



## Assurance voyage Financière Manuvie

### Annulation et Interruption de voyage pour les voyageurs canadiens

Entrée en vigueur : novembre 2019

Régimes établis par

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

 <b>Manuvie</b> Assurance voyage pour les voyageurs canadiens	 <b>Manuvie</b> Assurance voyage pour les voyageurs canadiens
<b>EN CAS D'URGENCE, VOUS DEVEZ AVISER LE CENTRE D'ASSISTANCE :</b>	<b>EN CAS D'URGENCE, VOUS DEVEZ AVISER LE CENTRE D'ASSISTANCE :</b>
<b>1 888 881-8010 +1 519 945-8346</b>	<b>1 888 881-8010 +1 519 945-8346</b>
<small>sans frais, du Canada et des États-Unis</small>	<small>sans frais, du Canada et des États-Unis</small>
<small>à frais virés, pour appeler au Canada à partir de tout autre pays</small>	<small>à frais virés, pour appeler au Canada à partir de tout autre pays</small>
NOM _____	NOM _____
NUMÉRO DE POLICE _____	NUMÉRO DE POLICE _____
DATE D'EFFET _____	DATE D'EFFET _____
DATE D'EXPIRATION _____	DATE D'EXPIRATION _____
<small>Veillez conserver cette carte dans votre portefeuille tout au long de votre voyage.</small>	<small>Veillez conserver cette carte dans votre portefeuille tout au long de votre voyage.</small>

# Assurance voyage Financière Manuvie Annulation et Interruption de voyage

Entrée en vigueur : novembre 2019

Des formats accessibles et des aides à la communication sont offerts sur demande. Rendez-vous à l'adresse **Manuvie.ca/accessibilite** pour obtenir de plus amples renseignements.

**Période d'examen sans frais de 10 jours** – Si vous nous avisez dans les 10 jours suivant la date de votre souscription, tel qu'indiquée sur votre confirmation, que vous n'êtes pas entièrement satisfait de votre contrat, nous vous rembourserons la totalité si vous n'avez pas encore entrepris votre voyage et s'il n'y a aucune demande de règlement en cours. Pour de plus amples renseignements sur les remboursements après la période d'examen de 10 jours sans frais, veuillez consulter la section Annulations et remboursements de la présente police.



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.thionline.com/Travel\\_Insurance\\_Bill\\_of\\_Rights\\_of\\_Responsibilities\\_Fr.html](https://www.thionline.com/Travel_Insurance_Bill_of_Rights_of_Responsibilities_Fr.html)

## Table des matières

1. AVIS IMPORTANT.....	3
2. IDENTIFICATION DE L'ASSUREUR.....	3
3. EN CAS D'URGENCE .....	3
4. ADMISSIBILITÉ .....	3
5. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX .....	3
Convention d'assurance .....	3
Début de votre couverture.....	4
Fin de votre couverture .....	4
Prolongation d'office .....	4
Prolongation d'un voyage.....	4
Annulation et remboursement .....	4
6. GARANTIE ANNULATION DE VOYAGE ET INTERRUPTION DE VOYAGE .....	4
Garanties.....	4
Exclusions et restrictions .....	6
7. CE QUE VOUS DEVEZ ÉGALEMENT SAVOIR .....	7
Comment ces garanties s'harmonisent-elles avec vos autres couvertures? .....	7
8. SOUMISSION D'UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT.....	7
9. CONDITIONS LÉGALES .....	8
10. DÉFINITIONS .....	9
11. AVIS SUR LA VIE PRIVÉE.....	10

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

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

Veillez noter que, si vous avez souscrit une police relative à un régime Soins médicaux d'urgence ou Tous risques, vous devez appeler le Centre d'assistance lorsque survient une urgence et avant de recevoir des soins médicaux. Vous devrez autrement payer 20 % des frais médicaux admissibles que nous paierions normalement au titre de la présente police. S'il vous est impossible d'un point de vue médical d'appeler le Centre d'assistance, veuillez demander à quelqu'un de le faire à votre place.



La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers

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

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

Veillez noter que, si vous avez souscrit une police relative à un régime Soins médicaux d'urgence ou Tous risques, vous devez appeler le Centre d'assistance lorsque survient une urgence et avant de recevoir des soins médicaux. Vous devrez autrement payer 20 % des frais médicaux admissibles que nous paierions normalement au titre de la présente police. S'il vous est impossible d'un point de vue médical d'appeler le Centre d'assistance, veuillez demander à quelqu'un de le faire à votre place.



