



L'assurance est souscrite auprès de : La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie).

La gestion des demandes de règlement et les services d'assistance sont fournis par : La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie) a désigné Administration des Soins Actifs (2018) Inc., qui exerce ses activités sous le nom d' « Active Care Management », d' « ACM », d' « Administration des Soins Actifs », de « Gestion Global Excel » et/ou de « Global Excel » comme prestataire de services d'assistance et de gestion des demandes de règlement au titre du présent contrat. **L'assurance est administrée par :** Le Groupe Destination : Voyage Inc.

AVIS EXIGÉ PAR LA LOI PROVINCIALE

La présente police comprend une clause supprimant ou restreignant le droit de l'assuré à désigner les personnes à qui le montant d'assurance est payable ou celles qui peuvent en bénéficier.

Avis important – Lisez attentivement ce qui suit avant de voyager

Vous avez souscrit une police d'assurance voyage; et maintenant? Nous tenons à ce que vous compreniez (dans votre intérêt supérieur) ce que votre police couvre, ce qui est exclu et ce qui est limité (c.-à-d. qu'un montant maximum payable s'applique). Veuillez prendre le temps de lire intégralement votre police avant de partir. Les termes en italique sont définis dans votre police.

- L'assurance voyage couvre les réclamations liées à des événements soudains et imprévus (c.-à-d. des accidents ou des situations d'urgence); elle ne couvre généralement pas les suivis ni les soins récurrents.
- Pour vous prévaloir de cette assurance, vous devez remplir toutes les conditions d'admissibilité.
- Cette assurance comporte des restrictions et des exclusions (p. ex., des problèmes de

santé qui ne sont pas stables, une grossesse, un enfant né en cours de voyage, l'abus d'alcool et les activités à haut risque).

- Cette assurance pourrait ne pas couvrir les réclamations liées à des problèmes de santé préexistants, que le problème ait été déclaré ou non au moment de la souscription.
- Vous devez communiquer avec le Centre d'assistance avant d'obtenir un traitement, sans quoi vos prestations pourraient être réduites.
- Lors d'une réclamation, vos antécédents médicaux pourraient être vérifiés.
- Si vous avez répondu à un questionnaire médical et qu'une de vos réponses est inexacte ou incomplète, votre police sera annulée.

Il est de votre responsabilité de comprendre votre couverture. Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec votre agent ou téléphonez au 1 855 337-3532.

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

L'assurance voyage est conçue pour vous protéger des sinistres subis lors d'événements soudains et imprévus. Cette police renferme des exclusions applicables aux blessures, maladies et/ou conditions médicales existantes avant ou durant votre voyage. Vérifiez si votre police comporte de telles exclusions et le cas échéant, leur lien avec la date de souscription, la date de votre départ et la date d'entrée en vigueur de la police.

Assistance en cas d'Urgence

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

Vous, ou quelqu'un agissant en votre nom, devez aviser le Centre d'assistance au 1 519 945-1068 (à frais virés), ou au 1 833 886-1068 sans frais au Canada ou aux États-Unis, dans les 24 heures ou le plus tôt possible, de tout traitement médical d'urgence. À défaut d'aviser le Centre d'assistance sans raison valable, vos prestations remboursables en vertu de la présente police pourraient être réduites de 20%.

Si vous, ou quelqu'un agissant en votre nom, n'avez pas le Centre d'assistance avant toute coordination de service d'assistance d'urgence (tel que décrit dans la section 3 – Prestations), aucune prestation ne sera versée.

Le non-respect des procédures de demande de règlement indiquées à la section 11 de la présente police entraînera la perte du droit aux prestations qu'elle confère ou la réduction des prestations en question.

Période d'examen sans frais de 10 jours

Votre satisfaction est notre priorité. Si vous n'êtes pas entièrement satisfait de la présente police, vous pouvez l'annuler dans les 10 jours suivant la souscription et recevoir un remboursement intégral, pourvu que vous ne soyez pas déjà parti en voyage et que vous n'avez pas subi un événement qui pourrait faire en sorte que vous présentiez une demande de règlement.

Cette assurance vous offre une couverture de police maximale de 5 millions CAD par assuré, par voyage.

SECTION 1 CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

DEMANDE D'ASSURANCE

Votre demande d'assurance dûment remplie et l'avis de confirmation de protection, notamment les critères d'admissibilité et les exigences du régime sélectionné, sont constitutifs de l'appréciation du risque et font partie intégrante de la présente police.

ADMISSIBILITÉ

Pour être admissible à la présente assurance, vous devez répondre aux critères suivants :

- vous devez être âgé de plus de 14 jours, être résident canadien et être couvert par le régime public d'assurance maladie (RPAM) de votre province ou territoire de résidence pendant toute la durée de votre voyage;
- vous devez répondre à tous les critères d'admissibilité mentionnés à la section 1 – Critères d'admissibilité de la demande d'assurance et être admissible à l'une des catégories de régime proposées à la section 3 de la demande d'assurance.

Si vous ne répondez pas à tous les critères d'admissibilité énumérés à la page 1 – Section 1 de la demande d'assurance, vous n'êtes pas admissible à notre assurance voyage (santé et accidents) en cas d'urgence.

SECTION 2 TYPES DE PROTECTION

RÉGIME POUR UN SEUL VOYAGE

Le Régime pour un seul voyage vous couvre lors d'un seul voyage à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence. Vous devez être admissible à l'assurance, conformément à ce qui est indiqué à la section 1 – Critères d'admissibilité de la demande d'assurance, lorsque vous présentez une demande d'assurance, lorsque vous entreprenez un voyage et à la date d'entrée en vigueur de la police.

L'assurance est offerte aux personnes admissibles et peut être utilisée comme assurance complémentaire à d'autres régimes. Toutes les modalités, limitations et exclusions de la présente police s'appliquent.

L'assurance commence à la date d'entrée en vigueur de la police que vous avez indiquée dans la demande d'assurance.

PÉRIODE D'ATTENTE

Si vous souscrivez votre police après avoir quitté votre province ou votre territoire de résidence, ou après la date d'échéance de la police d'une police existante, toute maladie qui survient dans les 48 heures suivant la date d'entrée en vigueur de la police n'est pas couverte, même si les frais associés à la maladie sont engagés une fois la période d'attente de 48 heures terminée.

L'assurance prend fin à la première des dates suivantes, soit la date d'échéance de la police que vous avez indiquée dans la demande d'assurance, ou la date de votre retour dans votre province ou territoire de résidence.

Séjour prolongé à l'étranger : En vertu des régimes publics d'assurance maladie provinciaux ou territoriaux, la période passée à l'extérieur du Canada est soumise à une limite, après quoi la personne ne pourra pas être admissible à la couverture provinciale ou territoriale. Pour en savoir plus, veuillez consulter le régime d'assurance maladie de votre province ou territoire. Veuillez communiquer avec votre courtier ou Le Groupe Destination : Voyage Inc. pour obtenir de l'information sur le régime Destination : Expat Essential offert par Le Groupe Destination : Voyage Inc. si vous n'êtes plus admissible au RPAM.

RÉGIME ANNUEL POUR PLUSIEURS VOYAGES

Le Régime annuel pour plusieurs voyages vous assure pour un nombre illimité de voyages à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence, jusqu'à concurrence de la période de voyage autorisée que vous avez indiquée dans la demande d'assurance, et ce durant une période de 12 mois. Si votre état de santé change après la date d'entrée en vigueur de la police indiquée sur votre confirmation de protection, votre admissibilité ne sera pas touchée, mais l'affection en question sera assujettie à votre exclusion concernant les états de santé préexistants.

Le Régime annuel pour plusieurs voyages ne peut être souscrit en guise d'assurance complémentaire d'une autre police. Toutes les autres modalités, limitations et exclusions de la présente police s'appliquent.

Si vous désirez voyager à l'extérieur du Canada pendant un nombre de jours supérieur à celui autorisé par le régime que vous avez choisi, vous pouvez souscrire une protection supplémentaire pour cette période en communiquant avec votre courtier ou avec Le Groupe Destination : Voyage Inc. au 1 855 337-3532 ou au 416 499-1900.

L'assurance pour chaque voyage entre en vigueur le jour où vous quittez votre province ou territoire de résidence et prend fin à la première des dates suivantes :

- la date de votre retour dans votre province ou territoire de résidence;
- à 23 h 59 le dernier jour de la période assurée autorisée par le Régime annuel pour plusieurs voyages que vous avez choisis;
- 365 jours après la date d'entrée en vigueur de la police, à moins que vous ayez acquitté la prime de renouvellement de votre Régime annuel pour plusieurs voyages et que vous soyez admissible à l'assurance, conformément aux critères d'admissibilité apparaissant sur la demande d'assurance.

Tous les voyages assurés en vertu du Régime annuel pour plusieurs voyages doivent être séparés par un retour au Canada d'une durée de 24 heures.

Le Régime annuel pour plusieurs voyages offre aussi une protection pour un nombre illimité de jours passés au Canada, sauf dans votre province ou territoire de résidence.

Le nombre de jours maximum alloué pour chaque voyage à l'extérieur du Canada est indiqué sur votre confirmation de protection. La durée de chaque voyage est calculée à partir de la date à laquelle vous quittez le Canada. Le nombre de jours alloué pour les voyages au Canada correspond à la limite imposée par votre régime public d'assurance maladie (RPAM).

En cas de demande de règlement soumise au titre du Régime annuel pour plusieurs voyages, vous devez fournir une preuve de la date de votre départ du Canada.

Prolongation automatique de l'assurance

Si vous, votre compagnon de voyage ou un membre de votre famille immédiate demeurez hospitalisé à la date d'échéance de la police, votre assurance sera automatiquement prolongée, sans prime additionnelle, pendant toute la durée de l'hospitalisation, plus 72 heures après la sortie de l'hôpital.

De plus, la protection sera automatiquement prolongée pour une période de 72 heures lorsque vous avez préalablement fait une réservation en tant que passager auprès d'un transporteur public et :

- (i) que le retard du transporteur public est en raison de conditions météorologiques extrêmes, ou
- (ii) qu'une panne de votre véhicule vous fait manquer un transporteur public.

Vous devez soumettre une preuve de la cause du retard au moyen d'un document que l'assureur juge acceptable.

