

N'oubliez pas
votre carte!

pour m e
protéger^{MC}

Assurance-voyage

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

1 877 878-0142,

sans frais, du Canada
et des États-Unis

+1 519 251-5166,

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

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

L'assurance-voyage Pourmeprotéger pour visiteurs
au Canada est offerte par la Financière Manuvie
(La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers).

Les régimes sont établis par La Compagnie
d'Assurance-Vie Manufacturers.

Les noms Manuvie et Financière Manuvie, le logo qui
les accompagne et le titre d'appel « Pour votre avenir »
sont des marques de commerce de La Compagnie
d'Assurance-Vie Manufacturers qu'elle et ses sociétés
affiliées utilisent sous licence.

^{MC} Marques de commerce de La Compagnie
d'Assurance-Vie Manufacturers.

© 2011 La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.
Tous droits réservés.

pour m e
protéger^{MC}

Santé Voyage Vie

Financière Manuvie

CMTravel.VTC.Policy.FR 06/11



Police d'assurance-voyage pour visiteurs au Canada

Entrée en vigueur : Juillet 2011

Financière Manuvie
Pour votre avenir^{MC}

Assurance-voyage Pourmeprotéger^{MC}
pour visiteurs au Canada

EN CAS D'URGENCE MÉDICALE, COMPOSEZ
D'ABORD LES NUMÉROS SUIVANTS :

1 877 878-0142
sans frais, du Canada et des États-Unis
+1 519 251-5166
à frais virés, pour appeler au Canada
à partir de tout autre pays

NOM

N° DE POLICE

Financière Manuvie
Pour votre avenir^{MC}

Assurance-voyage Pourmeprotéger^{MC}
pour visiteurs au Canada

EN CAS D'URGENCE MÉDICALE, COMPOSEZ
D'ABORD LES NUMÉROS SUIVANTS :

1 877 878-0142
sans frais, du Canada et des États-Unis
+1 519 251-5166
à frais virés, pour appeler au Canada
à partir de tout autre pays

NOM

N° DE POLICE

Financière Manuvie
Pour votre avenir^{MC}

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

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

Avis sur la vie privée

La protection de *vo*tre vie privée nous tient à cœur.

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

Pour mieux *vous* servir, *nous* pouvons passer en revue les produits et les services de Manuvie que *vous* avez utilisés afin de *vous* faire part, par publipostage, par téléphone et par d'autres moyens, d'autres produits et services. Si *vous* préférez que *nous nous* abstenions de le faire, veuillez *nous* en informer en composant le 1 800 565-2338 ou en envoyant un courriel à voyage@manuvie.com.

Avis sur la vie privée et la confidentialité. Les renseignements demandés dans la proposition et dans le *questionnaire médical* sont nécessaires au traitement de *vo*tre proposition d'assurance. Afin de préserver le caractère confidentiel de ces renseignements, la Financière Manuvie créera un « dossier de services financiers » contenant les renseignements qui seront utilisés pour traiter la proposition, offrir et administrer les services et évaluer les demandes de règlement. L'accès à ce dossier est limité aux employés, mandataires, administrateurs et agents responsables de l'évaluation des risques (tarification), du marketing, de l'administration des services et de l'évaluation des règlements de la Financière Manuvie, ainsi qu'à toute autre personne ayant reçu *vo*tre autorisation ou autorisée en vertu de la loi. Ces personnes, organisations et fournisseurs de services peuvent se trouver dans des ressorts situés à l'extérieur du Canada et être soumis aux lois en vigueur dans ces ressorts. *Vo*tre consentement quant à l'utilisation de *vos* renseignements personnels pour *vous* offrir des produits et services est facultatif, et *vous* pouvez mettre fin à cette utilisation en écrivant à la Financière Manuvie à l'adresse indiquée ci-après. *Vo*tre dossier sera gardé en lieu sûr dans *nos* bureaux ou ceux de *notre* administrateur ou agent. *Vous* pouvez demander à examiner les renseignements personnels qu'il contient et y faire apporter des corrections en écrivant à l'adresse suivante : Responsable de la protection des renseignements personnels, Marchés des groupes à affinités, Financière Manuvie, P.O. Box 4213, Station A, Toronto (Ontario) M5W 5M3.

AVIS IMPORTANT – À LIRE ATTENTIVEMENT

- Le but de l'assurance-voyage est de couvrir les sinistres survenus dans des circonstances soudaines et imprévisibles. Il est important que vous lisiez et que vous compreniez votre police avant d'entreprendre votre voyage, étant donné que votre couverture peut faire l'objet de certaines restrictions ou exclusions.
- Un problème de santé et/ou un symptôme apparu avant votre voyage peut faire l'objet d'une exclusion pour problèmes de santé préexistants. Vérifiez si cette exclusion s'applique dans le cadre de votre police et l'importance que peuvent avoir à cet égard la date de votre départ ainsi que les dates de souscription et d'effet de l'assurance.
- Advenant un accident, une blessure ou une maladie, vos antécédents médicaux pourraient être examinés dans le cadre d'une demande de règlement.
- Votre police prévoit une assistance voyage. Si une urgence médicale survient, vous devez sans tarder en informer notre Centre d'assistance. Si vous omettez de communiquer avec notre Centre d'assistance dans les délais exigés, les prestations payables au titre de votre police peuvent être limitées.

VEUILLEZ LIRE VOTRE POLICE ATTENTIVEMENT
AVANT D'ENTREPRENDRE VOTRE VOYAGE.

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS CONCERNANT

VOTRE ASSURANCE : La présente police est établie par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (« Financière Manuvie »). La Financière Manuvie a désigné Active Care Management comme seul prestataire des services d'assistance et de règlement offerts au titre de la présente police.

EN CAS D'URGENCE, VOUS DEVEZ COMMUNIQUER IMMÉDIATEMENT AVEC LE CENTRE D'ASSISTANCE :

1 877 878-0142, du Canada ou des États-Unis, ou +1 519 251-5166, à frais virés, de tout autre pays.

Vous devez appeler le Centre d'assistance avant de recevoir un traitement médical. Si vous n'appellez pas le Centre d'assistance avant de recevoir un traitement médical, vous devrez payer 25 % des frais médicaux que nous paierions normalement au titre de la présente assurance. S'il vous est impossible d'un point de vue médical d'appeler le Centre d'assistance au moment où survient l'urgence, la quote-part de 25 % ne s'applique pas. Dans un tel cas, nous vous demandons d'appeler le Centre d'assistance dès que vous êtes en état de le faire, sinon de demander à quelqu'un de le faire à votre place.

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

Si vous n'appellez pas le Centre d'assistance lorsque survient une urgence ou avant de recevoir un traitement, vous devrez payer 25 % des frais médicaux admissibles que nous paierions normalement au titre de la présente police. S'il vous est impossible d'un point de vue médical d'appeler le Centre d'assistance, veuillez demander à quelqu'un de le faire à votre place.

La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers

06/2011

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

Si vous n'appellez pas le Centre d'assistance lorsque survient une urgence ou avant de recevoir un traitement, vous devrez payer 25 % des frais médicaux admissibles que nous paierions normalement au titre de la présente police. S'il vous est impossible d'un point de vue médical d'appeler le Centre d'assistance, veuillez demander à quelqu'un de le faire à votre place.