La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers

## SECTION 1 – 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 italiques sont définis dans votre police.

- L'assurance voyage couvre les réclamations liées à des événements soudains et imprévus (c.-à-d. des accidents ou des situations d'urgence); elle ne couvre généralement pas les suivis ni les soins récurrents.
- Pour vous prévaloir de cette assurance, vous devez remplir toutes les conditions d'admissibilité.
- Cette assurance comporte des restrictions et des exclusions (p. ex., des problèmes de santé qui ne sont pas stables, une grossesse, un enfant né en cours de voyage, l'abus d'alcool et les activités à haut risque).
- Cette assurance pourrait ne pas couvrir les réclamations liées à des problèmes de santé préexistants, que le problème ait été déclaré ou non au moment de la souscription.
- Vous devez communiquer avec le Centre d'assistance avant d'obtenir un traitement, sans quoi vos prestations pourraient être réduites.
- Lors d'une réclamation, vos antécédents médicaux pourraient être vérifiés.
- Si vous avez répondu à un questionnaire médical et qu'une de vos réponses est inexacte ou incomplète, votre police sera annulable.

**IL EST DE VOTRE RESPONSABILITÉ DE COMPRENDRE VOTRE COUVERTURE. SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS, VEUILLEZ-APPELEZ LE CENTRE DE SERVICE À LA CLIENTÈLE AU NUMÉRO FIGURANT DANS VOTRE AVIS DE CONFIRMATION.**

### Avis exigé par la loi sur les assurances de l'Alberta :

La présente police comporte une disposition qui révoque ou limite le droit de l'assuré de désigner des personnes à qui ou pour qui des sommes assurées seront versées.

## SECTION 2 – Identification de l'assureur

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

## SECTION 3 – En Cas d'urgence

**COMMUNIQUEZ IMMÉDIATEMENT  
AVEC LE CENTRE D'ASSISTANCE :**

**1 888 881-8010, sans frais, du Canada et des États-Unis.**

**+1 519 945-8346, à frais virés, pour appeler au Canada  
à partir de tout autre pays.**

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

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

Rendez-vous à l'adresse <http://www.active-care.ca/fr/travelaid/> pour télécharger l'application.

Pour annuler un *voyage* avant la *date de départ* prévue, *vous* devez communiquer avec *votre* agent de *voyage* et *nous* en informer au 1 888 881-8010 ou au +1 519 945-8346 le jour de l'événement qui a entraîné l'annulation du *voyage* ou, au plus tard, le jour ouvrable suivant cet événement. Le règlement se limitera aux frais d'annulation indiqués dans les contrats de *voyage* en vigueur le jour ouvrable suivant l'événement qui a entraîné l'annulation du *voyage*.

## SECTION 4 – Admissibilité

**Pour être admissible au régime distinct Annulation de voyage et Interruption de voyage, vous devez :**

- résider au Canada ou voyager à travers le Canada; et
- avoir versé la prime appropriée.

Le régime Annulation de *voyage* et Interruption de *voyage* couvre aussi tout *voyage* effectué dans *votre* province de résidence.

## SECTION 5 – Renseignements généraux

### CONVENTION D'ASSURANCE

En contrepartie de la proposition d'assurance pour laquelle *vous* répondez aux critères d'admissibilité (s'il y a lieu) et avez payé la prime appropriée, *nous* paierons jusqu'à concurrence du montant de la couverture, tel qu'il est indiqué dans *votre avis de confirmation*, pour les frais admissibles engagés avant la *date de départ* et du coût réel des frais admissibles engagés à la *date de départ* ou après pour les frais de *voyage* payés avant *votre date de départ*, pour les prestations définies dans le présent document, sous réserve des modalités, restrictions, exclusions et autres conditions et qui sont en excédent des frais remboursables au titre de tout régime collectif, individuel, privé ou public ou contrat d'assurance, incluant tout régime d'assurance automobile et *votre régime public d'assurance maladie*. Certaines prestations doivent être approuvées d'avance par *notre* Centre d'assistance. Sauf indication contraire, toutes les sommes mentionnées dans la présente police sont en dollars canadiens. Les frais que *nous* ne couvrons pas sont à *votre* charge.

La couverture au titre de la présente police est établie en fonction des renseignements fournis dans *votre* proposition. Le contrat que *vous* souscrivez auprès de *nous* est composé des éléments suivants : le présent contrat, *votre* proposition d'assurance, l'*avis de confirmation* produit relativement à cette proposition et tout autre changement ou avenant établi pour prolonger ou compléter une couverture.

## DÉBUT DE VOTRE COUVERTURE

La garantie Annulation de *voyage* débute à la date à laquelle *vous* payez la prime pour cette couverture, soit à la date de souscription indiquée dans *votre avis de confirmation*.

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

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

## FIN DE VOTRE COUVERTURE

Pour la garantie Annulation de *voyage*, la couverture prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

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

Pour la garantie Interruption de *voyage*, la couverture prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes:

- date à laquelle *vous* retournez à *votre lieu de résidence*;
- *date d'expiration* indiquée dans *votre avis de confirmation*.