Convention d'assurance

Sous réserve des conditions énoncées dans la section 1 – Critères d'admissibilité, et du paiement de la prime entière et exacte, l'assureur paiera les frais admissibles engagés à la suite d'une urgence ou versera une prestation pour d'autres pertes assurées, conformément à la section 3 - Prestations. Les prestations et les paiements sont assujettis aux modalités, limitations et exclusions de la présente police. La période assurée maximale en vertu de la présente police ne dépassera pas 12 mois consécutifs. L'acceptation de la demande d'assurance et de la protection en vertu de la présente police est à la seule discrétion de l'assureur. Si votre demande d'assurance n'est pas acceptée, vous recevrez le remboursement complet de la prime versée.

Votre conjoint, votre parenté qui voyage avec vous, ou votre subrogé sont habilités à agir en votre nom s'il arrivait, en raison d'une urgence, que vous soyez dans l'impossibilité de prendre les décisions nécessaires relativement à votre état de santé.

Vous devez signer et dater votre demande d'assurance avant la date d'entrée en vigueur de la police et la soumettre, accompagnée de la prime entière et exacte. Aucune protection ne sera accordée à quiconque qui n'est pas désigné dans la demande d'assurance. La protection commence à 0 h 01 à la date d'entrée en vigueur de la police et prend fin à 23 h 59 à la date d'échéance de la police.

La protection au titre de la police pourrait être déclarée nulle et non avenue si :

- (i) la prime entière et exacte n'est pas reçue;
- (ii) votre chèque n'est pas honoré;
- (iii) les frais portés à votre carte de crédit sont refusés pour quelque raison que ce soit;
- (iv) vous n'êtes pas admissible à l'assurance conformément à l'une ou l'autre des sections de la présente police;
- (v) vous n'avez pas présenté de demande d'assurance alors que vous deviez le faire;
- (vi) vous n'êtes pas admissible au régime que vous avez choisi.

Dans le cas de la présente police, notre responsabilité porte uniquement sur le paiement des prestations admissibles, jusqu'à concurrence du montant maximal prévu aux présentes, déduction faite de toute franchise applicable, pour toute perte ou tous frais engagés. Nous n'assurons aucune responsabilité quant à la disponibilité, à la qualité, aux résultats ou à l'issue de tout traitement ou service assuré par les dispositions de la présente police.

Vous devez agir avec prudence pendant toute la durée de la protection offerte par la présente police afin de réduire les frais de l'assureur au minimum.

Toute disposition de la présente police qui entre en conflit avec quelque loi fédérale, provinciale ou territoriale que ce soit, dans votre province ou territoire de résidence, est par la présente amendée de manière à ce qu'elle soit conforme aux exigences minimales de cette loi, toutes ses autres dispositions demeurant en vigueur.

SECTION 3 PRESTATIONS

La protection commence à la date d'entrée en vigueur de la police figurant sur la demande d'assurance. Elle prend fin à la première des dates suivantes, soit la date d'échéance de la police précisée dans la demande d'assurance ou la date de votre retour dans votre province ou territoire de résidence.

Nous convenons de payer, jusqu'à concurrence d'un montant maximal de police de 5 000 000 \$ CAD, les coûts raisonnables et habituels pour les dépenses médicales admissibles engagées pendant votre voyage en raison d'une urgence, si ces dépenses ne sont pas couvertes par votre régime public d'assurance maladie (RPAM) ou par tout autre régime d'assurance dont vous bénéficiez.

La protection et les prestations sont assujetties aux dispositions, limitations et exclusions indiquées dans la présente police.

S'il y a lieu, vous devrez payer la franchise indiquée dans la demande d'assurance et exigible pour chaque demande de règlement portant sur les frais assurés.

Vous devez appeler le Centre d'assistance au +1 519 945-1068 (à frais virés) ou sans frais au 1 833 886-1068 dans les 24 heures suivant tout traitement médical d'urgence, à défaut de quoi le paiement de vos prestations se limitera à ce qui suit :

- en cas d'hospitalisation, 80 % des frais admissibles, d'après les coûts habituels raisonnables, jusqu'à concurrence de 25 000 \$; et
- en cas de consultation médicale en clinique externe, une seule visite par maladie ou blessure.

Vous serez responsable du paiement de tous les autres frais engagés, sauf si votre urgence médicale vous empêche d'appeler. Vous devez appeler dès que votre état de santé le permet ou demander à quelqu'un de le faire pour vous.

Si à la suite d'une situation d'urgence il vous est possible, selon toute vraisemblance d'ordre médical, de voyager sans mettre votre santé en péril, le Centre d'assistance, en consultation avec votre médecin traitant, se réserve le droit de vous transférer dans tout hôpital ou de vous ramener dans votre province ou territoire de résidence avant tout traitement subséquent. Si

vous refusez, tous les frais requis pour l'urgence en question et engagés après votre refus ne seront pas assurés et la protection ainsi que toutes les prestations associées à cette affection et offertes en vertu de la présente police cesseront d'être en vigueur.

Si vous décidez de revenir dans votre province ou territoire de résidence pour y recevoir d'autres traitements et que vous voyagez de nouveau par la suite, tous les frais engagés par la suite en lien avec l'affection qui a occasionné votre retour ne seront pas assurés.

La présente police vous permet de revenir temporairement dans votre province ou territoire de résidence pendant votre période assurée. Si vous recevez des traitements pendant votre retour temporaire dans votre province ou territoire de résidence, tous les traitements reçus en lien avec cette affection ne seront pas assurés pendant le reste de la période assurée.

Les soins médicaux d'urgence que vous recevez doivent être dispensés à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence, être nécessaires en vertu d'un traitement d'urgence et prescrits par un médecin (ou un dentiste reconnu).

La présente assurance couvre aussi :

FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE

1. Soins hospitaliers d'urgence

Si vous êtes hospitalisé, l'assureur convient de payer les frais de votre hospitalisation, notamment les frais d'une chambre d'hôpital à un ou deux lits, ainsi que les services raisonnables et habituels de même que le matériel médical nécessaire aux soins d'urgence qui vous sont dispensés.

2. Soins médicaux d'urgence

Si, pendant un voyage, vous nécessitez des services, des fournitures ou des traitements administrés par un professionnel de la santé qui n'est pas apparenté avec vous par le sang ou par alliance, l'assureur s'engage à payer :

- (a) **Appareils médicaux** : Lorsque approuvé au préalable par le Centre d'assistance, la location ou l'achat (la solution la moins coûteuse des deux) d'un fauteuil roulant, d'une armature orthopédique, de béquilles ou de tout autre appareil médical, tout ce qui précède devant être prescrit par le médecin traitant en raison d'une urgence assurée.
- (b) **Services diagnostiques** : Les radiographies et examens de laboratoire prescrits par le médecin traitant en raison d'une urgence.
Remarque : La présente police ne couvre pas les examens par imagerie par résonance magnétique (IRM), cathétérisme cardiaque, tomodynamométrie (TDM), échogramme, ultrasons et biopsie, sauf si de telles procédures sont approuvées au préalable par le Centre d'assistance.
- (c) **Médicament d'ordonnance** : Les médicaments, sérums et préparations injectables qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance médicale, prescrits par un médecin et fournis par un pharmacien autorisé, lorsque requis à la suite d'une urgence, sous réserve d'une provision maximale unique de 30 jours par ordonnance, sauf si vous êtes hospitalisé. Cette prestation ne s'applique pas aux médicaments, sérums et préparations injectables qui sont nécessaires pour le contrôle d'une affection chronique ou d'un trouble de santé dont vous souffriez avant d'entreprendre votre voyage.
- (d) **Services paramédicaux et professionnels d'urgence** : Les soins dispensés à la demande d'un médecin par un professionnel reconnu (chiropraticien, ostéopathe, physiothérapeute ou podiatre) à concurrence de 500 \$ par catégorie professionnelle, si approuvés au préalable par le Centre d'assistance.
- (e) **Transport médical d'urgence** : Si cela est approuvé au préalable par le Centre d'assistance, l'utilisation d'un service ambulancier local agréé aérien, terrestre ou maritime (y compris pour un sauvetage en montagne ou en mer) pour se rendre à l'hôpital le plus proche, quand cela est raisonnable et nécessaire. Si une ambulance est requise pour des raisons médicales, mais qu'il est impossible d'y avoir recours, l'assureur remboursera les frais de taxi local.
- (f) **Soins dentaires d'urgence** : Les traitements dentaires d'urgence suivants, s'ils sont prescrits par un dentiste reconnu et si les traitements ont été administrés avant que vous ne reveniez dans votre province ou territoire de résidence :
 - (i) si vous avez besoin d'un traitement pour réparer ou remplacer vos dents naturelles saines ou vos prothèses dentaires fixes, à cause d'un coup accidentel reçu sur la bouche, vos frais dentaires sont assurés jusqu'à concurrence de 3 000 \$. Le traitement doit prendre fin dans les 90 jours suivant l'accident;
 - (ii) si vous avez besoin d'un traitement dentaire pour le soulagement de la névralgie dentaire en dehors de votre province ou territoire de résidence, l'assureur paiera jusqu'à 500 \$.
- (g) **Services privés d'un infirmier** : Les services privés d'un infirmier autorisé qui n'est pas apparenté avec vous, jusqu'à concurrence de 5 000 \$, si approuvés au préalable par le Centre d'assistance.

SERVICES D'ASSISTANCE D'URGENCE

Tous les Services d'assistance d'urgence doivent être approuvés au préalable par le Centre d'assistance.

- (a) **Retour des enfants à votre charge** : Sous réserve de l'approbation préalable du Centre d'assistance, l'assureur paiera :
 - (i) jusqu'à concurrence du coût d'un billet d'avion pour un aller simple en classe économique, les frais engagés pour le transport de vos enfants à charge ou petits-enfants vers leur point de départ si vous êtes admis à l'hôpital pour plus de 24 heures ou si vous devez être rapatrié en raison d'une urgence;
 - (ii) les frais supplémentaires d'un gardien qualifié pour accompagner vos enfants à charge ou petits-enfants à leur point de départ, si nécessaire.

Les enfants à charge ou petits-enfants doivent avoir été sous votre garde pendant votre voyage et être assurés en vertu de votre police.

- (b) **Retour de votre véhicule** : Jusqu'à 5 000 \$ seront remboursés pour le coût du retour de votre véhicule à votre lieu de résidence, dans votre province ou territoire de résidence ou à l'agence de location pertinente la plus proche, s'il est impossible pour vous ou pour toute personne voyageant en votre compagnie, de ramener votre véhicule à votre point de départ à la suite d'une urgence. Votre véhicule doit être retourné dans les 60 jours qui suivent la date du sinistre. Une prestation ne sera payable que pour le retour du véhicule par une seule personne que s'il a été organisé et préalablement approuvé par le Centre d'assistance. Cette prestation ne couvre pas le salaire perdu de la personne qui conduit votre véhicule, et ne peut faire l'objet d'une seule demande de règlement par personne par période assurée.

