




## Assurance Voyage Financière Manuvie

### Police pour les visiteurs au Canada

Entrée en vigueur : décembre 2018

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> | <b>Assurance voyage<br/>Visiteurs au Canada</b>  |  <b>Manuvie</b> | <b>Assurance voyage<br/>Visiteurs au Canada</b>  |
| En cas d'urgence médicale, composez d'abord les numéros suivants :                                 |  | En cas d'urgence médicale, composez d'abord les numéros suivants :                                  |  |
| <b>1 877 878-0142</b>  | <b>+1 519 251-5166</b>                           | <b>1 877 878-0142</b>   | <b>+1 519 251-5166</b>                           |
| <small>sans frais, du Canada et des<br/>États-Unis</small>   | <small>à frais virés, de tout autre pays</small> | <small>sans frais, du Canada et des<br/>États-Unis</small>  | <small>à frais virés, de tout autre pays</small> |
| Nom _____  | Numéro de contrat _____                          | Nom _____   | Numéro de contrat _____                          |
| Date d'effet _____   | date d'expiration _____                          | Date d'effet _____  | date d'expiration _____                          |
| Veillez conserver cette carte dans votre portefeuille tout au long de votre voyage.                |  | Veillez conserver cette carte dans votre portefeuille tout au long de votre voyage.                 |  |

# Assurance Voyage Financière Manuvie Pour les visiteurs au Canada

Entrée en vigueur : décembre 2018

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. Les remboursements sont seulement possibles lorsque Manuvie reçoit votre demande de remboursement avant la date de votre départ.



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 :

- Connaissiez votre état de santé
- Connaissiez votre voyage
- Connaissiez votre police
- Connaissiez vos droits

## Table des Matières

|   |    |
|---|----|
| 1. Avis Important .....   | 3  |
| 2. Identification de L'assureur.....  | 3  |
| 3. En cas D'urgence.....  | 3  |
| 4. Admissibilité .....  | 3  |
| 5. Ce que vous Devez Aussi Savoir .....   | 4  |
| 6. Renseignements Généraux.....   | 4  |
| Couverture Familiale .....  | 4  |
| Début de votre couverture .....   | 4  |
| Fin de votre couverture .....   | 4  |
| Couverture d'assurance pour des voyages secondaires à l'extérieur du Canada ..... | 5  |
| Prolongation d'office .....   | 5  |
| Prolongation d'un voyage .....  | 5  |
| Annulation et remboursement .....   | 5  |
| 7. Présentation d'une Demande de Règlement .....                                  | 6  |
| 8. Garantie Soins Médicaux D'urgence .....  | 6  |
| Ce qui est couvert.....   | 6  |
| Ce qui n'est pas couvert.....   | 8  |
| Demande de règlement Soins médicaux d'urgence.....                                | 9  |
| 9. Garantie Accident de Voyage.....   | 9  |
| Ce qui est couvert.....   | 9  |
| Ce qui n'est pas couvert.....   | 10 |
| Demande de règlement Accident de voyage .....                                     | 10 |
| 10. Garantie Facultative Interruption de Voyage .....                             | 10 |
| Ce qui est couvert.....   | 10 |
| Ce qui n'est pas couvert.....   | 10 |
| Demande de règlement Interruption de voyage.....                                  | 11 |
| 11. Renseignements Complémentaires .....  | 11 |
| Comment ces garanties s'harmonisent-elles avec vos autres couvertures? .....      | 12 |
| 12. Définitions .....   | 12 |
| 13. Avis sur la vie Privé .....   | 15 |

Pour en savoir plus, visitez le

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

Pour obtenir des soins médicaux ou présenter toute demande de règlement durant votre voyage, communiquez d'abord avec nous. Notre Centre d'assistance est ouvert tous les jours, 24 heures sur 24. Si vous n'appellez pas le Centre d'assistance dans les 24 heures suivant une hospitalisation, vous devrez payer 20 % des frais médicaux que nous paierions normalement au titre de la présente assurance. S'il vous est impossible d'un point de vue médical d'appeler le Centre d'assistance, veuillez demander à quelqu'un de le faire à votre place. 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.



La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers

Pour obtenir des soins médicaux ou présenter toute demande de règlement durant votre voyage, communiquez d'abord avec nous. Notre Centre d'assistance est ouvert tous les jours, 24 heures sur 24. Si vous n'appellez pas le Centre d'assistance dans les 24 heures suivant une hospitalisation, vous devrez payer 20 % des frais médicaux que nous paierions normalement au titre de la présente assurance. S'il vous est impossible d'un point de vue médical d'appeler le Centre d'assistance, veuillez demander à quelqu'un de le faire à votre place. 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.



La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers

## Avis Important

### Veuillez lire votre police attentivement avant d'entreprendre votre voyage

- Le but de l'assurance voyage est de couvrir les sinistres survenant dans des circonstances soudaines et imprévisibles. Il est important que vous lisiez et compreniez votre police avant de partir en voyage, car votre couverture peut faire l'objet de certaines restrictions ou exclusions.
- Il se peut que votre police ne couvre pas des problèmes de santé ou des symptômes apparus avant votre départ. Vérifiez comment cette exclusion s'applique dans le cadre de votre police et l'importance que peuvent avoir à cet égard la date de votre départ, ainsi que les dates de souscription et d'effet de l'assurance.
- Advenant un accident, une *blessure* ou une maladie, vos antécédents médicaux peuvent être examinés dans le cadre de la demande de règlement.
- Si votre police prévoit une assistance voyage, il vous faudra peut-être communiquer avec le Centre d'assistance désigné avant de recevoir un *traitement*.
- Si vous omettez de communiquer avec le Centre d'assistance dans les délais exigés, les prestations payables au titre de votre police peuvent être limitées.

### 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.

**LES TERMES EN ITALIQUE** ont une signification précise. Veuillez consulter la section « Définitions » de la présente police pour en connaître le sens.

## 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). Des 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.

## En cas d'urgence

**Communiquez Immédiatement Avec le Centre d'assistance :**

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

**Notre Centre d'assistance est 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 et vous fournir le numéro de téléphone local à composer en cas d'*urgence* (911 en Amérique du Nord).

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

Veuillez noter que **si vous n'appellez pas** le Centre d'assistance lorsque survient une *urgence* et avant de recevoir un *traitement*, **vous devrez payer 20 % des frais médicaux admissibles** que *nous* paierions normalement au titre de la présente police. Si *votre* état de santé ne *vous* permet pas de communiquer avec le Centre d'assistance, *nous* *vous* prions de demander à quelqu'un de le faire à *votre* place.