**PROLONGATION D'OFFICE :** *Votre* couverture est prolongée après la *date d'expiration* indiquée dans *votre avis de confirmation* si :

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

## PROLONGATION D'UN VOYAGE

Si *vous* avez déjà entrepris *votre voyage* et désirez obtenir une prolongation de *votre* couverture, avant la *date d'expiration* de *votre* couverture existante, il *vous* suffit d'appeler l'agent ou le courtier auprès duquel *vous* avez souscrit l'assurance. *Vous* pourrez peut-être prolonger *votre* couverture, pourvu que la couverture ne soit pas tombée en déchéance, que *vous* n'avez pas vécu une situation qui a fait ou pourrait faire l'objet d'une demande de règlement au titre de la police et *votre* état de santé n'a pas changé.

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

## ANNULATION ET REMBOURSEMENT

Aucun remboursement n'est accordé et aucune annulation n'est permise pour l'assurance Annulation de *voyage* et Interruption de *voyage*.

## SECTION 6 – Annulation de voyage et Interruption de voyage

### Garanties – Ce qui est couvert par l'assurance Annulation de voyage et Interruption de voyage

**Si l'une des situations couvertes énumérées ci-dessous survient avant que *vous* quittiez *votre lieu de résidence* et *vous* empêchez de voyager**, *nous* payons, jusqu'à concurrence du montant couvert, la portion prépayée mais non utilisée de *votre voyage* qui n'est ni remboursable ni transférable à une autre date. De plus, si *votre compagnon de voyage* doit annuler son *voyage* à cause d'une situation couverte qui s'applique à lui et que *vous* décidez de partir en *voyage* comme prévu, *nous* payons *votre* nouveau tarif d'occupation jusqu'à concurrence du montant couvert.

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

### Autres conditions s'appliquant à la garantie Interruption de voyage

Si *vous* décédez durant *votre voyage*, *nous* remboursons à vos ayants droit les frais suivants :

- jusqu'à 5 000 \$ pour la préparation de *votre* dépouille sur place et le coût du conteneur de transport ordinaire normalement utilisé par la compagnie aérienne, ainsi que le coût du rapatriement de *votre* dépouille à *votre lieu de résidence*;
- jusqu'à 5 000 \$ pour la préparation de *votre* dépouille et le coût d'un cercueil ordinaire, et jusqu'à 5 000 \$ pour l'inhumation de *votre* dépouille sur place; ou
- jusqu'à 5 000 \$ pour l'incinération de *votre* dépouille sur place et le coût du retour de vos cendres à *votre lieu de résidence*.

### Le montant maximum établi au titre de la garantie Annulation de voyage et Interruption de voyage est :

- jusqu'à concurrence du montant couvert en cas d'annulation de *voyage*, avant que *vous* quittiez *votre lieu de résidence*;
- montant illimité en cas d'interruption de *voyage* après *votre* départ (certaines garanties sont assujetties à un maximum).

Ces prestations sont payables dans les situations suivantes :

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

### **Prestations de Correspondance manquée – Ce qui est couvert par la garantie Correspondance manquée**

Si l'une des situations couvertes indiquées ci-après survient avant ou après votre *date de départ* prévue à l'origine et vous fait rater votre correspondance ou perturbe votre *voyage* et, par conséquent, vous empêche d'effectuer votre *voyage* conformément à ce qui est indiqué dans votre *avis de confirmation*, nous remboursons ce qui suit :

- A. Vos frais de correspondance manquée ou d'interruption de *voyage* jusqu'au montant couvert, à concurrence de 1 000 \$, pour :
  - i. soit le moins élevé des montants suivants : les frais de changement de vol imposés par la compagnie aérienne pour remplacer la correspondance manquée, ou le coût de votre billet aller simple en classe économique par l'itinéraire le plus économique jusqu'à votre destination suivante,
  - ii. la portion prépayée et inutilisée de votre *voyage* (sauf la portion prépayée mais non utilisée de votre transport à votre *lieu de résidence*) qui n'est ni remboursable ni transférable à une autre date (pourvu que ces frais ne soient pas remboursables par une autre source).

B. Vos frais additionnels et imprévus d'hôtel et de repas, ainsi que vos appels téléphoniques, les frais d'utilisation d'Internet et les frais de taxi indispensables (ou vos frais de location d'un véhicule au lieu de frais de taxi), jusqu'à concurrence de 300 \$ par jour pour une durée maximale de deux (2) jours, s'il n'y a aucune transportation possible plus tôt.