- (c) **Évacuation d'urgence et rapatriement** : Si le Centre d'assistance, en consultation avec votre médecin traitant, demande votre retour dans votre province ou territoire de résidence ou votre transfert dans un autre hôpital pour continuer à recevoir des soins médicaux d'urgence, l'assureur paiera le ou les frais ci-dessous :
- le coût du transport ambulancier aérien vers l'établissement médical pertinent le plus proche, ou vers un hôpital canadien, pour un traitement médical;
 - le coût du transport par un transporteur aérien homologué avec accompagnateur (au besoin) pour le retour d'urgence vers votre province ou territoire de résidence, pour recevoir des soins médicaux immédiats;
 - le coût des sièges d'avion supplémentaires pour loger une civière sur un vol commercial;
 - au besoin, le coût du transport aller-retour en classe économique ou sur un vol notifié d'un préposé médical qualifié ainsi que ses honoraires et dépenses raisonnables;
 - jusqu'à concurrence du coût d'un billet d'avion pour un aller simple en classe économique pour le retour de votre compagnon de voyage vers votre province ou territoire de résidence;
 - jusqu'à concurrence de 5 000 \$ pour les coûts de recherche et sauvetage si vous êtes en détresse en zone montagneuse, en mer ou autre lieu semblable.
- (d) **Retour à la destination initiale du voyage** : Si vous revenez dans votre province ou territoire de résidence en vertu de la prestation **Évacuation d'urgence et rapatriement** et si, selon le médecin traitant, le traitement que vous avez reçu au Canada a mis fin à la situation d'urgence, l'assureur remboursera un montant maximum de 2 500 \$ pour votre retour et celui d'un compagnon de voyage assuré, par avion en classe économique, à la destination initiale du voyage. Le retour doit se faire pendant la période assurée initiale. Toute récurrence ou complication de l'affection qui a entraîné votre retour à la maison n'est pas assurée en vertu de la présente police.
- (e) **Frais de subsistance** : Si une urgence vous empêche, ou empêche votre compagnon de voyage, de revenir comme prévu dans votre province ou territoire de résidence ou si votre traitement médical d'urgence ou celui de votre compagnon de voyage exige votre transfert à un endroit différent de votre destination prévue à l'origine, l'assureur remboursera le coût des repas, de l'hébergement, des appels téléphoniques et des courses en taxi jusqu'à concurrence de 150 \$ par jour pour un maximum de 1 500 \$. Pour soumettre une demande de règlement, vous devez fournir les reçus originaux émis par les organisations commerciales, ainsi qu'un certificat émis par le médecin traitant et qui indique que vous étiez dans l'incapacité de voyager.
- (f) **Frais associés à votre décès** : Si pendant votre voyage, vous décédez des suites d'un risque assuré par la présente police, nous rembourserons votre succession soit :
- Le coût du transport de votre dépouille mortelle dans votre province ou territoire de résidence (selon les méthodes habituelles des lignes aériennes), et,
 - Le coût de la préparation de votre dépouille mortelle et du cercueil de transport, jusqu'à concurrence de 10 000 \$; ou
 - le coût de la crémation de votre dépouille mortelle au lieu du décès, jusqu'à concurrence de 4 000 \$.
 - Le coût de la préparation de votre dépouille mortelle et votre enterrement à l'endroit de votre décès (excluant la pierre tombale, les fleurs et les frais de cérémonie), jusqu'à concurrence de 10 000 \$;
- Nous rembourserons le coût d'un vol aller simple en classe économique pour le retour de votre compagnon de voyage dans votre province ou territoire de résidence, jusqu'à concurrence de 1 000 \$.
- (g) **Transport d'un membre de la famille immédiate ou d'un ami** : Lorsque le Centre d'assistance a préalablement donné son approbation, le coût d'un billet d'avion aller-retour en classe économique en partance du Canada, et 150 \$ par jour à concurrence de 1 500 \$ pour les frais de repas et d'hébergement commercial (reçus originaux exigés), pour une personne de votre choix :
- pour demeurer à votre chevet lorsque vous voyagez seul et que vous êtes hospitalisé pour au moins 72 heures consécutives à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence. Dans le cas d'un enfant assuré, un compagnon de chevet est disponible dès l'admission à l'hôpital. Vous devez fournir un certificat écrit émis par le médecin traitant à l'effet que la situation est suffisamment sérieuse pour justifier la visite;
 - au besoin, pour identifier l'assuré décédé avant la remise de la dépouille mortelle. De plus, la personne appelée comme compagnon de chevet ou mandatée pour identifier le défunt sera couverte selon les mêmes dispositions et limitations de votre police.
- (h) **Retour d'animaux de compagnie** : L'assureur remboursera, à concurrence de 300 \$, les frais engagés pour le retour au Canada du chien ou du chat vous accompagnant, si vous rentrez au Canada en vertu de la prestation **Évacuation d'urgence et rapatriement**.
- (i) **Allocation pour les frais courants** : L'assureur convient de rembourser un montant maximum de 50 \$ par jour, à concurrence de 250 \$, pour vos dépenses personnelles supplémentaires (notamment le téléphone ou la location d'un téléviseur) lorsque vous êtes hospitalisé pendant au moins 48 heures à la suite d'une urgence. Les frais doivent être attestés par les reçus originaux.

à tout moment au cours des 180 jours (90 jours en cas d'hypertension artérielle) précédant la date d'entrée en vigueur de la police.

Si vous avez choisi l'**Option de période de stabilité réduite**, l'assurance se limite à 150 000 \$ pour les dépenses engagées pour votre trouble de santé ou toute affection connexe (autre qu'une affection bénigne) qui était stable pendant plus de 30 jours, mais moins de 180 jours.

- (iii) **Si vous êtes admissible au régime Préférentiel Super ou au régime Préférentiel Élite** : Les prestations ne s'appliquent pas aux dépenses engagées en raison de tout état de santé préexistant ou de toute affection connexe (autre qu'une affection bénigne) qui n'était pas stable à tout moment au cours des 365 jours (90 jours en cas d'hypertension artérielle) précédant la date d'entrée en vigueur de la police.

Si vous avez choisi l'**Option de période de stabilité réduite**, l'assurance se limite à 150 000 \$ pour les dépenses engagées pour votre trouble de santé ou toute affection connexe (autre qu'une affection bénigne) qui était stable pendant plus de :

- Si vous avez choisi l'Option 1** : 90 jours, mais moins de 365 jours; ou
Si vous avez choisi l'Option 2 : 180 jours, mais moins de 365 jours.

- Les prestations ne s'appliquent pas aux dépenses engagées en raison de tout traitement non urgent, expérimental ou facultatif comme une chirurgie esthétique, des soins chroniques et la réadaptation incluant les frais découlant de complications directes ou indirectes.
- Les prestations ne s'appliquent pas aux dépenses engagées en raison des soins ou services médicaux reçus pendant un voyage entrepris malgré l'avis contraire d'un médecin ou après qu'un diagnostic de maladie terminale ait été posé.
- Les prestations ne s'appliquent pas aux dépenses dont le montant dépasse les tarifs raisonnables et habituels pour le traitement ou les services en cause, dans la région où ces derniers sont dispensés.
- Les prestations ne s'appliquent pas aux dépenses engagées en raison de traitements continus ou de suivi, des soins de réadaptation, ou la récurrence d'une affection ou d'un état connexe, après que le médecin traitant et le Centre d'assistance aient déclaré que l'urgence médicale était terminée.
- Les prestations ne s'appliquent pas aux dépenses engagées pour l'une des raisons suivantes :
 - tout sinistre attribuable à vos troubles mentaux ou émotifs mineurs;
 - blessures que vous vous êtes infligées, à moins qu'une attestation médicale n'établisse qu'elles sont reliées à un trouble mental.
- Les prestations ne s'appliquent pas aux dépenses engagées en raison d'une greffe y compris, mais sans s'y limiter, les greffes de cornée, d'organe ou de moelle osseuse, les prothèses articulaires, les appareils prothétiques ou les implants et tous les frais connexes.
- Les prestations ne s'appliquent pas aux dépenses engagées si la présente police a été souscrite dans le but d'obtenir un traitement à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence, qu'il ait été ou non recommandé par votre médecin traitant.
- Les prestations ne s'appliquent pas aux dépenses engagées en raison de tout traitement qui aurait pu raisonnablement être retardé jusqu'à votre retour (volontaire ou non) au Canada, par le prochain moyen de transport disponible, sauf si le traitement a été approuvé au préalable par le Centre d'assistance.
- Les prestations ne s'appliquent pas aux dépenses engagées en raison de toute récurrence ou complication de la maladie, de la blessure ou du trouble de santé qui a entraîné votre retour dans votre province ou territoire de résidence, si vous avez choisi de poursuivre ensuite votre voyage.
- Les prestations ne s'appliquent pas aux dépenses engagées en raison de traitements ou de services qui, en vertu de la loi, sont interdits par le régime d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie d'une province ou d'un territoire.
- Les prestations ne s'appliquent pas aux dépenses engagées en raison :
 - vos soins prénatals ou soins postnatals de routine; ou
 - votre grossesse, votre accouchement ou de leurs complications survenant après la 31^e semaine de votre grossesse; ou
 - votre grossesse à risque élevé.
- Les prestations ne s'appliquent pas aux dépenses engagées pour votre enfant né en cours de voyage.
- Les prestations ne s'appliquent pas aux dépenses engagées en raison de tout sinistre, décès ou blessure si des preuves démontrent qu'au moment du sinistre, du décès ou de la blessure, le trouble de santé à l'origine du sinistre était empiré par l'une des situations suivantes :
 - votre consommation excessive d'alcool;
 - votre consommation de drogues interdites ou de toute autre substance intoxicante;
 - votre non-respect d'un traitement ou d'une thérapie médicale avant ou après la date d'entrée en vigueur de la police;
 - votre usage de médicaments ou de drogues non approuvés par la réglementation officielle appropriée;
 - votre mauvais usage de médicaments.
- Les prestations ne s'appliquent pas aux dépenses engagées en raison de ce qui suit
 - acte de guerre;
 - enlèvement;
 - acte terroriste (Une couverture restreinte s'applique en cas d'actes terroristes, comme le précise la disposition relative à la Protection contre les actes terroristes.);
 - émeute, grève ou mouvement populaire;
 - visite illégale dans un pays;
 - votre participation à une manifestation;
 - une transaction sexuelle commerciale;
 - votre participation à un acte criminel ou à un acte illégal ou d'une tentative de commettre de tels actes;
 - non-respect d'une loi ou d'un règlement à l'endroit où le sinistre a lieu.