Notre Centre d'assistance offre également un service de consultation médicale qui *vous* donne accès à un *médecin* de premier recours détenant un permis au Canada afin d'obtenir une évaluation et, s'il y a lieu, un diagnostic et une ordonnance. N'oubliez pas de demander au représentant d'être recommandé à Maple, qui offre des services de télémédecine accessibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. À l'heure actuelle, Maple offre ses services en Ontario, en Colombie-Britannique, en Nouvelle-Écosse, au Manitoba, à Terre-Neuve-et-Labrador, en Alberta, à l'Île-du-Prince-Édouard, au Nouveau-Brunswick, au Québec, au Nunavut et au Yukon. En tant que visiteur l'un ou l'autre de ces provinces ou territoires, *vous* pouvez utiliser les services de Maple pendant *votre* séjour.

## Admissibilité

### Personnes admissibles à cette couverture

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

### Critères d'admissibilité

*Vous* n'êtes pas admissible à la couverture offerte par la présente police si l'une des situations suivantes s'applique à *vous* :

- *vous* voyagez contre l'avis d'un *médecin*;
- *vous* avez reçu un diagnostic de maladie en phase terminale et *votre* espérance de vie est de moins de 2 ans;
- *vous* avez une affection rénale nécessitant des *traitements* de dialyse;
- *vous* avez fait usage d'oxygène à domicile au cours des 12 mois précédant la date de la proposition d'assurance;
- *vous* avez reçu un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence;

- vous êtes âgé de moins de 30 jours ou de plus de 85 ans (ou de plus de 69 ans en ce qui concerne la garantie Soins médicaux d'urgence de 150 000 \$);
- vous résidez dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, un foyer pour personnes âgées, un autre établissement de soins de longue durée ou un centre de réadaptation;
- vous avez besoin d'aide pour accomplir les *activités de la vie quotidienne*.

## Ce Que Vous Devez Aussi Savoir

- La période de couverture ne doit pas dépasser 365 jours.
- La proposition d'assurance peut être soumise avant ou après *votre* arrivée au Canada.
- Les proposants âgés d'au moins 40 ans doivent remplir le *questionnaire médical* pour souscrire le régime B.
- Une *période d'attente* s'applique, sauf dans le cas d'une *blessure*, si vous souscrivez la présente assurance après *votre* arrivée au Canada ou après la *date d'expiration* d'une police Visiteurs au Canada existante que nous avons établie. Voir la définition de *période d'attente*.
- Vous ne pouvez pas être assuré au titre de plusieurs régimes durant *votre* voyage.
- Une franchise de 75 \$ s'applique à chaque demande de règlement présentée relativement à la présente police, à moins que vous n'ayez choisi dans *votre* proposition d'assurance la franchise de 0 \$, de 500 \$, de 1 000 \$, de 2 500 \$ ou de 5 000 \$ par demande de règlement et que vous n'ayez payé la prime applicable. (La franchise : le montant des frais couverts que vous devez payer. *Votre* franchise s'applique au montant qu'il reste à payer une fois que les frais couverts par tout autre régime d'assurance dont vous pouvez être titulaire ont été payés.) La franchise est précisée dans *votre avis de confirmation* et s'applique à chaque demande de règlement.
- **Au titre du régime A, aucune prestation n'est payable relativement à un problème de santé préexistant qui existait dans les 180 jours précédant la date d'effet de votre assurance. Voir la rubrique Ce Qui N'est Pas Couvert Par La Garantie Soins Médicaux D'urgence.**
- **Au titre du régime B, aucune prestation n'est payable relativement à un problème de santé préexistant qui n'était pas stable durant les 180 jours précédant la date d'effet de l'assurance. Voir la rubrique Ce Qui N'est Pas Couvert Par La Garantie Soins Médicaux D'urgence.**

## Renseignements Généraux

Pour souscrire l'assurance, vous ou une personne agissant en *votre* nom devez remplir et signer la proposition d'assurance Visiteurs au Canada de Manuvie, pas plus de 365 jours avant la *date d'effet* de l'assurance, et nous la faire parvenir avec le paiement de la prime exigée.

Une **couverture familiale** est offerte au titre du régime A si vous avez souscrit la couverture familiale et avez payé la prime

exigée pour celle-ci. Tout parent doit être *âgé* de moins de 60 ans et ses fils ou filles à charge, qui voyagent avec lui, doivent :

- être célibataires et dépendre de tout parent pour leurs besoins de subsistance;
- figurer dans l'avis de confirmation;
- être *âgés* d'au moins 30 jours, mais de moins de 21 ans; ou
- avoir n'importe quel *âge* s'ils sont atteints d'une déficience physique ou mentale.

**Votre couverture débute** à la plus éloignée des dates suivantes :

- la *date d'effet* de l'assurance indiquée dans *votre avis de confirmation*; ou
- l'heure et la date de *votre* arrivée au Canada en provenance de *votre lieu de résidence*.

Sauf dans le cas d'une perte qui découle d'une *blessure* quelconque, la couverture débutera 48 heures après la *date d'effet* si vous souscrivez *votre* police :

- après la *date d'expiration* d'une police de Manuvie existante; ou
- après que vous quittez *votre lieu de résidence*.

Si la couverture est souscrite avant que vous quittiez *votre lieu de résidence* et que sa *date d'effet* correspond à la date et à l'heure où vous devez normalement arriver au Canada, vous serez également couvert durant *votre* vol direct vers le Canada, sans supplément de prime. Un vol direct peut comprendre une escale, à la condition que vous ne quittiez pas l'aéroport.

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

- chaque fois que vous quittez le Canada pour retourner à *votre lieu de résidence*;
- la *date d'expiration* indiquée dans *votre avis de confirmation*;
- la date à laquelle vous devenez un résident d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée, d'un foyer pour personnes âgées ou d'un autre établissement de soins de longue durée au cours de *votre voyage*;
- au plus tard 365 jours après la *date d'effet* de *votre* assurance;
- le premier jour où vous êtes assuré au titre d'un *régime public d'assurance maladie*. Exception : Si vous êtes un visiteur au Canada détenant un permis de travail d'EIC, la présente police continuera à vous procurer les prestations admissibles qui ne sont pas couvertes par *votre régime public d'assurance maladie*.

Sans prime additionnelle, la couverture est comprise jusqu'à la date et l'heure de *votre* arrivée à *votre lieu de résidence* à la suite d'un vol direct et ininterrompu du Canada vers *votre lieu de résidence*, à condition que vous n'ayez pas l'intention de retourner au Canada pendant votre période de couverture au titre de la présente assurance. Un vol direct peut comprendre une escale, à la condition que vous ne quittiez pas l'aéroport.

Durant *votre* période de couverture, si *votre* retour à *votre lieu de résidence* est effectué tel que mentionné au point

13, « Interruption de *voyage* sans résiliation de couverture »,  *votre* couverture Visiteurs au Canada sera interrompue sans être résiliée. À  *votre* retour au Canada,  *votre* couverture au titre de la police s'appliquera de nouveau, à la condition que  *vous* soyez encore admissible à la couverture. Aucun remboursement de prime ne sera accordé pour les jours passés à  *votre lieu de résidence*.