#### Situations couvertes par la garantie Correspondance manquée :

1. ‡ Vous manquez votre correspondance ultérieure parce que le *transporteur public* qui doit assurer votre transport pendant une partie de votre voyage part plus tard que prévu.
2. ‡ Le *transporteur public* qui doit assurer votre transport pendant une partie de votre voyage part plus tôt que prévu et le billet que vous aviez acheté pour la partie antérieure de votre voyage auprès d'un autre *transporteur public* devient inutilisable.
3. ‡ En raison d'un retard, d'un changement d'horaire ou d'une annulation de la part de votre *transporteur public* ou de celui de votre *compagnon de voyage*, votre arrivée ou celle de votre *compagnon de voyage* au lieu de destination du voyage ou à votre lieu de résidence est retardée d'au moins six (6) heures.
4. ‡ Vous manquez votre correspondance ultérieure parce que la compagnie aérienne auprès de laquelle vous avez réservé un vol de correspondance antérieur (compris dans vos réservations de voyage prépayées et assurées) annule ce vol.
5. ‡ Vous ne pouvez pas utiliser les services du *transporteur public* devant assurer la correspondance antérieure parce que la compagnie aérienne auprès de laquelle vous avez réservé un vol de correspondance ultérieur (compris dans vos réservations de voyage prépayées et assurées) a annulé ce vol.

**Seuls les frais de correspondance manquée ou de perturbation de voyage précisés au titre de la garantie Correspondance manquée seront exigibles. Vous devez essayer par tous les moyens raisonnables de poursuivre votre voyage selon ce qui était prévu à l'origine. Toute somme versée ou à verser par le transporteur public dont l'horaire a été modifié ou qui a accusé un retard sera déduite de la somme exigible.**

#### Exclusions et restrictions – Ce qui n'est pas couvert par les garanties Annulation de voyage et Interruption de voyage, et Correspondance manquée

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

1. Tout *problème de santé* qui n'était pas *stable* dans les trois (3) mois de la date de souscription de la présente assurance, tel qu'il est indiqué dans votre avis de confirmation.

Toute affection cardiaque dont vous ou votre *compagnon de voyage* souffrez si, au cours des trois (3) mois précédant la date de souscription ou la date de la proposition de la présente assurance, tel qu'il est indiqué dans votre avis de confirmation, vous ou votre *compagnon de voyage* avez pris une forme quelconque de nitroglycérine pour soulager des douleurs angineuses.

Toute affection pulmonaire dont vous ou votre *compagnon de voyage* souffrez, si au cours des trois (3) mois précédant la date de souscription ou la date de la proposition de la présente assurance, tel qu'il est indiqué dans votre avis de confirmation, vous ou votre *compagnon de voyage* avez nécessité un *traitement* à l'oxygène à domicile ou à la prednisone.

2. Une situation que vous ou votre *compagnon de voyage* connaissiez à la date de souscription, tel qu'il est indiqué dans votre avis de

*confirmation*, et que vous ou votre *compagnon de voyage* saviez qu'elle pourrait vraisemblablement vous empêcher de terminer votre voyage conformément à vos réservations.

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. Vos blessures auto-infligées, à moins qu'une attestation médicale établisse qu'elles sont reliées à une condition de santé mentale.
5. Toutes réclamations si les frais résultent de votre participation à un acte criminel ou à un acte illégal ou d'une tentative de commettre de tels actes.
6. Tout *problème de santé* résultant du fait que vous n'avez pas respecté le *traitement* prescrit, y compris la prise d'un médicament avec ordonnance.
7. • Tout *problème de santé*, y compris les symptômes de sevrage découlant de votre usage chronique d'alcool, de drogues ou d'autres substances intoxicantes, ou s'y rapportant de quelque façon que ce soit.
  - Tout *problème de santé* survenant au cours de votre voyage, découlant ou se rapportant de quelque façon que ce soit à l'abus d'alcool, de drogues et d'autres substances intoxicantes.
8. Votre trouble mental ou émotif mineur.
9. • Vos soins prénatals et postnatals de routine.
  - Votre grossesse, votre accouchement, ou des complications qui en résultent, survenant au cours des 9 semaines avant la date d'accouchement prévue ou des 9 semaines après cette date.
10. Votre enfant né en cours de votre voyage.
11. Tout *problème de santé* ou symptôme :
  - lorsque vous saviez ou lorsqu'il était raisonnable de croire ou de prévoir qu'un *traitement* serait nécessaire pendant votre voyage; et/ou
  - pour lequel une investigation future ou un *traitement* ultérieur était prévu avant la date d'effet de la garantie;
  - dont les symptômes auraient amené toute personne normalement prudente à se faire soigner dans les trois (3) mois précédant la date d'effet de la garantie; ou
  - qui avait incité votre médecin à vous déconseiller de voyager.
12. Tout *traitement* non urgent, expérimental ou facultatif comme une chirurgie esthétique, des soins chroniques ou la réadaptation, incluant les frais découlant de complications directes ou indirectes.
13. La non-délivrance d'un visa de voyage en raison de la présentation tardive de la demande.
14. Le défaut de tout fournisseur de services de voyage, notamment un agent de voyage, une agence de voyage ou un courtier en voyages, à vous procurer les services qu'il s'est engagé par contrat à vous fournir.
15. Tout sinistre ou tout *problème de santé* dont vous souffrez ou que vous contractez lorsque le gouvernement du Canada a émis un avertissement officiel aux voyageurs faisant mention « d'éviter tout voyage » ou « d'éviter tout voyage essentiel » dans ce pays, cette région ou cette ville, avant la date d'effet de votre couverture.