SECTION 4 EXCLUSIONS

- Exclusion concernant les états de santé préexistants** :
 - Si vous êtes admissible au régime Optimum** : Les prestations ne s'appliquent pas aux dépenses engagées en raison de tout état de santé préexistant ou de toute affection connexe (autre qu'une affection bénigne) qui n'était pas stable à tout moment au cours des 90 jours précédant la date d'entrée en vigueur de la police.
 Si vous avez choisi l'**Option de période de stabilité réduite**, l'assurance se limite à 150 000 \$ pour les dépenses engagées pour votre trouble de santé ou toute affection connexe, autre qu'une affection bénigne, qui était stable pendant plus de 30 jours, mais moins de 90 jours.
 - Si vous êtes admissible au régime Préférentiel Ultra** : Les prestations ne s'appliquent pas aux dépenses engagées en raison de tout état de santé préexistant ou de toute affection connexe (autre qu'une affection bénigne) qui n'était pas stable

16. Les prestations ne s'appliquent pas aux dépenses engagées pour l'escalade et l'alpinisme nécessitant l'utilisation d'équipements spécialisés comme des mousquetons, des boulons, des crampons, des piolets, des ancrages, du matériel d'ancrage en plomb ou en corde pour l'ascension ou la descente d'une montagne, le deltaplane, le parachutisme, le saut à l'élastique, la chute libre, la participation à un sport automobile ou à une course automobile, la participation en tant que professionnel à un sport organisé si ce sport est votre principale occupation rémunérée, et la plongée sous-marine (sauf si accrédité par un organisme internationalement reconnu ou accepté par un programme comme NAUI ou PADI, ou encore si la profondeur de la plongée ne va pas au-delà de 30 mètres).
17. Les prestations ne s'appliquent pas aux dépenses engagées en raison de tout état de santé provoqué par un accident routier, quand vous avez droit à des prestations en vertu d'un régime ou d'un programme public d'assurance automobile, à moins que ces prestations ne soient épuisées.
18. Les prestations ne s'appliquent pas à :
- vous travail manuel contre rétribution ou profit, y compris la conduite de véhicules de transport, ou;
 - l'accomplissement des tâches d'un emploi dans un aéronef ou un navire, ou;
 - la manœuvre ou l'apprentissage de la manœuvre de quelque aéronef que ce soit, en qualité de pilote ou de membre d'équipage, ou;
 - l'accomplissement de tâches ou activités au service des forces armées régulières.
19. Les prestations ne s'appliquent pas aux dépenses engagées dans votre province ou territoire de résidence (sauf s'ils sont expressément prévus par la présente police).
20. Tout acte terroriste ou toute affection dont vous souffrez ou que vous contractez lorsque le gouvernement du Canada a émis un avertissement officiel aux voyageurs faisant mention « d'éviter tout voyage non essentiel » dans le pays, la région ou la ville de destination, avant la date d'entrée en vigueur de la police.
- Pour consulter les avertissements aux voyageurs, rendez-vous sur le site des conseils aux voyageurs et avertissements du gouvernement du Canada.
- Cette exclusion ne s'applique pas aux demandes de règlement liées à la COVID-19 que vous contractez ou à votre urgence ou à votre affection sans lien avec l'avertissement émis.
21. Tout acte terroriste ou toute affection dont vous souffrez ou que vous contractez lorsque le gouvernement du Canada a émis un avertissement officiel aux voyageurs faisant mention « d'éviter tout voyage » dans le pays, la région ou la ville de destination, avant la date d'entrée en vigueur de la police.
- Pour consulter les avertissements aux voyageurs, rendez-vous sur le site des conseils aux voyageurs et avertissements du gouvernement du Canada.
- Les demandes de règlement liées à votre urgence ou à votre affection sans lien avec l'avertissement émis ne sont pas ciblées par cette exclusion.

SECTION 5 CONDITIONS GÉNÉRALES

Cession

Vous ne pouvez céder les prestations actuelles ou futures auxquelles vous avez droit au titre de la présente police; toute entente de cession conclue par vous n'entraîne aucune responsabilité pour l'assureur.

Nonobstant toutes les autres dispositions qu'il contient, le présent contrat est assujéti aux dispositions de la *Loi sur les assurances* régissant les contrats d'assurance accidents et maladies qui s'appliquent dans votre province ou territoire de résidence.

Paiement des prestations

Sauf indication contraire, les dispositions de la présente police s'appliquent à vous pendant un seul voyage. Vous avez droit aux prestations d'une seule police pendant un voyage.

Si plusieurs polices émises par l'assureur sont simultanément en vigueur, les prestations ne seront versées qu'au titre d'une seule police, soit celle qui offre le montant d'assurance le plus élevé. Les prestations ne peuvent être supérieures au montant d'assurance choisi pour chaque régime, selon la prime payée et acceptée par l'assureur au moment de la demande d'assurance, tel qu'il est indiqué dans votre *confirmation de protection*.

Les prestations payables excluent le paiement d'intérêts.

Les prestations payables par suite de votre décès seront versées à votre succession.

Conformité à la loi

Toute disposition de la police en conflit avec une loi à laquelle la présente police est assujéti est réputée par la présente être modifiée pour s'y conformer.

Coordination des prestations

Les garanties contenues dans la présente police sont en excédent de celles des autres polices que vous détenez actuellement, ou celles qui vous sont accessibles.

Ces autres polices comprennent, sans s'y limiter :

- assurance des propriétaires occupants;
- assurance des locataires;
- assurance multirisque;
- toute assurance associée aux cartes de crédit, assurance de la responsabilité civile, toutes garanties collectives ou individuelles d'assurance maladie de base ou complémentaire; et
- tout régime privé ou public d'assurance automobile prévoyant des garanties d'hospitalisation et de services médicaux ou thérapeutiques.

Le Centre d'assistance, au nom de l'assureur, assurera la coordination de toutes les prestations conformément aux lignes directrices émises par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.

Si vous êtes couvert par plusieurs contrats d'assurance que nous avons établis, la somme totale que nous vous versons ne peut pas excéder les frais que vous avez effectivement engagés. De plus, la somme maximale à laquelle vous avez droit correspond au montant le plus élevé stipulé pour la garantie en cause dans quelque contrat d'assurance que ce soit.

Aucune prestation ne sera versée pour rembourser des dépenses, des services ou du matériel pour lesquels vous avez droit à des prestations en vertu d'une police ou d'un régime public d'assurance automobile comportant des prestations sans égard à la faute établis par une loi ou pour lesquels vous avez reçu des prestations d'un tiers au titre d'une police ou d'un régime public d'assurance automobile, à moins que de telles prestations ne soient épuisées.

Vous ne pouvez demander ni recevoir de prestations totalisant plus de 100 % de la valeur du sinistre découlant d'un événement assuré.

Si vous êtes à la retraite et que vous êtes couvert par un régime d'assurance maladie complémentaire offert par votre ancien employeur, qui comporte un maximum viager de 100 000 \$ ou moins, le Centre d'assistance, au nom de l'assureur, n'assurera pas la coordination des prestations avec ce fournisseur, sauf advenant votre décès.

Devise

Toutes les sommes mentionnées dans la présente police, y compris les primes, sont exprimées en dollars canadiens. Le Centre d'assistance est autorisée à verser les prestations dans la devise du pays où le sinistre s'est produit.

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

Assistance aux voyageurs

Le Centre d'assistance fera de son mieux pour vous venir en aide en cas d'urgence médicale où qu'elle survienne dans le monde. Cependant, ni le Centre d'assistance, ni l'assureur, ni Le Groupe Destination : Voyage Inc., ni leurs représentants, ne pourront être tenus responsables de la disponibilité, de la quantité, de la qualité ou de l'efficacité des traitements médicaux et des services reçus ou de l'impossibilité de les obtenir.

Prolongation de votre séjour

Vous pouvez prolonger votre assurance avant de quitter votre province ou territoire de résidence.

Si vous désirez prolonger votre assurance avant d'avoir quitté votre province ou territoire de résidence, veuillez communiquer avec le représentant auprès de qui vous avez souscrit l'assurance.

Si vous désirez prolonger votre assurance après avoir quitté votre province ou territoire de résidence, vous pouvez demander une nouvelle période d'assurance si vous :

- souscrivez une assurance supplémentaire avant la date d'échéance de la police; et
- êtes en bonne santé; et
- n'avez aucune raison de demander une consultation médicale durant la nouvelle période d'assurance.

Si vous avez présenté une demande de règlement, le Centre d'assistance étudiera votre dossier avant d'accorder une nouvelle période d'assurance.

Le Centre d'assistance se réserve le droit de refuser toute demande de nouvelle période d'assurance.

Chaque police ou période d'assurance constitue un contrat distinct et toutes les limitations et les exclusions s'appliqueront. Si cette police est une assurance complémentaire à une protection annuelle voyages multiples Destination : Assurances Vacances ou Destination : Snowbird, achetée avant la date de votre départ, et sans interruption de la couverture, cette police est une continuation de la police d'origine.

La récurrence de tout trouble de santé ou affection connexe présente pendant la période initiale de la police ne sera pas couverte en vertu de la prolongation de la présente police.

Si, pour quelque raison que ce soit, vous désirez prolonger votre voyage au-delà de la date d'échéance de la police précisée dans la demande d'assurance, vous devez communiquer avec Le Groupe Destination : Voyage Inc. sans frais au 1 855 337-3532 ou à frais virés au 416 499-1900 avant la date d'échéance de la police précisée dans la demande d'assurance et payer la prime supplémentaire exigée par carte de crédit uniquement (sous réserve de la prime minimale).

Conditions générales

Les conditions de la police peuvent être modifiées, sans préavis, à chaque nouvelle police souscrite, afin de refléter la situation réelle du marché.

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

Loi applicable

La présente police est régie par les lois de la province ou du territoire canadiens où vous résidez habituellement.

