les autres organismes semblables existant dans la province ou le territoire en question, et les associations médicales provinciales concernées.

Professionnel de la santé : tout professionnel de la santé autorisé dont la profession est réglementée et dont les tâches consistent à fournir des traitements, des conseils, des consultations, des diagnostics ou des services en cas d'hospitalisation.

Quote-part : pourcentage des frais admissibles considérés comme ouvrant droit à indemnisation et à la charge de l'assureur.

Régime public d'assurance maladie : tout régime ou arrangement fourni par ou sous la supervision d'une agence gouvernementale canadienne pour couvrir ou rembourser les frais engagés pour des services ou des fournitures médicaux, entre autres le régime d'assurance maladie de la province ou du territoire de résidence de l'assuré, les programmes de soins à domicile, le programme des appareils et accessoires fonctionnels et la loi sur les accidents du travail ou une loi similaire de la province ou du territoire de résidence de l'assuré.

Résident : personne qui a un numéro de carte valide du régime d'assurance maladie provincial, qui a un lieu de résidence permanent au Canada, et qui a vécu au pays au moins 183 jours au cours des douze (12) derniers mois.

Titulaire de contrat : personne à l'intention de laquelle le présent contrat a été établi et avec qui l'assureur a conclu un contrat d'assurance.

Traitement : mesure médicale, thérapeutique ou diagnostique raisonnable qui est prescrite par un dentiste, un médecin, un infirmier praticien ou un autre professionnel de la santé, de quelque forme que ce soit, notamment médicament prescrit, test exploratoire raisonnable, hospitalisation, intervention chirurgicale ou autres soins médicaux prescrits ou recommandés et directement liés à la maladie, au symptôme ou au problème.

Urgence : maladie ou blessure accidentelle grave, imprévue ou imprévisible, qui entraîne la maladie ou des lésions corporelles accidentelles chez la personne.

Véhicule : automobile, motocyclette, autocaravane, camion, véhicule récréatif et tous les véhicules de classes A, B et C de moins de 11 mètres (36 pieds) qui ne sont pas autorisés à transporter des passagers payants.

Voyage : toute excursion effectuée par l'assuré hors de sa province de résidence pendant que le présent contrat est en vigueur.

Garantie de remboursement de 30 jours

L'assuré peut, dans les trente (30) jours suivant la réception du présent contrat, le retourner à l'adresse ci-dessous afin qu'il soit annulé. Le contrat sera considéré comme n'ayant jamais été en vigueur et toute prime acquittée jusqu'à la fin de la période d'examen de trente (30) jours sera remboursée, déduction faite de toute prestation versée. Si le montant des prestations versées est supérieur au montant de la prime acquittée, la différence doit être remboursée à l'assureur sans délai. Ce droit d'annulation expire trente (30) jours après la date de réception du contrat par l'assuré et ne s'applique pas aux contrats rétablis, remplacés ou consolidés permettant le maintien en vigueur d'une couverture qui a débuté au titre d'un contrat établi antérieurement. Les droits du bénéficiaire au titre du présent contrat, le cas échéant, sont subordonnés à ce droit d'annulation.

LA COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE MANUFACTURERS

Marchés des groupes à affinités
P.O. Box 670, Station Waterloo
Waterloo (Ontario)
N2J 4B8

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.

P.O. Box 670, Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8; 1-800-268-3763.

Lifeline^{MD} est une marque déposée de Lifeline Systems Inc.

© 2020 La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. Tous droits réservés.