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

Durant  *votre* période de couverture, si  *vous* faites un  *voyage* secondaire à l'extérieur du Canada dont la durée est supérieure à celle qui est prévue dans la présente police,  *votre* couverture Visiteurs au Canada sera interrompue pour le reste de  *votre voyage* secondaire, mais elle ne sera pas résiliée. À  *votre* retour au Canada,  *votre* couverture s'appliquera de nouveau.

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

- *votre transporteur public* 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 72 heures;
- *vous* ou  *votre compagnon de voyage* êtes hospitalisé à la date d'expiration de  *votre* couverture. Dans ce cas,  *nous* prolongeons  *votre* couverture pour la durée de l'hospitalisation sous réserve d'un maximum de 365 jours ou jusqu'à ce que, à  *notre* avis,  *votre* état soit  *stable* et  *vous* permettez d'obtenir  *votre* congé de l'hôpital ou d'être évacué vers  *votre lieu de résidence*, selon la première éventualité, et pour une période maximale de 5 jours après la sortie de l'hôpital; ou
- *vous* ou  *votre compagnon de voyage* avez un  *problème de santé* qui  *vous* empêche de voyager à la date d'expiration de  *votre* couverture, selon l'avis d'un  *médecin*, sans toutefois nécessiter l'hospitalisation. Dans ce cas,  *nous* prolongeons  *votre* couverture pour une durée maximale de 5 jours.

**Demande de prolongation de couverture.**  *Vous* devez soumettre  *votre* demande de prolongation de couverture avant la date d'expiration de  *votre* assurance ou la date prévue de  *votre* retour à  *votre lieu de résidence* qui figure dans  *votre avis de confirmation*. Si  *votre* état de santé n'a pas changé et que  *vous* n'avez vécu aucune situation qui a fait ou pourrait faire l'objet d'une demande de règlement au titre de la police depuis la  *date d'effet* de l'assurance,  *votre* couverture peut être prolongée sur demande. Dans le cas contraire,  *votre* demande de prolongation est soumise à l'approbation du Centre d'assistance. Pour éviter qu'une  *période d'attente* s'applique,  *vous* devez demander la prolongation de couverture avant la date d'expiration de la

police d'assurance Visiteurs au Canada en vigueur que  *nous* avons établie pour  *vous*.

## Annulation et remboursement

- a) Si  *vous* annulez  *votre* police parce que  *votre* demande de super visa pour parents et grands-parents a été refusée,  *vous* devez fournir une preuve du refus de visa accompagnée de  *votre* demande d'annulation pour obtenir un remboursement complet de la prime. Autrement,  *vous* pouvez demander le remboursement complet de la prime à n'importe quel moment avant la  *date d'effet* de  *votre* assurance.
  - b) Si  *vous* obtenez une couverture au titre du  *régime public d'assurance maladie* du Canada, ou si  *vous* retournez à  *votre lieu de résidence* avant la date prévue indiquée dans  *votre avis de confirmation*, et que  *vous* n'avez pas signalé de sinistre ou présenté de demande de règlement,  *vous* pouvez demander un remboursement de prime pour les jours de  *voyage* inutilisés.  *Vous* devrez fournir une preuve de la date réelle de  *votre* retour à  *votre lieu de résidence* ou la  *date d'effet* de  *votre* couverture au titre du  *régime public d'assurance maladie* du Canada. Il  *vous* suffit de communiquer avec  *nous* pour demander le remboursement. Tous les voyageurs assurés au titre d'une même police doivent retourner ensemble à leur  *lieu de résidence* ou être couverts au Canada par un  *régime public d'assurance maladie*, pour qu'un remboursement puisse être accordé. Le montant de remboursement minimal de la prime est de 25 \$.
  - c) Si  *vous* êtes titulaire d'un super visa pour parents et grands-parents, que  *vous* avez souscrit une couverture de 365 jours et que  *vous* demandez un remboursement partiel de la prime en raison de  *votre* retour hâtif à  *votre lieu de résidence* ou parce que  *vous* quittez le Canada et :
    - *vous* n'avez présenté aucune demande de règlement (acceptée ou non),
      - les primes inutilisées (minimum de 25 \$), peuvent être remboursées, sous réserve de fournir une preuve de  *votre* retour à  *votre lieu de résidence* ou de  *votre* départ du Canada.
    - *vous* avez présenté une demande de règlement ou êtes en droit de recevoir une prestation qui n'a pas encore été versée ou l'ensemble des frais admissibles présentés ne dépasse pas le montant de la franchise, ou si la demande de règlement a été refusée,
      - *vous* pouvez demander le retrait des demandes de règlement déjà présentées et, sous réserve de  *notre* approbation, la prime inutilisée peut  *vous* être remboursée. Des frais administratifs de 300 \$ par demande de règlement seront déduits de tout montant remboursé.
    - une demande de règlement a été versée,
      - aucun remboursement n'est possible.
- Une demande de résiliation écrite de la présente police doit être reçue dans les 60 jours suivant la date de  *votre* retour à  *votre lieu de résidence* accompagnée d'une preuve de  *votre* départ du Canada. En aucun cas  *nous* n'antidaterons une résiliation de plus de 60 jours avant la date de réception de  *votre* demande de résiliation.  *Vous* devez joindre à  *votre* demande de résiliation une copie de  *votre* billet de vol de

retour ou de *vos* carte d'embarquement, ainsi qu'une copie de toutes les pages de *vos* passeport, afin que *nous* puissions vérifier que *vous* n'avez pas visité le Canada entre la date de *vos* retour à *vos* lieu de résidence et la date à laquelle *vous* avez présenté *vos* demande de remboursement. *Vous* devez également accompagner *vos* demande d'une déclaration dans laquelle *vous* confirmez que *vous* n'avez présenté aucune demande de règlement pour laquelle une prestation a été versée et que *vous* ne signalerez aucun sinistre ni ne présenterez de demande de règlement au titre de la présente police. Une fois que toute demande de remboursement de primes est reçue, il n'est plus possible de présenter une demande de règlement pour des frais au titre de la police, peu importe la date à laquelle ces frais ont été engagés. Les remboursements sont portés au compte de la carte de crédit utilisée pour payer la prime. Aucun remboursement n'est prévu pour la garantie Interruption de voyage après la *date d'effet* de l'assurance, pour les voyages secondaires ni pour les interruptions de voyage sans résiliation de couverture.

## Présentation d'une Demande de Règlement

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

**1 877 878-0142**

**sans frais, du Canada et des États-Unis.**

**+1 519 251-5166**

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

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.