Limite de garantie

En vertu de la présente police, la responsabilité de l'assureur est engagée uniquement si, au moment de la demande d'assurance et à la date d'entrée en vigueur de la police, vous êtes en bonne santé et n'avez, à votre connaissance, aucune raison de consulter un médecin.

Prescription

Toute action en justice ou procédure judiciaire intentée contre un assureur pour percevoir des sommes dues en vertu du contrat est strictement interdite, à moins qu'elle ne soit intentée dans les délais fixés par la *Loi sur les assurances*, par la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* de l'Ontario ou par toute autre loi applicable.

Déclaration trompeuse ou non-divulgaration

Nous ne paierons pas la réclamation si vous, ou toute personne assurée aux termes de la présente police, ou quiconque agissant en votre nom tente de nous tromper ou fait une déclaration ou une réclamation frauduleuse, mensongère ou exagérée.

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

À la discrétion de l'assureur, la totalité du contrat et toute demande de règlement faite au titre de celui-ci seront frappées de nullité si vous commettez une fraude, si vous omettez de divulguer des faits importants ou si vous faites une déclaration trompeuse au moment de la demande d'assurance ou au moment de présenter une demande de règlement.

Dans le cas où il y a erreur sur votre âge, et à condition que votre âge corresponde aux critères d'admissibilité de la présente police, les primes seront ajustées en fonction de votre âge réel.

Primes

La prime est exigible et payable en totalité au moment de la demande d'assurance. Elle est établie au taux courant en fonction de votre âge à la date d'entrée en vigueur de la police indiquée dans votre confirmation de protection.

Droit au remboursement (Subrogation)

Afin de recevoir des prestations au titre de la police, vous acceptez de faire ce qui suit :

- rembourser à l'assureur tous les frais relatifs aux soins hospitaliers et médicaux d'urgence payés au titre de la police à partir de tout montant reçu d'un tiers responsable (entièrement ou partiellement) de la blessure qui vous a été infligée ou de la maladie que vous avez contractée, que ce montant soit payé aux termes d'un jugement ou d'un règlement à l'amiable;
- lorsque cela est raisonnable, intenter une poursuite en dédommagement contre le tiers, notamment en vue d'obtenir le remboursement des frais relatifs aux soins hospitaliers et médicaux d'urgence payés au titre de la police;
- inclure tous frais relatifs aux soins hospitaliers et médicaux d'urgence payés au titre de la police dans tout règlement à l'amiable que vous concluez avec le tiers;
- agir de manière raisonnable afin de protéger le droit de l'assureur au remboursement de tous frais relatifs aux soins hospitaliers et médicaux d'urgence payés au titre de la police;
- informer l'assureur de l'évolution de toute poursuite judiciaire intentée contre le tiers; et
- aviser votre avocat relativement au droit au remboursement qui est conféré à l'assureur au titre de la police.

Vos obligations aux termes de la présente disposition de la police ne sauraient limiter de quelque manière que ce soit le droit de l'assureur de présenter un recours par subrogation en votre nom contre le tiers. Si l'assureur choisit de se prévaloir d'un tel droit, vous acceptez de lui apporter votre entière collaboration.

Sanctions

Les prestations ne sont pas payables aux termes de la présente police pour les pertes ou dépenses engagées raison de votre voyage vers un pays sanctionné pour toute entreprise ou activité qui contreviendrait à toute loi canadienne ou à toute autre loi nationale économique ou commerciale ou toute sanction législative ou réglementaire applicable.

Heure

L'assurance arrive à échéance à l'heure dite dans le fuseau horaire de l'endroit où la police a été émise.

PART 6 DEFINITIONS

Accident(iel) désigne tout événement externe soudain, inattendu, imprévisible et inévitable, à l'exception des maladies et des infections.

Acte de guerre désigne tout dommage ou perte, direct ou indirect, occasionné ou survenant en raison d'une guerre, d'une invasion, d'actes d'ennemis étrangers, d'hostilités ou d'opérations belliqueuses (que la guerre soit déclarée ou non), par quelque gouvernement ou souverain que ce soit, par du personnel militaire ou d'autres agents, d'une guerre civile, d'une rébellion, d'une révolution, d'une insurrection, d'une émeute escaladant jusqu'à l'insurrection militaire ou à l'usurpation du pouvoir.

Acte terroriste - Toute activité donnant lieu à l'utilisation ou à la menace d'utilisation de la violence, à la perpétration ou à la menace de perpétration d'un acte dangereux ou menaçant, ou à l'utilisation de la force et qui vise le grand public, les gouvernements, les organisations, les propriétés, les infrastructures ou les systèmes électroniques.

L'activité en question a pour but :

- d'effrayer le grand public;
- de perturber l'économie;
- d'intimider, de contraindre ou de renverser le gouvernement au pouvoir ou les autorités en place;
- de servir des objectifs politiques, sociaux, religieux ou économiques.

Affection désigne tout trouble de santé, maladie ou blessure (y compris les symptômes de conditions non diagnostiquées).

Affection bénigne désigne une maladie ou une blessure survenue pendant la période de stabilité et qui était terminée avant la date d'entrée en vigueur de la police et qui n'a pas nécessité :

- un traitement pendant plus de 15 jours consécutifs;
- plus d'une visite de suivi auprès d'un médecin;
- une hospitalisation, une chirurgie ou une recommandation pour consulter un médecin spécialiste; et
- qui était terminée plus de 30 jours avant la date d'entrée en vigueur de la police.

Affection cardiovasculaire comprend crise cardiaque (infarctus du myocarde), arythmie, fibrillation auriculaire, souffle cardiaque, rythme cardiaque irrégulier, angine ou douleur thoracique, insuffisance cardiaque congestive, myocardiopathie, cardiopathie congénitale ou tout trouble relatif au cœur ou au système cardiovasculaire.

Affection pulmonaire comprend maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), asthme, bronchite chronique, pneumonie chronique, emphysème, tuberculose et fibrose pulmonaire. Cela ne désigne pas les allergies saisonnières.

Assurance complémentaire désigne une police souscrite pour prolonger votre période assurée et qui entrerait en vigueur immédiatement après l'échéance d'une autre police.

Assureur désigne La Compagnie d'Assurance-vie Manufacturers du Canada (Manuvie).

Blessure désigne un préjudice corporel causé directement par un accident soudain et imprévu ou en résultant, à l'exception des préjudices qui suivent un geste délibéré, et sans rapport avec une maladie ou toute autre cause.

Chronique s'entend d'une affection qui persiste sur une période prolongée. Une affection chronique dure généralement longtemps et ne disparaît ni facilement, ni rapidement.

Compagnon de voyage désigne une personne avec qui vous avez organisé des préparatifs de voyage et avec qui vous avez l'intention de voyager, à concurrence de 3 personnes.

Confirmation de protection désigne les documents faisant état de votre couverture en vertu de la présente police.

Conjoint(e) désigne la personne avec qui vous êtes marié légalement ou qui habite avec vous en tant que conjoint de fait depuis au moins 12 mois consécutifs.

Date d'échéance de la police désigne la date à laquelle votre assurance prend fin, soit la plus rapprochée des dates suivantes :

- date d'échéance de la police indiquée dans votre demande d'assurance; ou
- date de votre retour dans votre province ou territoire de résidence.

Date d'entrée en vigueur de la police désigne la dernière des éventualités suivantes :

- le jour où l'assureur accepte votre demande d'assurance;
- le jour où votre assurance commence, tel qu'indiqué dans votre demande d'assurance;
- chaque fois que vous quittez pour un voyage assuré en vertu de votre Régime annuel pour plusieurs voyages.

Date de votre départ désigne la date à laquelle vous quittez votre province ou territoire de résidence.

Date de votre retour désigne la date à laquelle vous revenez dans votre province ou territoire de résidence.

Enfant à charge désigne votre enfant naturel, adoptif ou l'enfant de votre conjoint ou conjointe, célibataire, qui dépend financièrement de vous et qui :

- est âgé de moins de 21 ans;
- étudie à temps plein et est âgé de moins de 26 ans;
- peu importe son âge, souffre d'un handicap mental ou physique permanent.

État de santé préexistant désigne toute affection présente avant votre date de départ.

Famille immédiate désigne votre conjoint ou conjointe, vos enfants naturels, les enfants de votre conjoint ou les enfants que vous avez adoptés, les personnes dont vous êtes le tuteur légal, vos parents, beaux-parents, parents par remariage ou union de fait, sœurs, frères, belles-sœurs, beaux-frères, demi-sœurs, demi-frères, grands-parents, petits-enfants, tantes, oncles, nièces, neveux.

Franchise signifie le montant que vous devez payer avant que toute dépense admissible en vertu de cette assurance ne vous soit remboursée. Votre franchise est indiquée dans votre confirmation de protection et s'applique à chaque demande de règlement.

Grossesse à risque élevé s'entend d'une grossesse durant laquelle un trouble de santé fait en sorte que la mère, le fœtus ou les deux courent un risque plus élevé que la normale de développer des complications pendant la grossesse ou après la naissance. Ces problèmes de santé comprennent l'éclampsie, l'éclampsie, l'hypertension, l'incompatibilité Rh, le diabète gestationnel et le placenta prævia.

Hôpital désigne un établissement agréé doté de personnel dispensant des soins et des traitements aux patients internes et externes. Les traitements doivent être supervisés par des médecins, et du personnel infirmier autorisé doit être présent 24 heures sur 24. Des services chirurgicaux et de diagnostic doivent pouvoir être effectués sur place ou dans des installations contrôlées par l'établissement. Un hôpital n'est pas un établissement utilisé principalement en tant que clinique, centre de soins palliatifs ou de longue durée, centre de réadaptation ou de désintoxication, maison de convalescence, de repos ou de santé, ou foyer pour personnes âgées ou station thermique.

Maladie désigne toute maladie ou affection et tout symptôme.

Maladie terminale désigne toute affection pour laquelle, avant la date d'entrée en vigueur de la police, un médecin a donné un pronostic de décès dans les 24 mois ou des soins palliatifs ont été reçus.

Médecin désigne une personne :

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

Période assurée désigne la durée de la protection offerte entre la date d'entrée en vigueur de la police et la date d'échéance de la police, tel qu'il est indiqué dans votre demande d'assurance.

Raisonnable et habituel désigne les frais engagés pour des biens et des services, qui sont comparables aux frais facturés par d'autres fournisseurs pour des biens et des services semblables dans une même région.

Régime public d'assurance maladie (RPAM) désigne la protection offerte par les gouvernements provinciaux ou territoriaux aux résidents du Canada.