La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers

06/2011

Sommaire

COUP D'ŒIL SUR LES RÉGIMES	2
ADMISSIBILITÉ	2
Ce que vous devez aussi savoir	3
RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	4
Début et fin de la couverture	4
Couverture pour voyages secondaires à l'extérieur du Canada	5
Prolongation d'office de votre couverture	5
Demande de prolongation de couverture	5
Compléments d'assurance	6
Remboursement de prime	6
PRÉSENTATION D'UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT	6
ASSURANCE SOINS MÉDICAUX D'URGENCE	7
Ce qui est couvert	7
Ce qui n'est pas couvert	10
Demande de règlement d'assurance	
Soins médicaux d'urgence	12
ASSURANCE INTERRUPTION DE VOYAGE	13
Ce qui est couvert	13
Ce qui n'est pas couvert	13
Demande de règlement d'assurance	
Interruption de voyage	14
ASSURANCE ACCIDENT DE VOYAGE	15
Ce qui est couvert	15
Ce qui n'est pas couvert	15
Demande de règlement d'assurance	
Accident de voyage	16
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES	17
Prime	17
Que se passe-t-il si vous bénéficiez d'autres couvertures?	17
DÉFINITIONS	20

DEMANDES DE RENSEIGNEMENTS : Pour obtenir de l'information sur la couverture ou des renseignements généraux, ou pour demander une prolongation de couverture ou un remboursement de prime, communiquez avec le Centre de service à la clientèle au numéro indiqué sur *vosre avis de confirmation*. Pour présenter une demande de règlement ou en savoir plus sur une demande déjà soumise, composez le **1 877 878-0142** ou le **+1 519 251-5166**.

Toute correspondance afférente aux demandes de règlement doit être envoyée à :

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

Nous avons mis certains mots **en italique** afin d'attirer *vosre* attention sur leur sens. *Vous* trouverez la définition de ces termes à la fin de cette brochure, à la rubrique « Définitions ».

Assurance-voyage Pourmeprotéger pour visiteurs au Canada Coup d'œil sur les régimes

Garanties et caractéristiques	SOINS MÉDICAUX D'URGENCE – VOYAGE UNIQUE				COUVERTURE DE 30 JOURS POUR SOINS MÉDICAUX D'URGENCE – VOYAGES MULTIPLES	
	RÉGIME A*		RÉGIME B*		RÉGIME A*	RÉGIME B*
Montants de couverture	15 000 \$, 25 000 \$, 50 000 \$ ou 100 000 \$	150 000 \$	15 000 \$, 25 000 \$, 50 000 \$ ou 100 000 \$	150 000 \$	150 000 \$	150 000 \$
Âge maximal admissible	85 ans	69 ans	85 ans	69 ans	69 ans	69 ans
Soins médicaux d'urgence	◆	◆	◆	◆	◆	◆
Options offertes						
Compléments d'assurance					◆	◆
Franchises permettant de réduire la prime	◆	◆	◆	◆	◆	◆
Couverture familiale (jusqu'à l'âge de 54 ans)	◆	◆			◆	
Assurance facultative – offerte pour chaque voyage**						
Interruption de voyage	◆	◆	◆	◆	◆	◆
Accident de voyage	◆	◆	◆	◆	◆	◆

* L'âge minimal est de 31 jours.

** Ces options peuvent être souscrites pour chaque voyage, que vous ayez souscrit un régime Voyage unique ou un régime Voyages multiples.

Admissibilité

Personnes admissibles à cette couverture

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

Exclusions relatives à l'admissibilité à l'assurance

Vous n'êtes pas admissible à la couverture offerte par la présente police si :

- votre voyage a lieu durant une période au cours de laquelle un médecin vous a déconseillé de voyager;
- vous avez reçu un diagnostic de maladie en phase terminale et votre espérance de vie est de moins de 2 ans;
- vous avez une affection rénale nécessitant des traitements de dialyse;
- vous avez fait usage d'oxygène à domicile au cours des 12 mois précédant la date de la proposition d'assurance; et/ou
- vous avez reçu un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence.

Régime A

Vous n'êtes pas admissible à la couverture offerte au titre du régime A si vous êtes âgé de moins de 31 jours ou de plus de 85 ans (de plus de 69 ans pour une couverture de 150 000 \$ au titre d'un régime Soins médicaux d'urgence – Voyage unique ou d'un régime Voyages multiples).

Régime B

Vous n'êtes pas admissible à la couverture offerte au titre du régime B si vous êtes âgé de plus de 85 ans (de plus de 69 ans pour une couverture de 150 000 \$ au titre d'un régime Soins médicaux d'urgence – Voyage unique ou d'un régime Voyages multiples).

Les proposants âgés d'au moins 35 ans doivent remplir le questionnaire médical.

Ce que vous devez aussi savoir :

- Cette police ne peut être établie qu'au Canada et l'assurance ne peut être en vigueur plus de 365 jours.
- La proposition d'assurance peut être soumise avant ou après votre arrivée au Canada.
- Une période d'attente s'applique, sauf dans le cas d'une blessure accidentelle, si vous souscrivez la présente assurance après votre arrivée au Canada ou après la date d'expiration d'une police Visiteurs au Canada existante que nous avons établie. Veuillez vous reporter à la définition de période d'attente.
- À la date d'effet de votre assurance, vous devez vous trouver au Canada et a) être âgé de moins de 70 ans pour

être admissible aux régimes *Voyages multiples*; ou b) être âgé de moins de 86 ans pour être admissible aux régimes *Voyage unique* (moins de 70 ans pour une couverture *Soins médicaux d'urgence* – *Voyage unique* de 150 000 \$).

- Vous ne pouvez pas être assuré au titre de plusieurs régimes durant *votre voyage*.
- Une franchise de 75 \$ s'applique à chaque demande de règlement présentée relativement à la présente *police*, à moins que vous n'ayez choisi dans *votre proposition* d'assurance la franchise de 0 \$, de 500 \$ ou de 1 000 \$ par demande de règlement et que vous n'ayez payé la prime applicable.
- **Au titre du régime A, aucune prestation n'est payable relativement à un problème de santé préexistant qui existait avant la date d'effet de votre assurance. Veuillez vous reporter à la rubrique CE QUI N'EST PAS COUVERT PAR L'ASSURANCE SOINS MÉDICAUX D'URGENCE, à la page 10.**
- **Au titre du régime B, aucune prestation n'est payable relativement à un problème de santé préexistant qui n'était pas stable durant les 180 jours précédant la date d'effet de l'assurance. Veuillez vous reporter à la rubrique CE QUI N'EST PAS COUVERT PAR L'ASSURANCE SOINS MÉDICAUX D'URGENCE, à la page 10.**

Renseignements généraux sur votre assurance-voyage

Pour souscrire l'assurance, vous ou une personne agissant en *votre nom* devez remplir et signer la proposition d'assurance-voyage. Pour protéger pour visiteurs au Canada, pas plus de 90 jours avant la *date d'effet* de l'assurance, et nous la faire parvenir avec le paiement de la prime exigée.