Pour consulter les avertissements aux voyageurs, rendez-vous sur le site du gouvernement du Canada relatif aux voyages.

Les demandes de règlement liées à une urgence ou à un *problème de santé* sans lien avec l'avertissement émis ne sont pas ciblées par cette exclusion.

16. Tout *acte terroriste* attribuable ou lié directement ou indirectement à l'utilisation d'agents biologiques, chimiques, nucléaires ou radioactifs.

17. Un *fait de guerre*.

## SECTION 7 – Ce que vous devez également savoir

La présente police est établie en fonction des renseignements fournis dans *votre* proposition. Les demandes de règlement sont traitées en fonction de la police en vigueur au moment du sinistre. Lorsque *vous* remplissez la proposition d'assurance et répondez aux questions médicales (incluant les réponses du *questionnaire médical*, s'il y a lieu), *vos* réponses doivent être complètes et exactes. En cas de réclamation, *nous* vérifierons *vos* antécédents médicaux. Si une de *vos* réponses est incomplète ou inexacte :

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

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

Toute fraude ou tentative de fraude, ou toute dissimulation ou déclaration mensongère portant sur des faits importants de *votre* part dans *votre* proposition d'assurance ou dans *votre* demande de prolongation de couverture ou de complément d'assurance entraîne la nullité de l'assurance.

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

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

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

### Limitation de responsabilité

*Notre* responsabilité au titre de la présente police se limite strictement au paiement des prestations admissibles, jusqu'à concurrence du maximum souscrit, pour tout sinistre ou toute dépense. Ni *nous*, lorsque des prestations sont versées au titre de la présente police, ni *nos* agents ou administrateurs n'assumons quelque responsabilité que ce soit pour la disponibilité, la qualité ou les résultats des *traitements* ou des services, ou pour l'impossibilité d'obtenir les *traitements* ou les services couverts par les dispositions contractuelles. La participation des assureurs est individuelle et non conjointe, et en aucun cas un assureur n'est partie aux intérêts et responsabilités des autres assureurs.

### Prime

La prime requise est exigible et payable à la souscription de l'assurance et est déterminée d'après le barème de taux alors en vigueur. Les taux de prime et les conditions de la police peuvent être modifiés sans préavis. Si *vous* répondez aux critères d'admissibilité et que *vous* avez payé la prime appropriée, la présente police, accompagnée des formulaires de proposition, fait partie intégrante de *votre* police d'assurance, lequel devient un contrat exécutoire, pourvu que *vous* receviez un *avis de confirmation* sur lequel figure un numéro de police. Si *vous* n'êtes pas admissible à l'assurance, *notre* seule obligation consiste à *vous* rembourser la prime versée. Les frais que *nous* ne couvrons pas sont à *votre* charge. Si la prime n'est pas suffisante pour couvrir toute la période de couverture choisie, *nous* facturons et percevons la portion impayée de la prime ou écourtons

la période d'assurance ou la somme assurée maximale en établissant un avenant écrit, si la portion impayée de la prime ne peut pas être perçue. La couverture est nulle et nonavenue si la prime n'est pas reçue, si un chèque n'est pas honoré pour quelque raison que ce soit, si la carte de crédit n'est pas valide ou s'il n'existe aucune preuve de *votre* paiement.

### Comment cette assurance est-elle coordonnée avec les autres couvertures que vous pourriez avoir?

Les régimes énoncés dans la présente police sont de type « second payeur ». Si *vous* bénéficiez d'autres régimes ou contrats d'assurance de responsabilité civile, collectifs ou individuels, privés ou publics, de base ou complémentaires, y compris tout régime d'assurance automobile privé, provincial ou territorial, couvrant *vos* frais d'hospitalisation ou *vos* frais médicaux ou thérapeutiques, ou si *vous* avez toute autre assurance de responsabilité civile en vigueur en même temps que la présente couverture, les prestations payables au titre de la présente assurance s'appliquent uniquement à la portion des frais engagés à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence en excédent des sommes assurées par ces autres régimes. Les prestations totales qui *vous* sont versées par l'ensemble des assureurs ne peuvent pas dépasser les frais que *vous* avez effectivement engagés. *Nous* appliquons la coordination des prestations avec tous les assureurs qui *vous* versent des prestations semblables à celles prévues par la présente assurance (sauf si *vous* détenez auprès de *votre* employeur actuel ou précédent un régime d'assurance *maladie* complémentaire *vous* offrant une couverture viagère maximale de 50 000 \$ ou moins), jusqu'à concurrence de la somme la plus élevée stipulée par chaque assureur.