**Vous devez appeler le Centre d'assistance dans les 24 heures suivant une hospitalisation.** Si *vous* n'appellez pas le Centre d'assistance avant de recevoir un *traitement* médical, *vous* devrez payer 20 % des frais médicaux que *nous* paierions normalement au titre de la présente assurance. S'il *vous* est impossible d'un point de vue médical d'appeler le Centre d'assistance au moment où survient l'*urgence*, la quote-part de 20 % ne s'applique pas. Dans un tel cas, *nous* *vous* demandons d'appeler le Centre d'assistance dès que *vous* êtes en état de le faire, sinon de demander à quelqu'un de le faire à *vos* place.

Le Centre d'assistance vérifiera *vos* couverture et *vous* l'expliquera; il *vous* dirigera vers un fournisseur de soins médicaux, verra à ce que les frais pour lesquels *vous* êtes couvert *nous* soient facturés directement, dans la mesure du possible, et fera un suivi de *vos* problème de santé.

Veillez poster tous les originaux des reçus, notes ou factures à :  
**Assurance voyage Financière Manuvie  
a/s de Active Care Management  
P.O. Box 1237, Stn A  
Windsor (Ontario) N9A 6P8**

*Vous* devez *nous* faire parvenir *vos* demande dans les 90 jours suivant la date du sinistre. Assurez-*vous* de conserver des copies de *vos* reçus, notes et factures pour *vos* dossiers.

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

## Ce qui est Couvert par la Garantie Soins Médicaux d'urgence

La garantie Soins médicaux d'*urgence* couvre les frais admissibles effectivement engagés pour les soins médicaux requis si une *urgence* médicale survient de façon imprévue après la *date d'effet* de *vos* assurance, lorsque ces frais ne sont pas couverts par un autre régime d'assurance. Le maximum payable dépend du régime que *vous* souscrivez. Les soins médicaux doivent être requis dans le cadre de *vos* traitement d'*urgence* et prescrits par un *médecin* (ou un dentiste dans le cas d'un *traitement* dentaire). Les frais couverts et les prestations sont assujettis aux exclusions et aux restrictions stipulées dans la police et à *vos* franchise : le montant des frais couverts que *vous* devez payer. *Vos* franchise s'applique au montant qu'il reste à payer une fois que les frais couverts par tout autre régime d'assurance dont *vous* pouvez être titulaire ont été payés. La franchise est précisée dans *vos* avis de confirmation et s'applique à chaque demande de règlement.

**Tout acte ou examen médical (y compris IRM, CIPRM, tomographie, angiographie par tomographie, MIBI à l'effort, angiographie et cathétérisme cardiaque ou toute chirurgie) doit être autorisé à l'avance par le Centre l'assistance.**

*Nous* ne couvrons les frais relatifs aux points 5 à 11 et au point 13 que s'ils ont été autorisés et coordonnés par le Centre d'assistance.

Les frais couverts admissibles sont les suivants :

**1. Frais engagés pour recevoir des soins médicaux d'urgence** – Frais *raisonnables et habituels* pour recevoir des soins d'un *médecin* dans un *hôpital* ou à l'extérieur d'un *hôpital*; coût d'une chambre d'*hôpital* (chambre à deux lits, si disponible, ou lit dans une unité de soins intensifs si cela est nécessaire du point de vue médical); services d'un infirmier personnel autorisé pendant *vos* séjour à l'*hôpital*; location ou achat (s'il est moins coûteux) d'un lit d'*hôpital*, d'un fauteuil roulant, de béquilles, d'appareils orthopédiques et autres appareils médicaux; tests effectués afin de diagnostiquer ou de préciser *vos* problème, et médicaments qui *vous* sont prescrits et sont délivrés uniquement sur ordonnance d'un *médecin* ou d'un dentiste. Les visites de suivi sont couvertes jusqu'à ce que le *médecin* traitant ou *nos* conseillers médicaux déclarent que l'*urgence* médicale est terminée.

## 2. Frais engagés pour recevoir des services

**paramédicaux** – *Traitement* donné par un chiropraticien, un ostéopathe, un acupuncteur, un physiothérapeute, un chiroprodiste (podologue) ou un podiatre autorisés, jusqu'à concurrence de 70 \$ par séance, sous réserve d'un maximum de 700 \$ par *blessure* couverte. Les soins et les services paramédicaux ne peuvent être fournis ni par *vous-même*, ni par un membre de *vostra famille immédiate*.

**3. Frais de transport en ambulance** – Frais *raisonnables et habituels* pour le service de transport local terrestre par ambulance autorisée à destination du fournisseur de soins médicaux approprié le plus près en cas d'*urgence*.

**4. Frais engagés pour un traitement dentaire d'urgence** – Si *vous* avez besoin d'un *traitement* dentaire d'*urgence*, nous payons :

- jusqu'à concurrence de 300 \$ pour le soulagement de douleurs dentaires; ou
- si *vous* recevez un coup accidentel à la bouche, jusqu'à concurrence de 4 000 \$ pour la restauration ou le remplacement de *vos* dents naturelles ou prothèses fixes permanentes.

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

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

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

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

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

- e coût supplémentaire d'un billet d'avion en classe économique, par l'itinéraire le plus économique;

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

**7. Frais supplémentaires pour les repas, l'hôtel, les appels téléphoniques et les taxis** – Si une *urgence* médicale *vous* empêche, *vous* ou *vostra compagnon de voyage*, de retourner à *vostra lieu de résidence* comme cela était initialement prévu ou si *vostra traitement* médical d'*urgence* ou celui de *vostra compagnon de voyage* exige *vostra* transfert ailleurs qu'à *vostra* destination initiale, nous *vous* remboursons, jusqu'à concurrence de 150 \$ par jour et sous réserve d'un plafond de 1 500 \$, *vos* frais supplémentaires d'hôtel et de repas, ainsi que *vos* frais d'appels téléphoniques et de taxi indispensables. Nous ne remboursons que les frais effectivement engagés.

**8. Frais de transport d'une personne devant rester à votre chevet** – Si *vous* voyagez seul et êtes admis dans un hôpital pour une durée de cinq (5) jours ou plus en raison d'une *urgence* médicale, nous payons, jusqu'à concurrence de 3 000 \$, le coût d'un billet d'avion aller-retour en classe économique, par l'itinéraire le plus économique, d'un membre de *vostra famille immédiate* ou d'un ami proche qui doit rester auprès de *vous*. Nous payons également, jusqu'à concurrence de 500 \$, ses frais d'hôtel et de repas. Cette personne est également couverte par la garantie Soins médicaux d'*urgence* que *vous* avez souscrite, jusqu'à ce que *vous* soyez, du point de vue médical, en état de retourner à *vostra lieu de résidence*.

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

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

**11. Frais de rapatriement de votre compagnon de voyage** – Si votre retour à votre lieu de résidence est effectué tel qu'il est mentionné au point 5 ou 6 ci-dessus, nous payons le coût supplémentaire d'un billet d'avion aller simple en classe économique, par l'itinéraire le plus économique, pour le retour de votre compagnon de voyage (qui voyageait avec vous au moment où est survenue votre urgence et qui est assuré au titre de notre régime d'assurance voyage) à son lieu de résidence.