L'assurance doit être souscrite pour toute la durée de *votre voyage* si vous avez l'intention de retourner à *votre lieu de résidence*.

Une **couverture familiale** vous est offerte au titre du régime A si tous les membres de *votre famille* sont âgés de moins de 55 ans et si vous avez souscrit la couverture familiale et avez payé la prime exigée pour celle-ci. La couverture familiale s'applique à vous, à *votre conjoint* et à vos *enfants* lorsque vous voyagez ensemble. Les *enfants* doivent être âgés d'au moins 31 jours pour être assurés au titre de la présente *police*.

Début de votre couverture :

- a) Dans le cas des régimes *Voyage unique*, la plus éloignée des dates suivantes : i) la *date d'effet* de l'assurance indiquée dans *votre avis de confirmation*; ou ii) l'heure et la date de *votre* arrivée au Canada en provenance de *votre lieu de résidence*.
- b) Dans le cas des régimes *Voyages multiples*, l'heure et la date de *votre* arrivée initiale au Canada en provenance de *votre lieu de résidence*. Par la suite, l'heure et la date de chacune de vos arrivées au Canada en provenance de *votre lieu de résidence*.

Si vous souscrivez l'assurance après *votre* arrivée au Canada, la *période d'attente* pertinente s'applique à toutes les

demandes de règlement que vous présentez au titre de cette assurance, sauf dans le cas d'une *blessure accidentelle*.

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

- a) chaque fois que vous quittez le Canada pour retourner à *votre lieu de résidence*;
- b) date à laquelle est écoulé le nombre de jours pour lequel vous avez souscrit l'assurance, tel qu'il est indiqué dans *votre avis de confirmation*;
- c) au plus tard 365 jours après la *date d'effet* de *votre* assurance; ou
- d) le premier jour où vous êtes assuré au titre d'un *régime public d'assurance maladie*.

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

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

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

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

Demande de prolongation de couverture. Pour prolonger *votre* couverture, vous devez soumettre *votre* demande à cet effet avant la *date d'expiration* de *votre* assurance ou la date prévue de *votre* retour à *votre lieu de résidence* qui figure dans *votre avis de confirmation*. Si *votre* état de santé n'a pas changé et que vous n'avez vécu aucune situation qui a fait ou pourrait faire l'objet d'une demande de règlement au titre de la *police* depuis la *date d'effet* de l'assurance, *votre* couverture peut être prolongée sur demande (prime additionnelle minimale de 25 \$). Dans le cas contraire, *votre* demande de prolongation est soumise à l'approbation du Centre d'assistance. Pour éviter qu'une *période d'attente* s'applique, vous devez souscrire la prolongation d'assurance avant la *date d'expiration* de la *police* d'assurance Visiteurs au Canada en vigueur que nous avons établie pour vous.

Compléments d'assurance

Un régime A *Soins médicaux d'urgence* – Voyage unique peut être utilisé pour compléter un régime A *Soins médicaux d'urgence* – Voyages multiples, et un régime B *Soins médicaux d'urgence* – Voyage unique peut être utilisé pour compléter un régime B *Soins médicaux d'urgence* – Voyages multiples. Des compléments d'assurance peuvent être souscrits pour une durée de *voyage* maximale de 365 jours.

Pour obtenir un remboursement de prime

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

Aucun remboursement n'est accordé pour l'assurance Interruption de *voyage*, l'assurance Accident de *voyage* ni pour les régimes *Voyages* multiples après la *date d'effet* de l'assurance.

Présentation d'une demande de règlement

Pour présenter une demande de règlement relativement à une maladie ou à une blessure durant *votre voyage*, veuillez communiquer avec le Centre d'assistance au :

1 877 878-0142
sans frais, du Canada et des États-Unis
+1 519 251-5166
à frais virés, pour appeler au Canada
à partir de tout autre pays

Vous devez appeler le Centre d'assistance avant de recevoir un traitement médical. Si *vous* n'appeliez pas le Centre d'assistance avant de recevoir un *traitement* médical, *vous* devrez payer 25 % des frais médicaux que *nous* paierions normalement au titre de la présente assurance. S'il *vous* est impossible d'un point de vue médical d'appeler le Centre d'assistance au moment où survient l'*urgence*, la quote-part de 25 % ne s'applique pas. Dans un tel cas, *nous* *vous* demandons d'appeler le Centre d'assistance dès que *vous* êtes en état de le faire, sinon de demander à quelqu'un de le faire à *votre* place.

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

Veuillez poster l'original de tous vos reçus, notes et factures à :

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

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

Assurez-*vous* de conserver une copie de *vos* reçus, notes et factures pour *vos* dossiers.

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

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

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

Nous ne couvrons les frais relatifs aux garanties 5 à 10 ci-après que s'ils ont été autorisés et coordonnés par le Centre d'assistance. Les *frais couverts* admissibles sont les suivants :

- Frais engagés pour recevoir des soins médicaux d'urgence** – *Frais raisonnables et usuels* pour recevoir des soins d'un *médecin* dans un *hôpital* ou à l'extérieur d'un *hôpital*, le coût d'une chambre d'*hôpital* (chambre à deux lits, si disponible, ou lit dans une unité de soins intensifs si cela est *nécessaire du point de vue médical*), services d'un infirmier personnel autorisé pendant *votre* séjour à l'*hôpital*, location ou achat (s'il est moins coûteux) d'un lit d'*hôpital*, d'un fauteuil roulant, de béquilles, d'appareils orthopédiques et autres appareils médicaux, tests effectués afin de diagnostiquer ou de préciser *votre* problème, et médicaments qui *vous* sont prescrits et sont délivrés uniquement sur ordonnance d'un *médecin* ou d'un dentiste. Les visites de suivi sont couvertes jusqu'à ce que le *médecin* traitant ou *nos* conseillers médicaux déclarent que l'*urgence* médicale est terminée.
- Frais engagés pour recevoir des services paramédicaux** – Soins donnés par un chiropraticien, ostéopathe, podologue, physiothérapeute ou podiatre autorisé, jusqu'à concurrence de 300 \$ par profession.
- Frais de transport en ambulance** – *Frais raisonnables et usuels* engagés pour le service de transport local terrestre par ambulance autorisée, à destination du fournisseur de soins médicaux approprié le plus proche en cas d'*urgence*.
- Frais engagés pour un traitement dentaire d'urgence** – Si *vous* avez besoin d'un *traitement* dentaire d'*urgence*, *nous* payons :

- jusqu'à concurrence de 300 \$ pour le soulagement de douleurs dentaires; ou
- si *vous* recevez un coup accidentel à la bouche, jusqu'à concurrence de 3 000 \$ pour la restauration ou le remplacement de vos dents naturelles ou prothèses fixes permanentes.

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

- jusqu'à 3 000 \$ pour la préparation de *votre* dépouille sur place et le coût du conteneur, ainsi que le coût du transport de *votre* dépouille à *votre lieu de résidence* (dans le conteneur de transport ordinaire normalement utilisé par la compagnie aérienne); ou
- jusqu'à 3 000 \$ pour la préparation de *votre* dépouille et le coût d'un cercueil ordinaire, et jusqu'à 3 000 \$ pour *votre* inhumation sur place; ou
- jusqu'à 3 000 \$ pour les frais d'incinération de *votre* dépouille sur place et le coût du transport de vos cendres jusqu'à *votre lieu de résidence*.