Signes ou symptômes médicaux désigne toute indication d'une affection décelée par vous ou reconnue par observation médicale.

Stable désigne tout état de santé pour lequel :

- vous n'avez subi aucun nouveau traitement; et
- il n'y a eu aucun changement de traitement ou changement du type ou de la fréquence du traitement prescrit ou recommandé par un médecin; et
- vous n'avez pas présenté de signes ou symptômes médicaux ou un nouveau diagnostic n'a pas été posé; et
- aucun test n'a démontré une détérioration de votre état de santé; et
- vous n'avez pas été hospitalisé; et
- on ne vous a pas recommandé une visite chez un médecin spécialiste (qu'il y ait eu consultation ou non) et vous n'êtes pas en attente des résultats d'une enquête ou de tests supplémentaires effectués par un professionnel médical.

Sont considérés comme stables :

- les ajustements périodiques (sans ordonnance du médecin) de l'insuline ou du Coumadin, à condition que l'insuline ou le coumadin n'ait pas été prescrite pour la première fois pendant la période de stabilité standard;
- le passage d'un médicament de marque à un médicament générique, à condition que le médicament n'ait pas été prescrit pour la première fois pendant la période de stabilité et que la posologie n'ait pas été modifiée;
- une ordonnance d'un nouveau médicament uniquement parce que le fabricant du médicament précédent en a cessé la production;
- la diminution ou l'arrêt d'un médicament suivant la recommandation d'un médecin, à la condition que le changement soit survenu plus de 90 jours avant la date d'entrée en vigueur de la police et qu'il n'ait eu aucun effet sur la stabilité de votre affection pendant les 90 jours précédant la date de votre départ.

Période de stabilité standard désigne :

- (i) **Si vous êtes admissible au régime Optimum** : les 90 jours précédant la *date d'entrée en vigueur de la police*.
- (ii) **Si vous êtes admissible au régime Préférentiel Ultra** : les 180 jours précédant la *date d'entrée en vigueur de la police* (90 jours dans le cas d'hypertension artérielle).
- (iii) **Si vous êtes admissible au régime Préférentiel Super ou au régime Préférentiel Élite** : les 365 jours précédant la *date d'entrée en vigueur de la police* (90 jours dans le cas d'hypertension artérielle).

Traitement désigne l'hospitalisation, un acte médical prescrit, exécuté ou recommandé par un médecin pour une *affection*, y compris, mais sans s'y limiter, aux :

- (i) médicaments prescrits,
- (ii) chirurgies,
- (iii) tests effectués à des fins exploratoires menant au diagnostic définitif d'une affection spécifique. Cela ne comprend pas les affections bénignes.

Remarque importante : Toute référence aux épreuves, tests, résultats de test ou examens exclut les tests génétiques. Par test génétique, on entend un test qui analyse l'ADN, l'ARN ou les chromosomes à des fins telles que la prédiction d'une maladie ou des risques de transmission verticale, la surveillance, le diagnostic et le pronostic.

Troubles mentaux ou émotifs mineurs désignent :

- vivre de l'anxiété ou des crises de panique, ou
- vivre un état émotionnel ou une situation stressante

Un *trouble mental ou émotif mineur* est un état pour lequel *votre traitement* comprend seulement des tranquillisants ou des anxiolytiques doux ou encore pour lequel aucun médicament n'a été prescrit.

Urgence désigne toute *affection* soudaine et imprévue nécessitant un *traitement* immédiat. Une *urgence* cesse lorsqu'il est établi par le Centre d'assistance qu'aucun *traitement* n'est requis à destination ou que vous êtes en mesure de rentrer dans votre province ou territoire de résidence pour recevoir ces *traitements* .

Véhicule désigne une automobile ou une motocyçlette privée utilisée exclusivement pour transporter des passagers et dont vous êtes le propriétaire ou le locataire.

Dans le cas de la garantie Retour de votre véhicule, véhicule désigne également une autocaravane ou une caravane portée dont vous êtes le propriétaire ou le locataire, autocaravane et caravane portée ayant la signification suivante :

- a) autocaravane désigne un véhicule automoteur qui contient une zone d'habitation qui fait partie intégrante du véhicule et qui n'est pas amovible; et
- b) caravane portée désigne une cellule construite spécialement pour le logement, qui se place sur la caisse d'un véhicule motorisé, et qui est amovible.

Vous, votre et vos désignent toute personne admissible qui est nommée dans la demande d'assurance, qui a été acceptée par le Centre d'assistance ou son représentant autorisé et qui a payé la prime relative à un régime d'assurance précis.

Voyage désigne la période pendant laquelle vous séjournez à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence et pour laquelle vous avez souscrit à une assurance.

SECTION 7 PROCÉDURES DE DEMANDE DE RÉGLEMENT

Avis de demande de règlement : En cas d'*urgence* survenant durant un *voyage assuré* , vous devez immédiatement appeler le Centre d'assistance, avant de solliciter un *traitement* . S'il vous est raisonnablement impossible, en raison de la nature de l'*urgence*, de communiquer avec le Centre d'assistance avant de solliciter un *traitement* , vous devez demander à quelqu'un de le faire pour vous, ou appeler dès que votre état de santé le permet, à défaut de quoi le paiement de vos prestations se limitera à ce qui suit :

- en cas d'hospitalisation, 80 % des frais admissibles, d'après les coûts *habituels raisonnables* , jusqu'à concurrence de 25 000 \$; et
- en cas de consultation médicale en clinique externe, une seule visite par *maladie ou blessure* .

Vous serez responsable du paiement de tous les autres frais engagés, sauf si votre *urgence* médicale vous empêche d'appeler le Centre d'assistance. Vous devez appeler dès que votre état de santé le permet ou demander à quelqu'un de le faire pour vous.

Si vous décidez d'acquiescer directement les frais admissibles demandés par un fournisseur de soins de santé sans d'abord avoir obtenu l'autorisation du Centre d'assistance, ces services vous seront remboursés sur la base des *frais usuels et raisonnables* que nous aurions payés directement à ce fournisseur de soins de santé. Les frais médicaux que vous acquittez peuvent excéder ce montant; par conséquent, toute différence entre la somme que vous avez déboursée et les *frais usuels et raisonnables* que nous vous rembourserons sera à votre charge.

Documentation à l'appui : Vous avez la responsabilité de fournir tous les renseignements et documents énumérés ci-dessous dans les 90 jours suivant la réception des services, y compris tous les frais perçus pour la production de ces documents :

- a) Votre numéro de police et le nom du patient (nom de femme mariée et nom de jeune fille, le cas échéant), date de naissance et numéro du *régime public d'assurance maladie (RPAM)* de votre province ou territoire de résidence (y compris la date d'expiration ou le code de version, le cas échéant).
- b) Les factures originales détaillées émises par les fournisseurs de soins médicaux précisant le nom du patient, le diagnostic, les types de *traitements* et la date à laquelle ils ont été administrés, le nom de l'établissement médical et du *médecin* .
- c) Pour les médicaments sur ordonnance, les reçus des médicaments originaux (et non les reçus de caisse) émis par le pharmacien, le *médecin* ou l' *hôpital* , précisant le nom du *médecin* prescripteur, le numéro d'ordonnance, le nom du médicament, la date, la quantité et le montant total.
- d) Dans le cas d'un Régime annuel pour plusieurs voyages, une preuve de la *date de votre départ* et de la *date de votre retour* .
- e) Un formulaire d'autorisation dûment rempli et signé. Il s'agit du formulaire du Centre d'assistance vous envoie après réception d'un avis de demande de règlement, que vous

devez remplir et signer pour permettre à l' *assureur* de recouvrer le paiement de tout autre contrat ou régime d'assurance maladie (collective, individuelle ou gouvernementale) dont vous bénéficiez.

- f) Pour les frais de subsistance, une explication des dépenses et les reçus originaux.

En plus des documents à l'appui de la demande de règlement qui sont mentionnés précédemment, nous aurons également besoin de ce qui suit :

- une preuve de paiement pour les frais que vous avez *vous-même* payés ou qui ont été payés par un autre régime d'assurance;
- les dossiers médicaux, y compris le diagnostic complet établi par le *médecin* traitant ou les documents fournis par l' *hôpital* , lesquels doivent attester que le *traitement* donné était approprié et qu'il était conforme aux pratiques reconnues pour ce diagnostic et qu'il ne pouvait pas être omis sans nuire à votre état de santé ou à la qualité des soins médicaux et qu'il ne pouvait pas être retardé jusqu'à votre retour à votre *lieu de résidence* ;
- une preuve de l' *accident* , si vous présentez une demande de règlement pour des frais dentaires engagés à la suite d'un *accident* et
- votre dossier médical indiquant vos antécédents (si nous le jugeons nécessaire).

Important : Toute documentation incomplète vous sera retournée pour que vous la complétiez. Après réception de votre demande de règlement, il est possible que le Centre d'assistance vous demande des renseignements complémentaires. Le défaut de soumettre les renseignements demandés entraînera un délai dans le traitement de votre demande 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 où vous résidiez au Canada au moment de la souscription du présent contrat.

Versement des prestations : Toutes les prestations sont payables à vous ou en votre nom. 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. Toute prestation vous sera payée en devise canadienne. Si vous avez engagé une dépense assurée, vous serez remboursé en devise canadienne au taux de change en vigueur à la date du règlement de la demande de règlement. Aucun montant d'intérêt ne sera versé. Après réception de votre demande de règlement, il est possible que le Centre d'assistance vous demande des renseignements complémentaires. Tout renseignement manquant pourrait entraîner un délai dans le traitement de votre demande de règlement.

Veillez envoyer tous les documents pertinents à :

Gestion Global Excel
C.P. 1237, succ. A
Windsor (Ontario) N9A 6P8

Par ailleurs, vous avez accès instantanément au Centre d'assistance au moyen de l'application mobile TravelAid de Manuvie. Cette application peut vous fournir l'itinéraire vers l'établissement de soins de santé le plus près, le numéro de téléphone local à composer en cas d'urgence (comme le 911 en Amérique du Nord) ainsi que des conseils à suivre avant et après le départ.

Pour télécharger cette application, visitez le site : <http://active-care.ca/travelaid-Fr.html>.