**12. Frais accessoires d'hospitalisation** – Si vous êtes hospitalisé pendant plus de 72 heures, nous vous rembourserons jusqu'à 100 \$ par période de 24 heures, jusqu'à concurrence de 300 \$, pour les frais accessoires déboursés pour le téléphone et la location de téléviseur pendant votre hospitalisation, pourvu que les reçus originaux soient présentés.

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

### Ce qui n'est pas couvert par la garantie soins médicaux d'urgence

Nous ne payons ni les frais ni les prestations découlant directement ou indirectement des situations suivantes :

1. Toute maladie qui se manifeste au cours de la période d'attente même si les frais y afférents sont engagés après la période d'attente.

#### 2. Pour le Régime A

- a) un problème de santé, diagnostiqué ou non, qui existait ou pour lequel vous avez cherché à obtenir ou avez obtenu des conseils médicaux, une consultation médicale ou une investigation médicale, ou pour lequel un traitement a été requis ou recommandé par un médecin, dans les 180 jours précédant la date d'effet de l'assurance;
- b) une affection cardiaque si, dans les 180 jours qui précèdent la date d'effet de l'assurance, vous avez eu besoin d'une forme quelconque de nitroglycérine pour soulager des douleurs angineuses;
- c) une affection pulmonaire si, dans les 180 jours qui précèdent la date d'effet de l'assurance, vous avez eu besoin d'un traitement à l'oxygène ou à la prednisone - pour une affection pulmonaire. -

#### 3. Pour le Régime B –

- a) un problème de santé préexistant qui n'était pas stable dans les 180 jours qui précèdent la date d'effet de l'assurance;
- b) une affection cardiaque si, dans les 180 jours qui précèdent la date d'effet de l'assurance, vous avez eu

besoin d'une forme quelconque de nitroglycérine pour soulager des douleurs angineuses;

c) une affection pulmonaire si, dans les 180 jours qui précèdent la date d'effet de l'assurance, vous avez eu besoin d'un traitement à l'oxygène ou à la prednisone - pour une affection pulmonaire. -

4. Les frais liés à un problème de santé préexistant pour lequel vous avez été hospitalisé plus d'une fois ou pendant au moins 2 jours consécutifs dans les 12 mois qui précèdent la date d'effet de votre assurance.
5. Les frais couverts qui excèdent les frais raisonnables et habituels normalement exigés là où survient l'urgence médicale.
6. Les frais couverts qui excèdent le montant assuré maximal offert au titre du régime que vous avez souscrit.
7. Aucuns frais ne sont remboursés ou aucune prestation n'est versée si les renseignements fournis dans la proposition d'assurance ne sont pas véridiques et exacts ou si vous ne répondez pas aux critères d'admissibilité de cette couverture.
8. Les frais couverts qui excèdent 80 % de ceux que nous paierions normalement au titre de la présente assurance, si vous ne communiquez pas avec le Centre d'assistance dans les 24 heures suivant une hospitalisation, sauf si votre problème de santé vous empêche de téléphoner (dans ce cas, la quote-part de 20 % ne s'applique pas).
9. Tout traitement qui n'est pas un traitement d'urgence.
10. La poursuite du traitement d'un problème de santé lorsque vous avez déjà reçu un traitement d'urgence pour ce problème durant votre voyage, si nos conseillers médicaux établissent que l'urgence médicale a pris fin.
11. Imagerie par résonance magnétique (IRM), tomodensitogrammes, sonogrammes, échographies ou biopsies, cathétérisme cardiaque, angioplastie et/ou chirurgie cardiovasculaire incluant tout test diagnostique associé ou frais connexes, à moins que ceux-ci ne soient approuvés au préalable par le Centre d'assistance avant d'être pratiqués. Toutes les interventions chirurgicales requièrent l'autorisation du Centre d'assistance avant d'être pratiquées, sauf dans les cas extrêmes où l'intervention chirurgicale est pratiquée d'urgence immédiatement après l'admission à l'hôpital.
12. Un problème de santé :
  - lorsque vous saviez, avant de quitter votre lieu de résidence ou avant la date d'effet de l'assurance, que vous auriez besoin d'un traitement ou qu'il vous serait nécessaire de vous faire soigner pour ce problème de santé durant votre voyage; et/ou
  - pour lequel il était raisonnable d'escompter, avant de quitter votre lieu de résidence ou avant la date d'effet de la couverture, que vous auriez besoin d'un traitement au cours de votre voyage; et/ou
  - pour lequel une investigation future ou un traitement ultérieur était prévu avant même que vous quittiez votre lieu de résidence; et/ou
  - dont les symptômes auraient amené toute personne normalement prudente à se faire soigner dans les 3 mois



- précédant le départ du *lieu de résidence*; et/ou
- qui avait incité  *votre médecin*  à  *vous*  déconseiller d'entreprendre  *votre voyage* .
13. Les soins médicaux urgents et non urgents requis à la suite d'une  *blessure*  que  *vous*  avez subie durant une interruption de  *voyage*  sans résiliation de couverture ou à la suite d'une  *maladie*  qui est apparue ou a été traitée durant une telle interruption de  *voyage*  (point 13 de la section traitant de ce qui est couvert), ou après le nombre de jours permis pour votre  *voyage*  secondaire à l'extérieur du Canada.
  14. Une  *urgence*  attribuable à l'une des activités suivantes: alpinisme nécessitant l'utilisation d'un équipement spécialisé comme des mousquetons, des crampons, des piolets, des ancrages et du matériel d'ancrage pour l'ascension ou la descente; escalade; parachutisme, chute libre, deltaplane ou tout autre sport utilisant un appareil aéroporté; la participation à un concours de vitesse d'engins motorisés; ou  *votre*  participation professionnelle à un sport, la plongée libre ou la plongée autonome, lorsque ce sport ou cette plongée libre ou autonome est  *votre*  principale occupation rémunérée.
  15.  *Blessures*  auto-infligées, à moins qu'une attestation médicale établisse qu'elles sont reliées à une condition de santé mentale.
  16. La perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel.
  17. Le fait de ne pas suivre la thérapie ou le  *traitement*  recommandés ou prescrits.
  18. Les sinistres,  *blessures*  ou décès liés à l'ivresse, au mauvais usage, à l'usage abusif ou à une surdose de médicaments, de drogues, d'alcool ou d'autres substances intoxicantes, ou à la chimiodépendance à ceux-ci.
  19. Tout sinistre attribuable à vos troubles mentaux ou émotifs mineurs.
  20. a) Les soins prénatals courants que  *vous*  recevez; b)  *votre*  grossesse ou un accouchement; ou des complications de  *votre*  grossesse ou de l'accouchement survenant dans les 9 semaines précédant ou suivant la date prévue de l'accouchement; c) la naissance de  *votre*  enfant durant  *votre voyage* .
  21. Pour les  *enfants*  assurés âgés de moins de 2 ans, tout  *problème de santé*  lié à une déficience congénitale.
  22. Tout service devant être autorisé et coordonné préalablement par le Centre d'assistance, mais qui ne l'a pas été.
  23. Une  *urgence*  qui survient une première fois ou de nouveau après que  *nos*  conseillers médicaux  *vous*  ont recommandé de retourner à votre  *lieu de résidence*  après  *votre traitement d'urgence* , si  *vous*  décidez de ne pas le faire.
  24. Tout décès ou toute  *blessure*  alors que  *vous*  pilotez un aéronef, apprenez à piloter un aéronef ou agissez en tant que membre d'équipage d'un aéronef.
  25. Polices consécutives sans interruption de couverture et prolongations de couverture : tout  *problème de santé*  dont la première manifestation, le diagnostic ou le  *traitement*