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

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

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

- le coût supplémentaire d'un billet d'avion en classe économique, par l'itinéraire le plus économique;
- le coût du billet avec civière à bord d'un vol commercial, par l'itinéraire le plus économique, lorsque la civière est *nécessaire du point de vue médical*;
- le coût du billet d'avion aller-retour d'un accompagnateur médical qualifié, en classe économique, par l'itinéraire le plus économique, ainsi que les honoraires et frais raisonnables exigés par cette personne, lorsque sa présence est *nécessaire du point de vue médical* ou exigée par la compagnie aérienne; ou
- le coût du transport par ambulance aérienne, s'il est *nécessaire du point de vue médical*.

7. Frais supplémentaires pour les repas, l'hôtel, les appels téléphoniques et les taxis – Si une *urgence* médicale *vous* empêche, *vous* ou *votre compagnon de voyage*, de retourner à *votre lieu de résidence* comme cela était initialement prévu ou si *votre traitement* médical d'*urgence* ou celui de *votre compagnon de voyage* exige *votre* transfert dans un autre lieu

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

8. Frais de transport d'une personne devant se rendre à votre chevet

– Si *vous* voyagez seul et êtes hospitalisé pour une durée de 3 jours ou plus en raison d'une *urgence* médicale, *nous* payons, jusqu'à concurrence de 3 000 \$, le coût d'un billet d'avion aller-retour en classe économique, par l'itinéraire le plus économique, de la personne qui doit rester auprès de *vous*. *Nous* payons également, jusqu'à concurrence de 300 \$, ses frais d'hôtel et de repas. Cette personne est également couverte par le même type de régime d'assurance *Soins médicaux d'urgence* que le *vôtre*, jusqu'à ce que *vous* soyez, du point de vue médical, en état de retourner à *votre lieu de résidence*. Si l'assuré est un *enfant*, cette couverture est offerte dès son admission à l' *hôpital*.

9. Frais pour la garde d'enfants

– Si *vous* êtes admis à l' *hôpital*, *nous* couvrons les frais engagés pour qu'un accompagnateur prenne soin des *enfants* si de tels services s'avèrent nécessaires. Cette personne ne peut pas être le père ou la mère de l' *enfant*, un membre de la *famille immédiate*, *votre compagnon de voyage*, ni la personne dont *vous* êtes l'invité durant le *voyage*. *Nous* *vous* remboursons une somme pouvant aller jusqu'à 100 \$ par jour, sous réserve d'un plafond de 300 \$ par *voyage*. *Vous* devez avoir eu la garde de ces *enfants* durant *votre voyage*.

10. Frais de rapatriement d'enfants dont vous avez la garde

– Si *vous* êtes admis à l' *hôpital* pour plus de 24 heures ou si *vous* devez retourner à *votre lieu de résidence* en raison d'une *urgence* couverte, *nous* payons le coût supplémentaire des billets d'avion en classe économique, par l'itinéraire le plus économique, pour le retour des *enfants* au *lieu de résidence* et le coût du billet d'avion aller-retour en classe économique, par l'itinéraire le plus économique, d'un accompagnateur qualifié, si la compagnie aérienne exige que les *enfants* soient accompagnés. *Vous* devez avoir eu la garde de ces *enfants* durant *votre voyage* et ceux-ci doivent être couverts au titre de la présente *police*.

11. Interruption de voyage sans résiliation de couverture

– Cette garantie *vous* permet de retourner à *votre lieu de résidence* en raison d'un événement spécial sans résilier *votre* couverture, à la condition que *vous* ayez soumis au préalable une demande à cet effet au Centre d'assistance et que cette demande ait été approuvée. *Votre* couverture est interrompue mais n'est pas résiliée après *votre* départ du Canada et durant *votre séjour* à *votre lieu de résidence*. *Votre* couverture est remise en vigueur dès *votre* retour au Canada. Aucun remboursement de prime ne *vous* est accordé pour les jours passés à *votre lieu de résidence*.

Ce qui n'est pas couvert par l'assurance Soins médicaux d'urgence

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

1. Toute maladie ou affection dont vous souffrez au cours de la période d'attente.
2. Un problème de santé préexistant

Régime A – Nous ne payons pas les frais liés à ce qui suit :

- a) un problème de santé préexistant pour lequel vous avez pris, reçu ou vous êtes fait prescrire des médicaments, et/ou pour lequel vous avez reçu un traitement au cours des 180 jours qui précèdent la date d'effet de l'assurance;
- b) une affection cardiaque pour laquelle, dans les 180 jours qui précèdent la date d'effet de l'assurance, vous avez eu besoin d'une forme quelconque de nitroglycérine pour soulager des douleurs angineuses; et/ou
- c) une affection pulmonaire pour laquelle, dans les 180 jours qui précèdent la date d'effet de l'assurance, vous avez eu besoin d'un traitement à l'oxygène ou à la Prednisone.

Régime B – Nous ne payons pas les frais liés à ce qui suit :

- a) un problème de santé préexistant qui n'était pas stable dans les 180 jours qui précèdent la date d'effet de l'assurance;
 - b) une affection cardiaque si, dans les 180 jours qui précèdent la date d'effet de l'assurance, vous avez eu besoin d'une forme quelconque de nitroglycérine pour soulager des douleurs angineuses; et/ou
 - c) une affection pulmonaire pour laquelle, dans les 180 jours qui précèdent la date d'effet de l'assurance, vous avez eu besoin d'un traitement à l'oxygène ou à la Prednisone.
3. Les frais liés à un problème de santé préexistant pour lequel vous avez été hospitalisé plus d'une fois ou pendant au moins 2 jours consécutifs dans les 12 mois qui précèdent la date d'effet de votre assurance.
 4. Les frais couverts qui excèdent les frais raisonnables et usuels normalement exigés là où survient l'urgence médicale.
 5. Les frais couverts qui excèdent le montant assuré maximal offert au titre du régime que vous avez souscrit.
 6. Tous frais ou sinistres si les renseignements fournis sur la proposition d'assurance ne sont pas véridiques et exacts.
 7. Les frais couverts qui excèdent 75 % de ceux que nous paierions normalement au titre de la présente assurance, si vous ne communiquez pas avec le Centre d'assistance au moment de l'urgence sauf si, en raison de votre problème de santé, vous êtes incapable, du point de vue médical, d'appeler (dans ce cas, la quote-part de 25 % ne s'applique pas).
 8. Tout traitement qui n'est pas un traitement d'urgence.

9. La poursuite du traitement d'un problème de santé lorsque vous avez déjà reçu un traitement d'urgence pour ce problème durant votre voyage, si nos conseillers médicaux établissent que l'urgence médicale a pris fin.