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

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

## SECTION 8 – Soumission d'une demande de règlement

**EN CAS D'URGENCE,  
COMMUNIQUEZ IMMÉDIATEMENT  
AVEC LE CENTRE D'ASSISTANCE :**

**1 888 881-8010, sans frais, du Canada et des États-Unis.  
+1 519 945-8346, à frais virés, pour appeler au Canada à  
partir de tout autre pays, lorsque ce service est offert.**

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

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

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

**Avis et preuve de sinistre.** *Nous* devons être informés du sinistre dans les trente (30) jours qui suivent la date à laquelle celui-ci survient. *Vous* devez *nous* envoyer une preuve de sinistre dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date à laquelle survient le sinistre ou la date de prestation du service.

**Défaut de fournir l'avis ou la preuve de sinistre.** Le fait de ne pas fournir l'avis ou la preuve de sinistre dans le délai prescrit n'invalide pas la demande de règlement si l'avis est donné, ou la preuve est fournie, dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, mais en aucun cas plus d'un (1) an après la date à laquelle une demande de règlement prend naissance au titre du contrat, s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner l'avis ou de fournir la preuve dans le délai prescrit.

**Preuve de sinistre.** Dans les quinze (15) jours suivant la réception de l'avis de sinistre, le Centre d'assistance fournira les formulaires nécessaires pour présenter la preuve de sinistre. Si *vous* n'avez pas reçu les formulaires requis dans ce délai, *vous* pouvez soumettre la preuve de sinistre sous forme de déclaration écrite indiquant la cause ou la nature de l'accident, de la *maladie*, de la *blessure* ou de la survenance du risque assuré donnant lieu à la demande de règlement, ainsi que la gravité du sinistre; ou *vous* pouvez soumettre *notre* demande en ligne.

#### Instructions d'envoi

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

#### Présentation en ligne des demandes de règlement

Pour présenter une demande de règlement rapidement et facilement, ayez à portée de main tous *vos* documents en format électronique et rendez-*vous* à l'adresse <https://manulife.acmtravel.ca> afin de présenter *notre* demande de règlement en ligne.

*Vous* pouvez appeler directement le Centre d'assistance pour *vous* renseigner sur la façon de présenter une demande de règlement ou sur une demande déjà soumise, en composant le **1 888 881-8013** ou le **+1 519 945-9246**.

*Nous* verserons toute somme payable au titre du contrat dans les soixante (60) jours qui suivent la réception de la preuve de sinistre et de tous les documents requis.

**Pour présenter une demande de règlement au titre des garanties Annulation de voyage et Interruption de voyage ou Correspondance manquée,** *vous* devez *nous* fournir une preuve du motif de la demande, notamment :

- un certificat médical rempli par le *médecin* traitant et expliquant pourquoi le *voyage* n'a pas pu être effectué conformément aux réservations, si la demande est motivée par des raisons médicales; ou

- un rapport de la police ou des autorités compétentes confirmant la raison du retard, si *notre* demande de règlement est causée par une correspondance manquée.

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

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

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

Sauf dans le cas de *notre* décès, *nous* versons les frais couverts au titre de la présente assurance à *vous*-même ou au fournisseur de services. Toute somme payable en cas de décès est versée à *vos* ayants droit. *Vous* devez *nous* rembourser toute somme que *nous* avons versée ou autorisée en *notre* nom si *nous* établissons que cette somme n'a pas à être versée au titre de *notre* police.

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

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

Si *vous* contestez *notre* décision relative à *notre* demande de règlement, *vous* pouvez chercher à obtenir la résolution de *notre* dossier par voie judiciaire en vertu des lois applicables dans la province ou le territoire où *vous* résidez au Canada lorsque *vous* avez souscrit la présente police.

Les actions ou instances intentées contre l'assureur pour le recouvrement de sommes assurées au titre du présent contrat sont irrecevables si elles ne sont pas introduites dans les délais fixés par la *Loi sur les assurances* ou par la *Loi sur la prescription des actions*, 2002 de l'Ontario ou toute autre loi applicable.

## SECTION 9 – Conditions légales

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

**Renoncation.** *Nous* *nous* réservons le droit de refuser toute proposition ou toute demande de prolongation de couverture. Les parties conviennent de ne renoncer à aucune disposition de la présente police, en tout ou en partie, à moins que la renoncation ne soit clairement exprimée dans un écrit signé par Manuvie.