ont lieu après la  *date de départ*  prévue, mais avant la  *date d'effet*  de la police suivante ou de la prolongation d'assurance.

26. Toute visite de suivi à l'extérieur du Canada lorsque l' *urgence*  s'est produite au Canada.
27. Toute  *blessure*  que  *vous*  subissez ou tout  *problème de santé*  dont  *vous*  souffrez ou que  *vous*  contractez dans un pays, une région ou une ville en particulier au sujet desquels le gouvernement du Canada a publié, avant  *votre*  départ, un avis aux voyageurs conseillant aux Canadiens d'éviter tout  *voyage*  ou d'éviter tout  *voyage*  non essentiel dans ce pays, cette région ou cette ville. Au titre de la présente exclusion, «  *problème de santé*  » est limité, lié ou attribuable à la raison invoquée dans l'avis aux voyageurs.
28. Un  *fait de guerre*  ou un  *acte terroriste* .

**Si  *vous*  présentez une demande de règlement au titre de la présente garantie,  *nous*  aurons besoin des documents suivants :**

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

## Ce qui est Couvert par la Garantie Accident de Voyage

*Nous*  versons une prestation jusqu'à concurrence du montant maximal prévu dans le barème suivant en cas de décès ou pour la perte d'un membre ou de la vue résultant directement d'une  *blessure*  :

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

## Ce qui n'est pas couvert par la garantie accident de voyage

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

1. Alpinisme nécessitant l'utilisation d'un équipement spécialisé comme des mousquetons, des crampons, des piolets, des ancrages et du matériel d'ancrage pour l'ascension ou la descente; escalade; parachutisme, chute libre, deltaplane ou tout autre sport utilisant un appareil aéroporté; la participation à un concours de vitesse d'engins motorisés; ou *vo*tre participation professionnelle à un sport, la plongée libre ou la plongée autonome, lorsque ce sport ou cette plongée libre ou autonome est *vo*tre principale occupation rémunérée.
2. *Vos blessures* auto-infligées, à moins qu'une attestation médicale établisse qu'elles sont reliées à une condition de santé mentale.
3. Le fait de ne pas suivre la thérapie ou le *traitement* recommandés ou prescrits.
4. Les sinistres, *blessures* ou décès liés à l'ivresse, au mauvais usage, à l'usage abusif ou à une surdose de médicaments, de drogues, d'alcool ou d'autres substances intoxicantes, ou à la chimiodépendance à ceux-ci.
5. Tout sinistre attribuable à *vos* troubles mentaux ou émotifs mineurs.
6. Le pilotage ou l'apprentissage du pilotage d'un aéronef, ou *vo*tre service en tant que membre d'équipage d'un aéronef.
7. La perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel, par *vous* ou par *vo*tre bénéficiaire.
8. Une *maladie*, même si la cause immédiate de son apparition ou de sa réapparition est une *blessure*.
9. Un *fait de guerre* ou un *acte terroriste*.
10. Toute *blessure* que *vous* subissez ou tout *problème de santé* dont *vous* souffrez ou que *vous* contractez dans un pays, une région ou une ville en particulier au sujet desquels le gouvernement du Canada a publié, avant *vo*tre départ, un avis aux voyageurs conseillant aux Canadiens d'éviter tout *voyage* ou d'éviter tout *voyage* non essentiel dans ce pays, cette région ou cette ville. Au titre de la présente exclusion, « *problème de santé* » est limité, lié ou attribuable à la raison invoquée dans l'avis aux voyageurs.

## Les conditions suivantes s'appliquent aux demandes de règlement au titre de la garantie Accident de voyage :

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

## Ce qui est Couvert par la Garantie Facultative Interruption de Voyage

La garantie Interruption de *voyage* est une garantie facultative qui prévoit une couverture pour un seul *voyage*. Si *vo*tre *voyage* est interrompu en raison d'une situation couverte au titre de la présente garantie, nous payons, jusqu'à concurrence de 1 500 \$ pour une couverture individuelle ou jusqu'à concurrence de 5 000 \$ pour une couverture familiale, les frais suivants :

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

## Ce qui n'est pas couvert par la garantie facultative interruption de voyage

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

1. Un *problème de santé* lié à une situation couverte, si ce *problème de santé* n'était pas *stable* dans les trois (3) mois précédant la *date d'effet* de l'assurance.
2. Une situation qui, à *vo*tre connaissance ou à celle de *vo*tre *compagnon de voyage*, à la *date d'effet* de la présente assurance, ou encore selon toute probabilité raisonnable, pourrait éventuellement *vous* empêcher de terminer *vo*tre *voyage*.
3. Le *problème de santé* ou le décès d'une personne malade lorsque le but de *vo*tre *voyage* est de rendre visite à cette personne.
4. Des réservations de *voyage* pour lesquelles aucune prime n'a été payée avant que *vous* quittiez *vo*tre lieu de résidence.
5. Tout sinistre attribuable à *vos* troubles mentaux ou émotifs mineurs.