10. Un problème de santé :

- lorsque vous saviez, avant de quitter votre lieu de résidence ou avant la date d'effet de l'assurance, que vous auriez besoin d'un traitement ou qu'il vous serait nécessaire de vous faire soigner pour ce problème de santé durant votre voyage; et/ou
- pour lequel il était raisonnable d'escompter avant de quitter votre lieu de résidence que vous auriez besoin d'un traitement durant votre voyage; et/ou
- qu'il était prévu, avant de quitter votre lieu de résidence, de faire ultérieurement évaluer ou traiter; et/ou
- dont les symptômes auraient amené toute personne normalement prudente à se faire soigner dans les 3 mois précédant le départ du lieu de résidence; et/ou
- qui avait incité votre médecin à vous déconseiller de voyager.

11. Les soins médicaux urgents et non urgents requis à la suite d'une blessure que vous avez subie durant une interruption de voyage sans résiliation de couverture (vous reporter à la garantie 11) ou à la suite d'une maladie qui est apparue ou a été traitée durant une telle interruption de voyage.

12. Une urgence attribuable à la pratique du deltaplane, de l'escalade de rocher, de l'alpinisme, du parachutisme ou de la chute libre.

13. Votre participation à des courses de vitesse d'engins motorisés ou votre participation, à titre professionnel, à des activités sportives, lorsque ces activités constituent votre principal emploi rémunéré.

14. Un suicide, une tentative de suicide ou une blessure que vous vous infligez volontairement, que vous soyez sain d'esprit ou non.

15. La perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel.

16. Le fait de ne pas suivre une thérapie ou un traitement prescrits.

17. Les sinistres, blessures ou décès liés au mauvais usage, à l'usage abusif ou à une surdose de médicaments, de drogues, d'alcool ou d'autres substances intoxicantes, ou à la chimiodépendance à ceux-ci, que vous soyez sain d'esprit ou non.

18. Des troubles mentaux ou affectifs (à l'exception des psychoses aiguës) qui ne nécessitent pas l'admission à l'hôpital.

19. Les soins prénatals courants que vous recevez; la naissance de votre enfant durant votre voyage; votre grossesse, un accouchement ou des complications de votre grossesse ou de l'accouchement survenant dans les 9 semaines précédant ou suivant la date prévue de l'accouchement.

20. Pour les *enfants assurés âgés* de moins de 2 ans, tout *problème de santé* lié à une déficience congénitale.
21. Tout service devant être autorisé et coordonné préalablement par le Centre d'assistance, mais qui ne l'a pas été.
22. Une *urgence* qui survient une première fois ou de nouveau après que *nos* conseillers médicaux *vous* ont recommandé de retourner à *votre lieu de résidence* après *votre traitement d'urgence*, si *vous* décidez de ne pas le faire.
23. Tout décès ou toute *blessure accidentelle* alors que *vous* pilotez un aéronef, apprenez à piloter un aéronef ou agissez en tant que membre d'équipage d'un aéronef.
24. Prolongations de couverture : maladie ou blessure dont la première manifestation, le diagnostic ou le *traitement* ont lieu après la *date de départ* prévue et avant la *date d'effet* de la prolongation d'assurance.
25. Toute visite de suivi à l'extérieur du Canada lorsque l'*urgence* s'est produite au Canada.
26. Un *fait de guerre* ou un *acte terroriste*.

Autres conditions applicables à l'assurance Soins médicaux d'urgence

Si *votre* employeur actuel ou précédent *vous* procure un régime d'assurance maladie complémentaire *vous* offrant une couverture viagère maximale de 50 000 \$ ou moins, *nous* n'appliquons pas la coordination des prestations à cette couverture. Toutefois, si *votre* plafond viager est supérieur à 50 000 \$, *nous* appliquons la coordination des prestations mais uniquement aux frais en excédent de 50 000 \$.

Pour présenter une demande de règlement au titre de la présente garantie, *vous* devez *nous* fournir les documents suivants :

- a) les reçus originaux de toutes *vos* notes et factures;
- b) une preuve de paiement fait par *vous* et/ou par un autre régime d'assurance;
- c) les dossiers médicaux, y compris le diagnostic complet rendu par le *médecin* traitant ou les documents produits par l'*hôpital*, lesquels doivent confirmer que le *traitement* donné était *nécessaire du point de vue médical*;
- d) une preuve de l'accident, si *vous* présentez une demande de règlement pour des frais dentaires engagés par suite d'un accident;
- e) une preuve des dates de *voyages* secondaires effectués à l'extérieur du Canada; et
- f) une copie de *votre* billet et de *votre* passeport confirmant les dates de *voyage* et l'entrée au Canada.

Ce qui est couvert par l'assurance facultative Interruption de voyage

L'assurance Interruption de *voyage* est une assurance facultative qui prévoit une couverture pour un seul *voyage*, que *vous* ayez souscrit un régime *Voyage* unique ou un régime *Voyages multiples*. Si *votre voyage* est interrompu en raison d'une situation couverte qui survient après la date à laquelle *vous* quittez *votre lieu de résidence*, *nous* payons, au titre de la présente assurance, jusqu'à concurrence de 1 500 \$ pour une couverture individuelle ou jusqu'à concurrence de 5 000 \$ pour une couverture familiale, les frais suivants :

1. a) la portion prépayée de *votre voyage* qui n'est ni remboursable ni transférable à une autre date, sauf la portion prépayée non utilisée de *votre* transport à *votre lieu de résidence*; ou
 - b) *vos* frais additionnels et imprévus d'hôtel et de repas, ainsi que *vos* appels téléphoniques et frais de taxi indispensables, jusqu'à concurrence de 300 \$ par jour pour une durée maximale de 2 jours, lorsque des arrangements ne peuvent être pris pour que le transport s'effectue plus tôt; et/ou
 - c) *votre* billet d'avion aller simple en classe économique, par l'itinéraire le plus économique, pour retourner à *votre lieu de résidence*.
2. Situations couvertes après *votre* arrivée au Canada en provenance de *votre lieu de résidence* :
 - a) *votre problème de santé*, *votre* décès ou un *problème de santé* ou le décès de *votre compagnon de voyage*;
 - b) un *problème de santé* ou le décès d'un membre de *votre famille immédiate* ou de la *famille immédiate* de *votre compagnon de voyage*;
 - c) l'hospitalisation d'*urgence* ou le décès de la personne dont *vous* êtes l'invité durant *votre voyage*.

Ce qui n'est pas couvert par l'assurance facultative Interruption de voyage

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

1. Un *problème de santé* lié à une situation couverte, si ce *problème de santé* n'était pas *stable* dans les 3 mois précédant la *date d'effet* de l'assurance.
2. L'interruption d'un *voyage* si, avant la souscription de l'assurance, *vous* étiez au courant d'une raison qui *vous* empêcherait de compléter *votre voyage* comme prévu.
3. Le *problème de santé* ou le décès d'une personne malade lorsque le but de *votre voyage* est de rendre visite à cette personne.
4. Des réservations de *voyage* pour lesquelles aucune prime n'a été payée avant que *vous* quittiez *votre lieu de résidence*.
5. Des troubles mentaux ou affectifs (à l'exception des psychoses aiguës) qui ne nécessitent pas l'admission à l'*hôpital*.