**Faits essentiels à l'appréciation du risque.** Les déclarations que *vous* faites à la souscription du présent contrat ne peuvent pas être utilisées pour appuyer une demande de règlement au titre de ce contrat ni pour *vous* soustraire à l'une des conditions énoncées dans le contrat, à moins de figurer dans la proposition d'assurance ou dans toute autre déclaration ou réponse fournies par écrit comme preuve d'assurabilité.

**Résiliation par l'assureur.** *Nous* pouvons résilier une partie ou la totalité du présent contrat à tout moment en *vous* fournissant un avis de résiliation écrit, accompagné du remboursement du montant de la prime payée qui excède la prime proportionnelle pour le temps écoulé du contrat. L'avis de résiliation peut *vous* être livré ou il peut être envoyé par courrier recommandé à la plus récente adresse qui figure dans *votre* dossier. S'il *vous* est livré, le préavis de résiliation est de cinq (5) jours; s'il *vous* est posté, le préavis de résiliation est de dix (10) jours à compter du lendemain de la mise à la poste.

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

## SECTION 10 – Définitions

*Vous* trouverez ci-dessous la définition des termes mis en italique dans la présente police.

**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; et/ou
- de servir des objectifs politiques, sociaux, religieux ou économiques.

**Âge** ou **âgé(e)** – Âge que *vous* avez à la date de *votre* proposition.

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

**Avis de confirmation** – La présente police, la proposition d'assurance liée à celle-ci et tout autre document confirmant *votre* couverture une fois que *vous* avez acquitté la prime exigible et, s'il y a lieu, le *questionnaire médical* et *vos* réservations de *voyage*. Il peut également comprendre les billets ou reçus remis par une compagnie aérienne, un agent de voyage, un voyageur, une agence de location, un croisiériste ou tout autre fournisseur de services de voyage ou d'hébergement auprès desquels *vous* avez fait des réservations pour *votre* voyage.

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

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

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

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

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

La garantie Annulation de *voyage* débute à la date à laquelle *vous* payez la prime pour cette couverture, soit à la date de souscription indiquée dans *votre avis de confirmation*.

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

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

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

Pour la garantie Annulation de *voyage*, la couverture prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

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

Pour la garantie Interruption de *voyage*, la couverture prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- date à laquelle *vous* retournez à *votre lieu de résidence*;
- *date d'expiration* indiquée dans *votre avis de confirmation*.

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

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

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

**Hôpital** – Établissement agréé doté de personnel dispensant des soins et des *traitements* aux patients internes et externes. Les *traitements* doivent être supervisés par des *médecins*, et du personnel infirmier autorisé doit être présent 24 heures sur 24. Des services chirurgicaux et de diagnostic doivent pouvoir être effectués sur place ou dans des installations contrôlées par l'établissement.

Un hôpital n'est pas un établissement utilisé principalement en tant que clinique, centre de soins palliatifs ou de longue durée, centre de réadaptation ou de désintoxication, maison de convalescence, de repos ou de soins infirmiers, ou foyer pour personnes âgées ou station thermale.

**Lieu de résidence** – La province ou le territoire où *vous* résidez au Canada. Si *vous* avez demandé que la couverture débute lorsque *vous* quittez le Canada, alors *lieu de résidence* s'entend du Canada.

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

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

**Nous, notre, nos** – Ces termes renvoient à Manuvie.

**Personne clé** – Personne qui garde à temps plein *votre enfant* à charge et qui ne peut raisonnablement être remplacée, ou associé ou employé indispensable à la conduite des affaires courantes. Cette définition vaut pour la durée du voyage.

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

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

**Raisonnables et habituels** – Frais qui n'excèdent pas les frais normalement exigés par d'autres fournisseurs de services de catégorie similaire dans la même région pour offrir le même *traitement* pour une *maladie* ou une *blessure* semblable, ou des services ou fournitures semblables dans des circonstances similaires.

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

**Stable** – Un *problème de santé* est considéré comme *stable* lorsque tous les énoncés suivants sont vrais :

1. Aucun nouveau *traitement* n'a été prescrit ou recommandé, ou le *traitement* en cours n'a pas été modifié ni interrompu.
2. Aucun changement n'a été apporté à un médicament prescrit (augmentation ou diminution du dosage, ou arrêt de la prise du médicament), ou aucun autre médicament n'a été recommandé ou prescrit.
3. Le *problème de santé* ne s'est pas aggravé.
4. Aucun nouveau symptôme n'est apparu, ou il n'y a eu aucune aggravation ou augmentation de la fréquence des symptômes existants.
5. Il n'y a eu aucune hospitalisation ou recommandation de consulter un spécialiste.
6. Il n'y a aucun examen, test médical à des fins d'investigation ou *traitement* recommandés non complétés, ou pour lesquels les résultats sont attendus.
7. Il n'y a aucun *traitement* planifié ou en attente.