6. Vos blessures auto-infligées, à moins qu'une attestation médicale établisse qu'elles sont reliées à une condition de santé mentale.
7. La perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel.
8. Le fait de ne pas suivre la thérapie ou le *traitement* recommandés ou prescrits.
9. Les sinistres, *blessures* ou décès liés à l'ivresse, au mauvais usage, à l'usage abusif ou à une surdose de médicaments, de drogues, d'alcool ou d'autres substances intoxicantes, ou à la chimiodépendance à ceux-ci.
10. a). Des soins prénatals courants; b) une grossesse ou un accouchement, ou des complications de *vo*tre grossesse ou de *vo*tre accouchement survenant dans les 9 semaines précédant ou suivant la date prévue de l'accouchement; c) la naissance d'un enfant après que *vous* avez quitté *vo*tre lieu de résidence.
11. Un *problème de santé* :
  - lorsque *vous* saviez, avant de quitter *vo*tre lieu de résidence ou avant la *date d'effet* de l'assurance, que *vous* auriez besoin d'un *traitement* ou qu'il *vous* serait nécessaire de *vous* faire soigner pour ce *problème de santé* durant *vo*tre voyage; et/ou
  - pour lequel il était raisonnable d'escompter avant de quitter *vo*tre lieu de résidence que *vous* auriez besoin d'un *traitement* durant *vo*tre voyage; et/ou
  - pour lequel une investigation future ou un *traitement* ultérieur étaient prévus avant même que *vous* quittiez *vo*tre lieu de résidence; et/ou
  - dont les symptômes auraient amené toute personne normalement prudente à se faire soigner dans les trois (3) mois précédant le départ du lieu de résidence; et/ou
  - qui avait incité *vo*tre médecin à *vous* déconseiller d'entreprendre *vo*tre voyage.
12. Le défaut de tout fournisseur de services de *vo*yage, notamment un agent de *vo*yage, une agence de *vo*yage ou un courtier en voyages, de *vous* procurer les services qu'il s'est engagé par contrat à *vous* fournir.
13. Un *fait de guerre* ou un *acte terroriste*.

### Les conditions suivantes s'appliquent aux demandes de règlement au titre de la garantie Interruption de voyage :

1. *Vous* devez communiquer avec le Centre d'assistance immédiatement ou, au plus tard, le jour ouvrable suivant l'événement qui a causé l'interruption du *vo*yage. Si *vous* tardez à communiquer avec le Centre d'assistance, *vo*tre prestation sera limitée au montant non remboursable qui aurait été payable à la date à laquelle la situation à l'origine de la demande de règlement s'est produite.
2. *Nous* aurons besoin d'une preuve du motif de la demande, y compris un certificat médical rempli par le *médecin* traitant et expliquant pourquoi le *vo*yage n'a pu être effectué conformément aux réservations, et s'il y a lieu, *nous* aurons également besoin de ce qui suit :

- 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 *vo*yage que *vous* aviez payés d'avance et pour les frais supplémentaires d'hôtel, de repas, de taxi et de téléphone que *vous* avez pu engager;
- toute autre facture ou tout reçu à l'appui de *vo*tre demande; et
- le dossier médical intégral de toute personne dont l'état de santé ou le *problème de santé* constitue la raison de *vo*tre demande de règlement.

## Renseignements Complémentaires

La présente police est établie en fonction des renseignements fournis dans *vo*tre proposition (y compris le *questionnaire médical*, le cas échéant). Le contrat intégral que *vous* souscrivez auprès de *nous* est composé des éléments suivants : la présente police, *vo*tre proposition d'assurance (y compris le *questionnaire médical* dûment rempli, le cas échéant), l'*avis de confirmation* établi relativement à cette proposition et les modifications ou avenants établis pour prolonger ou compléter la couverture. La présente assurance est nulle et non avenue en cas de fraude, de tentative de fraude ou encore de dissimulation ou déclaration mensongère de *vo*tre part portant sur des faits importants dans *vo*tre proposition d'assurance ou *vo*tre demande de prolongation de couverture.

Le droit pour une personne de désigner des personnes à qui ou pour qui des sommes assurées seront payables est restreint.

**Nonobstant toutes les autres dispositions qu'elle contient, la présente police est assujettie aux dispositions générales des lois provinciales régissant les contrats d'assurance accidents et maladie en vigueur dans la province ou le territoire où est établie *vo*tre police.**

### 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. Au paiement de

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

Si la prime n'est pas suffisante pour couvrir toute la période de couverture choisie, *nous* facturons et percevons la portion impayée de la prime, ou écourtons la durée de la police en établissant un avenant écrit, si la portion impayée de la prime ne peut être perçue. La couverture ne prend pas effet si la prime n'est pas reçue, si un chèque n'est pas honoré pour quelque raison que ce soit, si la carte de crédit n'est pas valide ou s'il n'existe aucune preuve de *votre* paiement.

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

Les couvertures d'assurance décrites dans la présente police sont de type « second payeur ». Si *vous* bénéficiez d'autres régimes ou contrats d'assurance de responsabilité civile, d'assurance *maladie* de base ou complémentaire, collective ou individuelle, y compris tout régime d'assurance automobile privé, provincial ou territorial, couvrant *vos* frais d'hospitalisation, *vos* frais médicaux ou thérapeutiques, ou si *vous* avez toute autre assurance de responsabilité civile en vigueur concurremment à la présente couverture, les prestations payables au titre de la présente assurance s'appliquent uniquement aux frais engagés à l'extérieur de *votre lieu de résidence* qui sont en excédent des sommes assurées au titre de ces autres couvertures.

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

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

Si *vous* êtes 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. La somme maximale à laquelle *vous* avez droit correspond au montant le plus élevé stipulé pour la garantie en cause dans quelque police d'assurance que ce soit. Si *vous* êtes assuré au titre de plusieurs polices et si la couverture totale de toutes

les assurances accidents que *vous* détenez excède 50 000 \$, *notre* responsabilité totale ne peut dépasser ce montant. Toute assurance excédentaire est nulle et les primes payées pour cette assurance excédentaire sont remboursées.

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

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

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

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.

Si *vous* contestez *notre* décision relativement à *votre* demande de règlement, *vous* pouvez chercher à obtenir la résolution de *votre* dossier par voie judiciaire en vertu des lois applicables dans la province ou le territoire du Canada où le contrat a été établi.

Pour établir la validité d'une demande de règlement au titre de la présente police, *nous* pouvons *nous* procurer pour étude les dossiers médicaux de *votre* ou *vos* médecins traitants, y compris les dossiers du ou des 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 police, et *vous* devez collaborer avec *nous*. Si *vous* décédez, *nous* avons le droit d'exiger une autopsie, sauf si la loi l'interdit.

## **Définitions**

### **Voici la définition des mots écrits en italique.**

**Acte terroriste** – Toute activité donnant lieu à l'utilisation ou à la menace d'utilisation de la violence, à la perpétuation ou à la menace de perpétuation 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 ou
- de servir des objectifs politiques, sociaux, religieux ou économiques.

**Activités de la vie quotidienne** – Manger, prendre un bain, aller aux toilettes, changer de position (y compris se coucher et sortir du lit et s'asseoir sur une chaise et se relever) et s'habiller.

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

**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 délivrés par une compagnie aérienne, un agent de *voyage*, un voyageur, une agence de location, un croisiériste ou tout autre fournisseur de services de *voyage* ou d'hébergement auprès desquels *vous* avez fait des réservations pour *votre voyage*.

**Blessure** – Lésion corporelle soudaine qui résulte directement d'une cause d'origine externe et purement accidentelle. Au titre de la garantie Accident de vol et Accident de *voyage*, la *blessure* doit également résulter d'une cause indépendante d'une *maladie* ou d'une affection.