6. Un suicide, une tentative de suicide ou une blessure que *vous* infligez volontairement, que *vous* soyez sain d'esprit ou non.
7. La perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel.
8. Le fait de ne pas suivre une thérapie ou un *traitement* recommandés ou prescrits.
9. Les sinistres, blessures ou décès liés au mauvais usage, à l'usage abusif ou à une surdose de médicaments, de drogues, d'alcool ou d'autres substances intoxicantes, ou à la chimiodépendance à ceux-ci, que *vous* soyez sain d'esprit ou non.
10. La naissance d'un enfant après que *vous* avez quitté *votre lieu de résidence*; des soins prénatals courants; une grossesse ou un accouchement; ou des complications de *votre* grossesse ou de *votre* accouchement (ou de la grossesse ou de l'accouchement de *votre conjointe*) survenant dans les 9 semaines précédant ou suivant la date prévue de l'accouchement.

11. Un *problème de santé* :

- lorsque *vous* saviez, avant de quitter *votre lieu de résidence* ou avant la *date d'effet* de l'assurance, que *vous* auriez besoin d'un *traitement* ou qu'il *vous* serait nécessaire de *vous* faire soigner pour ce *problème de santé* durant *votre voyage*; et/ou
- pour lequel il était raisonnable d'escompter avant de quitter *votre lieu de résidence* que *vous* auriez besoin d'un *traitement* durant *votre voyage*; et/ou
- qu'il était prévu, avant de quitter *votre lieu de résidence*, de faire ultérieurement évaluer ou traiter; et/ou
- dont les symptômes auraient amené toute personne normalement prudente à se faire soigner dans les 3 mois précédant le départ du *lieu de résidence*; et/ou
- qui avait incité *votre médecin* à *vous* déconseiller de voyager.

12. Le défaut de tout fournisseur de services de voyage, notamment un agent de voyage, une agence de voyage ou un courtier en voyages, de *vous* procurer les services qu'il s'est engagé par contrat à *vous* fournir.

13. Un *fait de guerre* ou un *acte terroriste*.

Les conditions suivantes s'appliquent aux demandes de règlement au titre de l'assurance Interruption de voyage :

1. *Vous* devez communiquer avec le Centre d'assistance immédiatement ou, au plus tard, le jour ouvrable suivant l'événement qui a causé l'interruption du *voyage*. Si *vous* tardez à communiquer avec le Centre d'assistance, *votre* prestation sera limitée au montant non remboursable qui aurait été payable à la date à laquelle l'événement à l'origine de la demande de règlement s'est produit.
2. *Nous* aurons besoin d'une preuve du motif de la demande, y compris un certificat médical rempli par le *médecin* traitant et expliquant pourquoi le *voyage* n'a pu être

effectué conformément aux réservations, et le cas échéant, *nous* aurons également besoin de ce qui suit :

- a) les originaux des billets de transport et des bons non utilisés; b) les originaux des reçus pour les nouveaux billets de transport que *vous* avez dû acheter; c) les originaux des reçus pour les frais de *voyage* que *vous* aviez payés d'avance et pour les frais supplémentaires d'hôtel, de repas, de taxi et de téléphone que *vous* avez pu engager; d) toute autre facture ou tout reçu à l'appui de *votre* demande; et e) le dossier médical complet de toute personne dont l'état de santé ou le *problème de santé* constitue la raison de *votre* demande de règlement.

Ce qui est couvert par l'assurance facultative Accident de voyage

L'assurance Accident de *voyage* est une assurance facultative qui prévoit une couverture pour un seul *voyage*, que *vous* ayez souscrit un régime *Voyage* unique ou un régime *Voyages* multiples. Cette assurance couvre les frais suivants :

1. Jusqu'à 50 000 \$ si, par suite d'une *blessure accidentelle*, *vous* décédez, *vous* perdez totalement et irrémédiablement la vision des deux yeux ou subissez le sectionnement complet de deux membres au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville dans les 365 jours suivant l'accident.
2. Jusqu'à 25 000 \$ si, par suite d'une *blessure accidentelle*, *vous* perdez totalement et irrémédiablement la vision d'un œil ou subissez le sectionnement complet d'un membre au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville dans les 365 jours suivant l'accident.
3. Si *vous* subissez plusieurs *blessures accidentelles* durant *votre voyage*, *nous* payons la somme assurée applicable uniquement à l'accident qui *vous* donne droit à l'indemnité la plus élevée.

Ce qui n'est pas couvert par l'assurance facultative Accident de voyage

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

1. Une *urgence* attribuable à la pratique du deltaplane, de l'escalade de rocher, de l'*alpinisme*, du parachutisme ou de la chute libre.
2. *Votre* participation à des courses de vitesse d'engins motorisés ou *votre* participation, à titre professionnel, à des activités sportives, lorsque ces activités constituent *votre* principal emploi rémunéré.
3. Un suicide, une tentative de suicide ou une blessure que *vous* infligez volontairement, que *vous* soyez sain d'esprit ou non.
4. Le fait de ne pas suivre une thérapie ou un *traitement* recommandés ou prescrits.
5. Les sinistres, blessures ou décès liés au mauvais usage, à l'usage abusif ou à une surdose de médicaments, de drogues, d'alcool ou d'autres substances intoxicantes,

ou à la chimiodépendance à ceux-ci, que *vous* soyez sain d'esprit ou non.

6. Des troubles mentaux ou affectifs (à l'exception des psychoses aiguës) qui ne nécessitent pas l'admission à l'hôpital.
7. Le pilotage ou l'apprentissage du pilotage d'un aéronef, ou votre service en tant que membre d'équipage d'un aéronef.
8. La perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel, par *vous* ou par votre bénéficiaire.
9. Une maladie, même si la cause immédiate de son apparition ou de sa réapparition est une *blessure accidentelle*.
10. Un *fait de guerre* ou un *acte terroriste*.

Les conditions suivantes s'appliquent aux demandes de règlement au titre de l'assurance Accident de voyage :

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

Renseignements complémentaires

La couverture au titre de la présente *police* est établie en fonction des renseignements fournis dans *votre* proposition (y compris le *questionnaire médical*, le cas échéant). Le contrat intégral que *vous* souscrivez auprès de *nous* est composé des éléments suivants : la présente *police*, *votre* proposition pour cette *police* (y compris le *questionnaire médical* dûment rempli, le cas échéant), l'*avis de confirmation* établi relativement à cette proposition et tout autre avenant ou modification établis pour prolonger ou compléter une couverture.

La présente assurance est nulle et non avenue en cas de fraude, de tentative de fraude ou encore de dissimulation ou déclaration mensongère de *votre* part portant sur des faits importants dans *votre* proposition d'assurance, *votre* demande de prolongation de couverture ou demande de complément d'assurance.

La présente *police* d'assurance est sans participation. *Vous* n'avez pas droit à *nos* bénéfices répartisables. *Nous*, de même que *nos* agents ou administrateurs, ne pouvons être tenus responsables de la disponibilité, de la qualité ou des résultats de tout *traitement* médical ou du transport, quels qu'ils soient, ni de l'impossibilité d'obtenir un *traitement* médical. Nonobstant toutes les autres dispositions qu'il contient, le présent contrat est assujéti aux dispositions générales des lois provinciales régissant les contrats d'assurance accidents et maladie dans le lieu d'établissement de *votre police*.