Toutes les conditions ci-dessus doivent être remplies pour qu'un *problème de santé* soit considéré comme *stable*.

**Traitement** – Hospitalisation, acte médical prescrit, posé ou recommandé par un *médecin* en lien avec un *problème de santé*. Sans se limiter à ce qui suit, voici quelques exemples : prescription de médicaments, tests médicaux à des fins d'investigation, intervention chirurgicale. **REMARQUE IMPORTANTE** : Toute référence aux mises à l'essai, tests, résultats de test ou examens exclut les tests génétiques. Par test génétique, on entend un test qui analyse l'ADN, l'ARN ou les chromosomes à des fins telles que la prédiction d'une *maladie* ou des risques de transmission verticale, la surveillance, le diagnostic et le pronostic.

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

**Trouble mental ou émotif mineur** désigne :

- 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** – *Problème de santé* soudain et imprévu nécessitant un *traitement* immédiat. Une *urgence* cesse lorsqu'il est établi par le Centre d'assistance qu'aucun *traitement* n'est requis à destination ou que *vous* êtes en mesure de retourner dans *votre* province ou territoire de résidence pour recevoir ces *traitements*.

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

**Vous, votre, vos** – La ou les personnes désignées comme étant l'assuré ou les assurés dans l'*avis de confirmation*, et pour qui l'assurance a été souscrite et la prime appropriée *nous* a été versée.

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

Dans la présente police, dans tous les cas où le contexte s'y prête, le singulier englobe le pluriel, et vice versa, et le masculin englobe le féminin, et vice versa.

## SECTION 11 – Avis Sur la vie privée

**La protection de votre vie privée nous tient à coeur.** *Nous nous* engageons à préserver le caractère confidentiel des renseignements qui *nous* sont fournis à *votre* sujet afin de *vous* procurer l'assurance que *vous* avez choisie. Bien que *nos* employés doivent avoir accès à ces renseignements, *nous* avons pris des mesures pour protéger *votre* vie privée. De plus, *nous nous* assurons que les autres professionnels avec qui *nous* travaillons à *vous* offrir les services dont *vous* avez besoin au titre de *votre* assurance 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 proposition et le *questionnaire médical* sont nécessaires à son traitement. Afin de préserver le caractère confidentiel de ces renseignements, Manuvie créera un dossier de services financiers contenant les renseignements qui seront utilisés pour traiter la proposition, offrir et administrer les services et traiter les demandes de règlement. L'accès à ce dossier est limité aux employés, mandataires, administrateurs et agents responsables de l'évaluation des risques (tarification), du marketing, de l'administration des services et de l'évaluation des sinistres de Manuvie, ainsi qu'à toute autre personne ayant reçu *vo*tre autorisation ou autorisée en vertu de la loi. Ces personnes, organismes et fournisseurs de services peuvent se trouver dans des territoires de compétence situés à l'étranger et être soumis aux lois en vigueur dans ces territoires.

*Vo*tre dossier est gardé en lieu sûr dans *no*s bureaux ou ceux de *no*tre administrateur ou agent. *Vo*us pouvez demander à examiner les renseignements personnels qu'il contient et y faire apporter des corrections en écrivant à l'adresse suivante : Responsable de la protection des renseignements personnels, Manuvie, P.O. Box 1602, Waterloo (Ontario) N2J 4C6.

**EN CAS D'URGENCE,  
COMMUNIQUEZ IMMÉDIATEMENT AVEC LE CENTRE D'ASSISTANCE :**

**1 888 881-8010**  
sans frais, du Canada et des États-Unis.

**+1 519 945-8346**  
à frais virés, pour appeler au Canada à partir de tout autre pays.  
Notre Centre d'assistance est à votre service tous les jours, 24 heures sur 24.

**DE L'AIDE AU BOUT DU FIL**

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

**Renseignements avant le voyage**

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

**En cas d'urgence médicale**

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

**Autres services**

- Assistance pour les bagages perdus, volés ou retardés
- Assistance pour l'obtention de fonds d'urgence

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

**NUMÉROS DE TÉLÉPHONE IMPORTANTS :**

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

Toute correspondance écrite doit être envoyée à :

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

*Vous* pouvez également communiquer directement avec le Centre d'assistance pour *vous* renseigner sur la façon de présenter une demande de règlement ou sur une demande déjà soumise en composant le **1 888 881-8013** ou le **+1 519 945-9246**.



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

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

© La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, 2019. Tous droits réservés. Manuvie, P.O. Box 670, Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8.

AT0203F 11/19 190081