SECTION 8 LIMITATIONS ET RESTRICTIONS

Préautorisation d'intervention chirurgicale ou réfractive, de test de diagnostic ou de traitement - Le Centre d'assistance doit autoriser au préalable toute intervention chirurgicale ou réfractive, tout test de diagnostic ou tout *traitement* (y compris, de façon non limitative, la cathétérisation cardiaque), avant que vous ne soyez cette intervention, cet examen ou ce *traitement* . La responsabilité vous incombe de demander à votre *médecin* traitant d'appeler le Centre d'assistance pour obtenir leur autorisation, sauf dans des circonstances extrêmes où un délai ainsi occasionné empêcherait l'exécution d'une intervention chirurgicale d' *urgence* et que votre vie est en jeu.

Défaut d'aviser le Centre d'assistance - En cas d'*urgence* survenant durant un *voyage* assuré, vous devez immédiatement appeler le Centre d'assistance avant de solliciter un *traitement* . S'il vous est raisonnablement impossible, en raison de la nature de l'*urgence*, de communiquer avec le Centre d'assistance avant de solliciter un *traitement* , vous devez demander à quelqu'un de le faire pour vous, ou appeler dès que votre état de santé le permet à défaut de quoi le paiement de vos prestations se limitera à ce qui suit :

- en cas d'hospitalisation, 80 % des frais admissibles, d'après les coûts *habituels raisonnables* , jusqu'à concurrence de 25 000 \$; et
- en cas de consultation médicale en clinique externe, une seule visite par *maladie ou blessure* .

Vous serez responsable du paiement de tous les autres frais engagés, sauf si votre *urgence* médicale vous empêche d'appeler le Centre d'assistance. Vous devez appeler dès que votre état de santé le permet ou demander à quelqu'un de le faire pour vous.

Transfert ou rapatriement pour des raisons médicales - Lors d'une *urgence* (que ce soit avant l'admission, durant une hospitalisation ou après votre congé de l' *hôpital*), le Centre d'assistance se réserve le droit :

- a) de vous transférer vers l'un de ses fournisseurs privilégiés de soins de santé ou;
- b) de vous ramener dans votre province ou territoire de résidence pour y obtenir un *traitement* pour votre *maladie* ou votre *blessure* lorsque c'est sans danger pour votre vie ou votre santé. Si vous refusez le transfert ou le retour après que votre état ait été déclaré *stable* par le Centre d'assistance et le *médecin* traitant, l' *assureur* sera libéré de toute responsabilité à l'égard des frais engagés pour cette *maladie* ou cette *blessure* après la date de transfert ou de retour proposée. Le Centre d'assistance tiendra compte autant que nécessaire de l' *affection* dont vous souffrez dans le choix du mode de transport et l'organisation de votre transfert ou retour et, s'il s'agit d'un transfert, dans le choix de l' *hôpital* .

Limitation des prestations - Une fois que votre état de santé est jugé suffisamment *stable* pour permettre votre retour dans votre province ou territoire de résidence (avec ou sans escorte médicale), que ce soit selon l'avis du Centre d'assistance ou celui de votre *médecin* traitant, votre *urgence* est considérée comme terminée, après quoi les consultations, *traitements* , récurrences ou complications subséquents liés à cette *urgence* médicale ne sont plus admissibles à l'assurance en vertu de la présente police.

Disponibilité et qualité des soins - L' *assureur* , ou le Centre d'assistance ne sont pas responsables quant à la disponibilité, à la qualité ou aux résultats de quelque *traitement* médical ou transport que ce soit ni de l'impossibilité pour vous d'obtenir un *traitement* médical ou une hospitalisation.

Prestations limitées aux frais engagés - Le montant du total des prestations qui vous sont versées ne peut excéder le montant des frais réels que vous avez engagés.

PROTECTION CONTRE LES ACTES TERRORISTES

Lorsqu'un acte terroriste entraîne pour vous, directement ou indirectement, un sinistre pour lequel des prestations seraient exigibles conformément aux conditions de la présente police, cette assurance vous procure la couverture suivante :

- nous remboursons vos frais couverts admissibles sous réserve d'un montant maximum global payable pour chaque acte terroriste de 35 000 000 \$ CA (pour un maximum de deux (2) actes terroristes par année civile);
- les prestations exigibles décrites ci-dessus sont en excédent de toute autre source potentielle de recouvrement, y compris les options de rechange ou de remplacement offertes pour le voyage par les compagnies aériennes, voyagistes, croisiéristes et autres fournisseurs de services de voyage et un autre régime d'assurance (même si cette autre assurance est décrite comme étant « pour l'excédent ») et elles ne seront versées que lorsque vous aurez épuisé toutes vos autres sources de recouvrement.

Toute prestation exigible au titre de notre garantie **Soins médicaux d'urgence** est soumise à un maximum global exigible pour l'ensemble des contrats d'assurance voyage en vigueur établis par nous, y compris la présente police. Si le montant total des demandes de règlement exigibles pour un type de couverture au titre de tous les contrats d'assurance voyage que nous avons établis et attribuables à un ou plusieurs actes terroristes survenant durant une période applicable excède ce maximum global, alors la somme versée pour chaque demande de règlement sera réduite au prorata afin que la somme totale versée relativement à l'ensemble de ces demandes de règlement corresponde au maximum global.

Si nous jugeons que le montant total de toutes les demandes de règlement qui peuvent faire l'objet d'un remboursement à la suite d'un ou de plusieurs actes terroristes pourrait excéder les limites applicables, votre prestation calculée au prorata pourrait vous être payée après la fin de l'année civile durant laquelle vous avez droit à une indemnisation.

SECTION 9 AVIS CONCERNANT LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

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

Avis sur la vie privée et la confidentialité. Les renseignements spécifiques et détaillés demandés dans la demande d'assurance sont nécessaires à son traitement. Afin de préserver le caractère confidentiel de ces renseignements, Manuvie créera un « dossier de services financiers » contenant les renseignements qui seront utilisés pour traiter la demande d'assurance, offrir et administrer les services et traiter les demandes de règlement. L'accès à ce dossier est limité aux employés, mandataires, administrateurs et agents responsables de l'évaluation des risques, du marketing, de l'administration des services et de l'évaluation des sinistres de Manuvie, ainsi qu'à toute autre personne ayant reçu votre autorisation ou autorisée en vertu de la loi. Ces personnes, organismes et fournisseurs de services peuvent se trouver dans des ressorts situés à l'extérieur du Canada et être soumis aux lois en vigueur dans ces ressorts. Votre dossier sera gardé en lieu sûr dans nos bureaux ou ceux de notre administrateur ou mandataire. Vous pouvez demander à examiner les renseignements personnels qu'il contient et y faire apporter des corrections en écrivant à l'adresse suivante :

Responsable de la protection des renseignements personnels,
Manuvie, C.P. 1602, Waterloo (Ontario) N2J 4C6.

Pour en savoir plus sur la Politique de protection des renseignements personnels de Manuvie – Division canadienne, veuillez visiter <https://www.manulife.com/fr/privacy-policy.html>.

La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers

SECTION 10 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Contrat

La demande d'assurance, la confirmation de protection, la présente police et tout document joint à la police, ainsi que toute modification apportée au contrat qui a été approuvée par écrit après que cette police a été consentie, constituent la totalité du contrat, et aucun agent n'a le pouvoir de modifier le contrat ni de renoncer à l'une de ses dispositions.

Renonciation

L'assureur ne sera pas réputé avoir renoncé, en totalité ou en partie, à une modalité du présent contrat, à moins que cette renonciation soit clairement exprimée par écrit et signée par l'assureur.

Copie de la demande d'assurance

Sur demande, l'assureur vous remettra ou remettra à un demandeur aux termes du contrat, une copie de la demande d'assurance.

Faits importants

Aucune déclaration faite par vous ou par une personne assurée au moment du dépôt de la demande d'assurance ne sera utilisée à des fins de défense contre une réclamation aux termes du contrat ni pour annuler celui-ci, à moins que cette déclaration soit contenue dans la demande d'assurance ou toute autre déclaration ou réponse écrite qui a été fournie en tant que preuve d'assurabilité.

Résiliation

Vous pouvez, en tout temps, demander à ce que le présent contrat soit résilié, et l'assureur devra, dès qu'il sera possible après que vous avez fait la demande, rembourser le montant de la prime que vous avez réellement payée et qui excède la prime à courte échéance, laquelle est calculée à compter de la date de la demande d'assurance en fonction du tableau utilisé par l'assureur au moment de la résiliation.

Veuillez consulter la section « Remboursements » à la page 8.

Nous pouvons résilier une partie ou la totalité du présent contrat à tout moment en vous fournissant un avis de résiliation écrit, accompagné du remboursement du montant de la prime payée qui excède la prime proportionnelle pour le temps écoulé du contrat. L'avis de résiliation peut vous être livré ou il peut être envoyé par courrier recommandé à la plus récente adresse

qui figure dans votre dossier. Si il vous est livré, le préavis de résiliation est de cinq (5) jours; si il vous est posté, le préavis de résiliation est de dix (10) jours à compter du lendemain de la mise à la poste.

Avis et preuve de sinistre

Veuillez consulter la rubrique « Procédures de demande de règlement » à la page 6.

Si vous ne fournissez pas les documents à l'appui, votre demande ne sera pas réglée.

Omission de transmettre un avis et une preuve de sinistre

L'omission de transmettre un avis et une preuve de sinistre dans les délais prescrits n'invalide pas la demande si :

- a) l'avis ou la preuve de sinistre est donné ou fourni dès qu'il est raisonnablement possible, et en aucun cas plus tard que le délai de prescription énoncé dans la Loi sur la prescription des actions après la date à laquelle l'accident est survenu ou la date à laquelle la demande de règlement est soumise par suite d'une maladie ou d'un handicap s'il est prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner un avis ou de transmettre une preuve dans les délais prescrits, ou
- b) dans le cas de votre décès, si une déclaration de décès présumé est requise, l'avis ou la preuve ne doit en aucun cas être donné plus tard que le délai de prescription énoncé dans la Loi sur la prescription des actions après la date à laquelle un tribunal a fait la déclaration.

Formulaires pour soumettre les avis et les preuves de sinistre fournis par l'assureur

Les formulaires de demandes de règlement peuvent être obtenus sur demande auprès du Service des demandes de règlement du Centre d'assistance.

Droit d'interrogation

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

Sommes payables

Toutes les sommes payables aux termes du présent contrat seront payées par l'assureur dans les 60 jours après que l'assureur a reçu une preuve de sinistre.