Prime

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

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

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

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

La couverture ne prend pas effet si la prime n'est pas reçue, si un chèque n'est pas honoré pour quelque raison que ce soit, si la carte de crédit n'est pas valide ou s'il n'existe aucune preuve de *votre* paiement.

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

Les couvertures d'assurance décrites dans la présente *police* sont de type « second payeur ». Si *vous* bénéficiez d'autres régimes ou contrats d'assurance de responsabilité civile, d'assurance maladie de base ou complémentaire, collective ou individuelle, y compris tout régime d'assurance automobile privé, provincial ou territorial, couvrant vos frais d'hospitalisation, vos frais médicaux ou thérapeutiques, ou

si *vous* avez toute autre assurance de responsabilité civile en vigueur concurrentement à la présente couverture, les prestations payables au titre de la présente assurance s'appliquent uniquement aux frais engagés à l'extérieur de *votre lieu de résidence* qui sont en excédent des sommes assurées au titre de ces autres couvertures.

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

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

Si *vous* êtes assuré au titre de plusieurs *polices* d'assurance établies par *nous*, la somme totale que *nous* *vous* payons ne peut excéder les frais que *vous* avez effectivement engagés. La somme maximale à laquelle *vous* avez droit correspond au montant le plus élevé stipulé pour la garantie en cause dans quelque *police* d'assurance que ce soit. Si *vous* êtes assuré au titre de plusieurs *polices* et si la couverture totale de toutes les assurances accidents que *vous* détenez excède 50 000 \$, *notre* responsabilité totale ne peut dépasser ce montant. Toute assurance excédentaire est nulle et les primes payées pour cette assurance excédentaire sont remboursées.

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

Sauf dans le cas de *votre* décès, *nous* payons les *frais couverts* au titre de la présente assurance à *vous-même* ou au prestataire des services. Toute somme payable en cas de décès est versée à *vos* ayants droit, sauf stipulation contraire dans *votre avis de confirmation*. *Vous* devez *nous* rembourser toute somme payée ou autorisée par *nous* en *votre* nom si *nous* établissons que cette somme n'a pas à être payée au titre de *votre police*. Tous les montants stipulés dans le présent contrat sont en dollars canadiens. Si une conversion de devises s'impose, *nous* appliquons *notre* taux de change en vigueur à la date à laquelle *vous* a été fourni le service stipulé dans *votre* demande de règlement. *Nous* ne payons pas d'intérêts au titre de la présente assurance.

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

Si *vous* contestez *notre* décision relative à *votre* demande de règlement, le cas pourra être soumis à l'arbitrage en vertu des lois régissant l'arbitrage dans la province ou le territoire canadien où *votre police* a été établie. Toute poursuite en demande d'indemnisation doit être entreprise dans les 12 mois suivant la date à laquelle les sommes assurées auraient été payables si une demande valide avait été présentée. La poursuite doit être intentée devant les tribunaux de la province ou du territoire canadien où *votre police* a été établie.

Pour établir la validité d'une demande de règlement au titre de la présente *police*, *nous* pouvons *nous* procurer pour étude les dossiers médicaux de *votre* ou *vos* médecins traitants, y compris les dossiers du ou des *médecin(s)* que *vous* avez l'habitude de consulter à *votre lieu de résidence*. Ces dossiers peuvent être utilisés pour établir la validité de la demande, que leur contenu ait été porté ou non à *votre* connaissance avant la présentation de *votre* demande de règlement au titre de la présente *police*. De plus, *nous* sommes en droit d'exiger que *vous* subissiez des examens médicaux à une fréquence raisonnable tant que des prestations sont demandées au titre de la présente *police* et *vous* devez collaborer avec *nous*. Si *vous* décédez, *nous* avons le droit d'exiger une autopsie, sauf si la loi l'interdit.

Définitions

Voici la définition des mots écrits en italique.

Acte terroriste – Toute activité, survenant dans une période de 72 heures, excluant tout *fait de guerre*, menée contre des personnes, des organismes, des biens (matériels ou immatériels) ou une infrastructure de quelque nature que ce soit par une personne ou un groupe situés dans n'importe quel pays et donnant lieu aux actes suivants ou à la préparation de ces actes :

- a) utilisation, ou menace d'utilisation, de la force ou de la violence; ou
- b) perpétration, ou menace de perpétration, d'un acte dangereux; ou
- c) perpétration, ou menace de perpétration, d'un acte qui perturbe ou interrompt un système électronique, informatique ou mécanique;

ayant pour effet ou but :

- i) d'intimider, de contraindre ou de renverser un gouvernement (de fait ou de droit), d'influencer, de toucher sa conduite ou ses politiques, ou encore de protester contre celles-ci; ou
- ii) d'intimider, de contraindre ou d'effrayer une population civile ou une partie de celle-ci; ou
- iii) de perturber tout secteur de l'économie; ou
- iv) de servir des objectifs politiques, idéologiques, religieux, sociaux ou économiques, ou d'exprimer une philosophie ou une idéologie (ou son opposition à celle-ci).

Âge ou âgé(e) – Votre âge à la *date d'effet* de votre assurance.

Alpinisme – Ascension ou descente d'une montagne exigeant l'utilisation d'un matériel spécialisé, y compris crampons, piolets, ancrages, mousquetons et équipement pour faire du premier de cordée et de la moulinette.

Avis de confirmation – Le document ou l'ensemble de documents confirmant votre assurance au titre de la présente *police*, y compris la proposition d'assurance-voyage Pourmeprotéger pour visiteurs au Canada et, le cas échéant, vos réservations de *voyage*.

Blessure accidentelle – Lésion corporelle soudaine que vous subissez durant le *voyage*, qui résulte directement d'une cause d'origine externe et purement accidentelle, indépendamment d'une maladie ou d'une affection.

Changement de médication – Diminution ou augmentation de la dose ou de la fréquence d'utilisation d'un médicament, arrêt d'un médicament et/ou prescription d'un nouveau médicament.

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

- a) le remplacement d'un médicament de marque par un médicament générique équivalent dont la posologie est la même;
- b) le rajustement périodique de la posologie de votre médicament uniquement en raison de sa concentration dans votre sang, si vous prenez du Coumadin (warfarine) ou de l'insuline et devez faire vérifier régulièrement sa

concentration dans votre sang et si votre *problème de santé* demeure inchangé.

Compagnon de voyage – Personne avec laquelle vous avez fait vos réservations de *voyage* et d'hébergement et qui voyagera avec vous. Au plus 3 personnes (y compris l'assuré) peuvent être considérées comme des *compagnons de voyage*.

Conjoint – Personne à laquelle la personne visée est légalement mariée ou avec laquelle elle entretient une relation conjugale depuis au moins une année complète avant la *date d'effet* de l'assurance.

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

Date d'effet – Date à laquelle votre couverture débute, telle qu'elle est indiquée dans votre *avis de confirmation*. Dans le cas des régimes *Voyages multiples*, votre couverture débute à la date indiquée dans votre *avis de confirmation* et à chaque date d'arrivée au Canada en provenance de votre lieu de résidence.