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

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

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

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

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

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

*Votre* couverture débute à la plus éloignée des dates suivantes :

- la *date d'effet* de l'assurance indiquée dans *votre avis de confirmation*; ou
- l'heure et la date de *votre* arrivée au Canada en provenance de *votre lieu de résidence*.

Si *vous* souscrivez *votre* assurance après *votre* arrivée au Canada, la *période d'attente* prévue s'applique à toutes les demandes de règlement que *vous* présentez au titre de cette assurance, sauf dans le cas d'une *blessure*.

Si la couverture est souscrite avant que *vous* quittiez *votre lieu de résidence* et que sa *date d'effet* correspond à la date et à l'heure où *vous* devez normalement arriver au Canada, *vous* serez également couvert durant *votre* vol direct vers le Canada, sans supplément de prime. Un vol direct peut comprendre une escale, à la condition que *vous* ne quittiez pas l'aéroport.

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

- la date à laquelle *vous* quittez le Canada pour retourner à *votre* lieu de résidence;
- la date à laquelle *votre* police expire, telle qu'elle est indiquée dans *votre* avis de confirmation; -
- la date à laquelle *vous* devenez un résident d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée, d'un foyer pour personnes âgées ou d'un autre établissement de soins de longue durée durant *votre* voyage;
- 365 jours après la *date d'effet* de *votre* assurance;
- le premier jour où *vous* êtes assuré au titre d'un *régime public d'assurance maladie*. Exception : Si *vous* êtes un visiteur au Canada détenant un permis de travail d'EIC, la présente police continuera à *vous* procurer les prestations admissibles qui ne sont pas couvertes par *votre régime public d'assurance maladie*.

Sans prime additionnelle, la couverture est comprise jusqu'à la date et l'heure de *votre* arrivée à *votre lieu de résidence* à la suite d'un vol direct et ininterrompu du Canada vers *votre lieu de résidence*, à condition que *vous* n'ayez pas l'intention de retourner au Canada pendant *votre* période de couverture au titre de la présente assurance. Un vol direct peut comprendre une escale, à la condition que *vous* ne quittiez pas l'aéroport.

**Enfant** – *Votre* fils ou *votre* fille, célibataire et à *votre* charge, qui *voyage* avec *vous* ou qui *vous* rejoint durant *votre* voyage, et

- qui est âgé d'au moins 30 jours mais moins de 21 ans; ou
- qui a une déficience physique ou mentale, peu importe son âge, et qui est dépendant de *votre* soutien.

**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, soeurs, demi-frères, demi-soeurs, tantes, oncles, nièces, neveux ou cousins.

**Hôpital** – *Hôpital* agréé où les malades hospitalisés reçoivent des services médicaux, diagnostiques et chirurgicaux sous la surveillance d'une équipe de médecins et des soins prodigués en permanence par du personnel infirmier autorisé.

Sont exclus les cliniques, établissements de soins palliatifs ou de longue durée, centres de réadaptation, centres de désintoxication, maisons de convalescence et de repos, centres d'hébergement et de soins de longue durée, foyers pour personnes âgées ou établissements de cure.

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

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

**Médecin** – Docteur en *médecine* dûment autorisé à pratiquer sa profession dans le territoire où il l'exerce et qui donne des soins médicaux dans le cadre de son domaine de compétence attesté. Il ne peut s'agir de *vous-même* ni d'un membre de *votre famille immédiate*.

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

**Période d'attente** – Période de 48 heures à compter de la *date d'effet* de *votre* assurance si *vous* souscrivez *votre* police :

- après la *date d'expiration* d'une police Visiteurs au Canada de Manuvie existante; ou
- après que *vous* arrivez au Canada.

La *période d'attente* sera annulée si *vous* avez souscrit la présente police avant la *date d'expiration* d'une police Visiteurs au Canada existante que *nous* avons déjà établie, et que la nouvelle police doit prendre effet le lendemain de la date d'expiration, pourvu que le montant de couverture n'ait pas augmenté et que le régime sélectionné n'ait pas été modifié.

**Problème de santé** – *Blessure, maladie*, affection ou symptômes, ou complications de la grossesse durant les 31 premières semaines de grossesse.

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

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

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

**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 *stable* si :

- aucun nouveau symptôme ne s'est manifesté;
- les symptômes existants ne sont ni plus fréquents ni plus marqués;
- aucun *médecin* n'a établi que le *problème de santé* s'était aggravé;
- aucun résultat de test n'indique une aggravation possible du *problème de santé*;

- aucun *médecin* n'a fourni, prescrit ou recommandé un nouveau médicament, ni prescrit ou recommandé un *changement de médication*;
- aucun *médecin* n'a prescrit ou recommandé des tests exploratoires ou un nouveau *traitement*, ni recommandé que le *traitement* soit modifié, ni rédigé une ordonnance à cet effet;
- aucune admission dans un *hôpital* ou une clinique spécialisée n'a été requise;
- aucun *médecin* n'a conseillé qu'un spécialiste soit consulté ni que de nouveaux tests soient effectués, et aucun test, pour lequel les résultats n'ont pas encore été communiqués, n'a été fait.

**Traitement** – Hospitalisation, prescription de médicaments (incluant ceux à prendre au besoin), actes de nature médicale, thérapeutique, diagnostique ou chirurgicale prescrits, accomplis ou recommandés par un praticien autorisé. 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** – Moyen de transport (autocar, taxi, train, bateau, avion ou autre véhicule) exploité en vertu d'un permis de transport de passagers payants, et conçu et utilisé essentiellement à cette fin.

**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** – *Maladie* ou *blessure* imprévue qui exige un *traitement* immédiat. Une *urgence* cesse d'exister lorsque le Centre d'assistance établit que la personne est en état de retourner dans sa province, son territoire de résidence ou son pays de résidence permanente, ou de poursuivre son *voyage*.

**Vous, votre, vos** – La personne désignée comme l'assuré 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* et la date d'expiration de *votre* assurance.

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

## Avis sur la vie Privée

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

**En cas d'urgence, Communiquez Immédiatement Avec le Centre d'assistance :**

**1 877 878-0142**

sans frais, du Canada et des États-Unis.

**+1 519 251-5166**

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

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

**Numéros de Téléphone Importants :**

Pour obtenir de l'information sur la couverture ou des renseignements généraux, ou pour demander une prolongation de couverture ou un remboursement de prime, communiquez avec le Centre de service à la clientèle au numéro indiqué sur votre avis de confirmation. Pour présenter une demande de règlement ou en savoir plus sur une demande déjà soumise, composez le

**1 877 878-0142 ou le +1 519 251-5166.**

Toute correspondance 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

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 St. Waterloo, Waterloo, ON N2J 4B8.

AT0147F 11/19 190220