REMBOURSEMENTS

L'assureur n'étudiera votre demande de remboursement que si vous n'avez pas entrepris votre voyage ou que vous êtes revenu de voyage plus tôt que prévu et si :

- a) vous n'avez subi aucun sinistre et qu'aucune demande de règlement n'a été soumise ou payée; et
- b) vous envoyez une demande écrite, accompagnée d'une preuve de votre non départ ou de votre retour hâtif à Le Groupe Destination : Voyage Inc. à l'adresse 155 Gordon Baker Rd, bureau 304, Toronto (Ontario) M2H 3N5 ou par courriel, à l'adresse admin@desttravel.com, avant la fin de votre période assurée.

Aucune demande de règlement ne sera payée si vous avez reçu un remboursement de la prime pour des jours non utilisés.

Un remboursement sera calculé proportionnellement en fonction de la date du cachet de la poste si votre demande écrite a été postée ou envoyée par courriel ou de la date de réception de celle-ci si elle a été télécopiée à Le Groupe Destination : Voyage Inc., un tel remboursement étant assujéti à des frais d'annulation de 25 \$ et à un montant minimal de 10 \$.

En aucun cas un remboursement ne sera versé après la date d'entrée en vigueur de la police relativement à un Régime annuel pour plusieurs voyages ou pour un retour hâtif pendant une période assurée prolongée.

Remarques importantes

Quel que soit le mode de paiement, le remboursement des primes s'obtient du représentant auprès de qui le régime a été souscrit à l'origine et est soumis à Le Groupe Destination : Voyage Inc.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Avant de partir en voyage, n'oubliez pas de télécharger gratuitement l'application **TravelAidSM de Manuvie**. L'application TravelAid offre un accès à l'itinéraire vers l'établissement médical le plus proche et un répertoire international des numéros à composer en cas d'urgence (comme le 911 en Amérique du Nord). Pour télécharger l'application, veuillez visiter <http://www.active-care.ca/fr/travelaid/>

Vous pouvez obtenir les formulaires de demande de règlement en appelant le Service des demandes de règlement du Centre d'assistance.

EMVOYEZ VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT À :

Gestion Global Excel
C.P. 1237, succ. A
Windsor (Ontario) N9A 6P8

À frais virés de partout dans le monde : + 1 519 945-1068

Sans frais du Canada et des États-Unis : 1 833 886-1068

- 1) Les demandes de règlement doivent être présentées dans les **30 jours** suivant l'événement.
- 2) Une preuve à l'appui de la demande de règlement doit être soumise dans les **90 jours** suivant l'événement.
- 3) Les frais engagés à des fins de documentation ou d'établissement de rapports devront être acquittés par vous ou par le demandeur.
- 4) Au moment de présenter votre demande de règlement, veuillez remplir le formulaire au complet. Un formulaire incorrectement rempli entraînera des retards.

Pour présenter une demande de règlement, vous devez nous fournir les documents suivants :

- les reçus originaux détaillés de toutes les notes et factures;
- une preuve de paiement pour les frais que vous avez vous-même payés (reçus);
- une preuve de paiement pour les frais qui ont été payés par un autre régime d'assurance ou tout régime public d'assurance maladie;
- les dossiers médicaux comprenant :
 - le diagnostic complet rendu par le médecin traitant;
 - les documents produits par l'hôpital, lesquels doivent confirmer que le traitement donné était nécessaire du point de vue médical;
 - la documentation indiquant que le traitement ne pouvait pas être retardé jusqu'à votre retour à votre résidence sans nuire à votre état de santé ou la qualité des soins médicaux;
- une lettre du médecin référent recommandant le traitement de tout professionnel au titre de la garantie service d'urgence paramédicale/professionnel;
- pièces justificatives de l'accident si vous soumettez une demande de règlement pour des frais dentaires engagés à la suite d'un accident;
- une preuve du voyage (indiquant notamment les dates de votre départ et de votre retour); et
- votre dossier médical indiquant vos antécédents (si nous jugeons ce document nécessaire).

Présentation en ligne des demandes de règlement

Pour présenter une demande de règlement rapidement et facilement, ayez à portée de main tous vos documents disponibles en format électronique sous forme de PDF ou JPEG. Rendez-vous à l'adresse <https://manulife.acmtravel.ca> afin de présenter votre demande de règlement en ligne.

La gestion des demandes de règlement et les services d'assistance sont fournis par :

Gestion Global Excel
C.P. 1237, succ. A
Windsor (Ontario) N9A 6P8

La police est administrée et distribuée par :

Le Groupe Destination : Voyage Inc.
304-155 Gordon Baker Rd
Toronto (Ontario) M2H 3N5
Téléphone : 1 855 337-3532

La police est souscrite auprès de :

La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie)
C.P. 670, succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J 4B8

SECTION II PROCÉDURES D'URGENCE

En cas d'urgence, vous, ou une personne agissant en votre nom, devez communiquer avec le Centre d'assistance (sans frais au 1 833 886-1068 ou à frais virés de partout dans le monde au + 1 519 945-1068) avant toute chirurgie ou dans les 24 heures suivant l'admission à l'hôpital.

Limitations de garantie

Si vous omettez de communiquer avec le Centre d'assistance, sans motif raisonnable, les prestations auxquelles vous avez droit seront réduites de 20 %. Les frais non payables par nous vous incomberont.

La mission du Centre d'assistance consiste à vous aider en demeurant à votre disposition 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Le Centre d'assistance peut aussi vous conseiller, vous aider dans des situations d'urgence d'ordre non médical et vous donner accès à des ressources pour résoudre tous les problèmes inattendus qui pourraient survenir pendant votre voyage.

Gestion Global Excel
Sans frais du Canada et des États-Unis :
1 833 886-1068
Si le numéro sans frais ne fonctionne pas,
composez à frais virés le
+ 1 519 945-1068

La société Le Groupe Destination : Voyage Inc., est heureuse de vous offrir des services de conciergerie médicale à valeur ajoutée lorsque vous bénéficiez de la garantie soins médicaux d'urgence au titre du contrat.

StandbyMD est doté d'un réseau international de fournisseurs de soins de santé et de partenaires qui fournissent en tout temps des services médicaux aux quatre coins du globe par une procédure simple et rapide.

StandbyMD est composé de plusieurs niveaux de soins personnalisés, notamment :

- des consultations par télé-médecine (par téléphone ou vidéoconférence) avec un médecin qualifié qui évalue vos symptômes et propose un traitement (pour les cas admissibles)
- un réseau de médecins qui procèdent à des visites à domicile (accessible dans 141 pays et plus de 4 500 villes)
- des cliniques ou salles d'urgence du réseau situées près du patient, si le cas le nécessite;
- Ordonnances perdues/oubliées pour des médicaments d'entretien, des lunettes ou verres de contact et des fournitures médicales coordonnées et livrées le jour même (en cours de voyage au Canada ou aux États-Unis)

Comment ce programme fonctionne-t-il?

StandbyMD procède au triage des patients selon leurs symptômes, leur profil et leur emplacement. Une fois les renseignements obtenus, les patients sont instantanément orientés vers le niveau de soins le plus approprié à leur situation.

Son réseau international de fournisseurs de soins de santé, offre une prestation de soins de qualité à des taux préférentiels ainsi que des solutions de facturation directe en vue de diminuer les déboursements. Le programme StandbyMD aide à coordonner le paiement des dépenses admissibles et assujetties aux modalités de la police.

Avis de non-responsabilité, de renoncement et de limitation de responsabilité

StandbyMD n'a pas pour but de remplacer les conseils professionnels des médecins. Le programme vise à vous assister dans votre recherche de fournisseurs de soins de santé.

Les conseils donnés par StandbyMD sont utilisés à des fins de recommandation seulement et peuvent être suivis de manière entièrement volontaire. Vous maintenez le droit de prendre les décisions vous-même et de choisir le niveau de soins dont vous avez besoin, peu importe la recommandation de StandbyMD.

Les fournisseurs de soins de santé recommandés par StandbyMD ne sont ni des employés ni des agents de StandbyMD et n'y sont pas affiliés de quelque façon. Ils ne font qu'accepter les recommandations données par StandbyMD.

StandbyMD ne détient aucun contrôle, explicite ou implicite, sur l'évaluation médicale, les actions et les inactions des fournisseurs de soins de santé participants. En fournissant ses recommandations en vertu de cette police d'assurance, StandbyMD n'est pas responsable de ce qui suit :

- la disponibilité,
- la qualité,
- les résultats ou le dénouement de tout service ou traitement.

Les titulaires de police renoncent expressément par la présente à tout droit de poursuivre juridiquement StandbyMD ou toute personne associée à StandbyMD. Les personnes associées comprennent les directeurs, les sociétés mères, les successeurs et les mandataires de StandbyMD.

La renoncement à ces droits de procéder légalement comprend les éléments suivants qui se rapportent de quelque manière que ce soit aux services de conciergerie médicale proposés par StandbyMD :

- toute réclamation
- toute demande
- toute action et cause d'action
- poursuite de toute sorte, nature ou montant

La responsabilité de StandbyMD au titre de ces services de conciergerie médicale, le cas échéant, est limitée au montant versé aux fournisseurs de soins de santé participants pour les services que le titulaire de police a obtenus après avoir reçu une recommandation de StandbyMD.

Manuvie

Manuvie, Manuvie & M stylisé, et le M stylisé sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et sont utilisés par elle, ainsi que par ses sociétés affiliées sous licence. © La compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, 2022. Tous droits réservés.

TravelAidSM est une marque de commerce d'Active Claims Management (2018) Inc. et est utilisée par Manuvie et ses sociétés affiliées sous licence

StandbyMDSM est une marque de commerce de Healthcare Concierge Services, Inc. appartenant à Gestion Global Excel Inc.

App Store est une marque déposée d'Apple Inc.

Google Play est une marque déposée de Google LLC.

Des formats accessibles et des aides à la communication sont offerts sur demande. Rendez-vous à l'adresse [Manulife.com/accessible](https://www.manulife.com/accessible) pour obtenir plus de renseignements.



Chacun veut voyager sans tracas et devrait pouvoir le faire en se sachant protégé par son assurance voyage. La plupart des gens voyagent sans embûches, mais si quelque chose devait survenir, les sociétés membres de l'Association canadienne de l'assurance voyage (THiA) veulent que vous connaissiez vos droits. La Déclaration des droits et responsabilités en matière d'assurance voyage de la THiA repose sur les règles d'or suivantes de l'assurance voyage :

Connaissez votre état de santé • Connaissez votre voyage
Connaissez votre police • Connaissez vos droits
Pour en savoir plus, visitez le <https://www.thiaonline.com>