Date d'expiration – La plus rapprochée des dates suivantes :

- a) date de votre retour à votre lieu de résidence; ou
- b) date à laquelle votre *voyage* prend fin ou votre *police* expire, telle qu'elle est indiquée dans votre *avis de confirmation*; ou
- c) 365 jours après la *date d'effet* de votre assurance; ou
- d) le premier jour où vous êtes assuré au titre d'un régime public d'assurance maladie; ou
- e) date à laquelle est écoulé le nombre de jours pour lequel vous avez souscrit la couverture.

Enfant – Votre fils ou fille, par le sang ou adopté(e), ou le fils ou la fille de votre conjoint, qui est célibataire, à votre charge et vous accompagne durant votre *voyage*, et qui est :

- a) âgé(e) d'au moins 31 jours mais de moins de 21 ans; ou
- b) âgé(e) de plus de 21 ans, est atteint(e) d'une déficience physique ou mentale et est à votre charge.

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

Famille immédiate – Conjoint, père ou mère, tuteur légal, beau-père et belle-mère (conjoint du père ou de la mère), grands-parents, petits-enfants, belle-famille (famille du conjoint), enfants, y compris les enfants adoptifs et les enfants du conjoint, frères, sœurs, demi-frères, demi-sœurs, tantes, oncles, nièces ou neveux.

Frais couverts – Frais raisonnables et usuels que vous engagez pour des fournitures et des services, qui sont des frais admissibles au titre des dispositions de l'assurance *Soins médicaux d'urgence* et qui sont soit en excédent des *frais couverts* par un autre régime d'assurance, soit non couverts par un autre régime d'assurance.

Frais raisonnables et usuels – Frais qui n'excèdent pas les frais normalement exigés par d'autres fournisseurs de services de catégorie similaire dans la région où les frais sont engagés pour un *traitement*, des services ou des fournitures semblables.

Franchise – Montant des *frais couverts* que vous devez payer. Votre *franchise* s'applique au montant qu'il reste à payer une fois que les *frais couverts* par tout autre régime d'assurance dont vous pouvez être titulaire ont été payés. La *franchise* est précisée dans votre *avis de confirmation* et s'applique à chaque demande de règlement.

Hôpital – Hôpital agréé où les malades hospitalisés reçoivent des services médicaux, diagnostiques et chirurgicaux sous la surveillance d'une équipe de *médecins* et des soins prodigués en permanence par du personnel infirmier autorisé. Les cliniques, établissements de soins palliatifs ou de longue durée, centres de réadaptation, centres de désintoxication, maisons de convalescence et de repos, maisons de soins infirmiers, centres d'hébergement et de soins de longue durée, foyers pour personnes âgées ou établissements de cure ne sont pas des *hôpitaux*.

Lieu de résidence – Votre pays de résidence ou de provenance; ou le lieu d'où vous partez avant d'arriver au Canada.

Médecin – Docteur en médecine dûment autorisé à pratiquer dans le ressort où il exerce et qui donne des *soins médicaux* dans le cadre de son domaine de compétence attesté. Ni vous ni aucun membre de votre *famille immédiate* ne pouvez être considéré comme *médecin*.

Nécessaire du point de vue médical – Fourniture ou service qui :

- est approprié au diagnostic et en accord avec celui-ci conformément aux normes de pratique médicale reconnues;
- n'est pas de nature expérimentale ou n'est pas obtenu essentiellement à des fins d'investigation;
- ne pourrait pas être omis sans nuire à votre état de santé ou à la qualité des *soins médicaux*;
- ne peut être retardé jusqu'à votre retour à votre lieu de résidence; et
- est reçu au coût le plus économique possible, selon le niveau de soins le plus approprié et non principalement pour des raisons de commodité.

Nous, notre, nos – La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Financière Manuvie). La présente *police* est administrée en *notre* nom par Active Care Management, P.O. Box 1237, Stn. A, Windsor (Ontario) N9A 6P8, Canada.

Période d'attente –

- Période de 48 heures qui suit la *date d'effet* de votre assurance, si celle-ci se situe dans les 30 jours suivant votre arrivée au Canada.
- Période de 8 jours qui suit la *date d'effet* de votre assurance, si celle-ci se situe plus de 30 jours après votre arrivée au Canada.

Si vous souscrivez l'assurance après votre arrivée au Canada, une *période d'attente* s'applique à chaque demande de règlement.

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

- dans le cas d'une *blessure accidentelle*; ou
- si vous souscrivez la présente *police* avant la *date d'expiration* d'une *police* d'assurance-voyage pour visiteurs au Canada établie par nous, et qu'elle doit prendre effet le lendemain de cette *date d'expiration*, à condition que le montant de couverture ne soit pas augmenté et qu'un changement ne soit apporté au régime choisi.

Police – Le régime d'assurance-voyage Pourmeprotéger pour visiteurs au Canada, établi par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (« Financière Manuvie »).

Problème de santé – *Blessure accidentelle*, maladie ou affection, symptôme(s), complications de la grossesse durant les 31 premières semaines de grossesse, troubles mentaux ou affectifs nécessitant l'admission à l'*hôpital*, ou psychose aiguë.

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

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

Régime public d'assurance maladie – Couverture d'assurance maladie offerte aux personnes résidant au Canada par un gouvernement provincial ou territorial, ou couverture que vous offre le gouvernement de votre lieu de résidence ou pays de résidence.

Soins médicaux – *Traitement* nécessaire au soulagement immédiat d'un symptôme aigu ou ne pouvant, de l'avis d'un *médecin*, être reporté jusqu'à votre retour à votre lieu de résidence. Il doit être prescrit et administré durant le voyage par un *médecin*, un physiothérapeute, un chiropraticien, un podologue, un ostéopathe, un podiatre, ou un dentiste autorisé.

Stable – Un *problème de santé* est *stable* si :

- aucun nouveau symptôme de ce *problème de santé* n'apparaît ou si les symptômes existants ne sont ni plus fréquents ni plus graves ou aucun résultat de tests subis n'indique une détérioration du problème; et/ou
- un *médecin* n'a pas établi que le problème s'est aggravé; et/ou
- un *médecin* (ou un autre professionnel de la santé) n'a pas prescrit ni recommandé un *changement de médication* ou de *soins médicaux* pour ce *problème de santé*; et/ou
- un *médecin* (ou un autre professionnel de la santé) n'a pas prescrit ni recommandé un *changement de traitement* pour ce *problème de santé*; et/ou
- il n'a pas nécessité une hospitalisation et/ou vous n'attendez pas les résultats d'une investigation plus poussée de ce *problème de santé*.

Traitement – Actes de nature médicale, thérapeutique ou diagnostique qui sont prescrits, posés ou recommandés par un professionnel de la santé autorisé, notamment la prescription de médicaments, les tests exploratoires et les interventions chirurgicales pour une maladie, une blessure ou un symptôme.

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

Urgence – Apparition soudaine et imprévue d'un *problème de santé* qui débute durant la période d'effet de l'assurance et qui exige un *traitement* immédiat. Une *urgence* cesse d'exister lorsque le Centre d'assistance détermine que *vous* êtes en état de continuer *votre voyage* ou de retourner à *votre lieu de résidence*.

Vous, votre, vos – La personne désignée comme étant l'assuré dans l'*avis de confirmation*, y compris *votre conjoint* et *vos enfants* si la prime requise pour la couverture familiale a été payée.

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