

# Assurance voyage Scotia

Soins médicaux d'urgence  
pour les Canadiens.

Entrée en vigueur : décembre 2018

Régimes établis par  
La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers

# ASSURANCE VOYAGE SCOTIA<sup>MD</sup> SOINS MÉDICAUX D'URGENCE POUR LES CANADIENS

Entrée en vigueur : décembre 2018

Des formats accessibles et des aides à la communication sont offerts sur demande. Rendez-vous à l'adresse **Manuvie.com/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 couverture, 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 rubrique Annulation et remboursement du présent certificat.



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

Connaissez votre état de santé • Connaissez votre voyage  
Connaissez votre police • Connaissez vos droits

Pour en savoir plus, visitez le

[https://www.thiaonline.com/Travel\\_Insurance\\_Bill\\_of\\_Rights\\_of\\_Responsibilities\\_Fr.html](https://www.thiaonline.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
Couverture familiale .....	4
Régimes Voyages multiples .....	4
6. SERVICES DE CONCIERGERIE MÉDICALE .....	5
7. GARANTIE .....	5
Ce qui est couvert par la garantie Soins médicaux d'urgence .....	5
8. EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS .....	7
Ce qui n'est pas couvert par la garantie Soins médicaux d'urgence .....	7
9. PROTECTION EN CAS D'ACTES TERRORISTES .....	8
10. CE QUE VOUS DEVEZ ÉGALEMENT SAVOIR .....	8
Comment cette assurance est-elle coordonnée avec les autres couvertures que vous pourriez avoir? .....	9
11. PRÉSENTATION D'UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT .....	9
12. CONDITIONS LÉGALES .....	10
13. DÉFINITIONS .....	10
14. AVIS SUR LA VIE PRIVÉE .....	12

## SECTION 1 – AVIS IMPORTANT

### VEUILLEZ LIRE VOTRE CERTIFICAT 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 certificat avant de partir en voyage, car votre couverture peut faire l'objet de certaines restrictions ou exclusions.
- Il se peut que votre certificat 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 certificat et l'importance que peuvent avoir à cet égard la date de votre départ, ainsi que les dates de souscription et d'effet de l'assurance.
- Advenant un accident, une blessure ou une maladie, vos antécédents médicaux pourraient être examinés dans le cadre d'une demande de règlement.
- Si votre certificat 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 certificat peuvent être limitées.

**Le présent certificat 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 » du présent certificat pour en connaître le sens.

## SECTION 2 – IDENTIFICATION DE L'ASSUREUR

Le présent contrat est établi par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie). 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 du présent contrat.

Le présent document renferme, en plus de l'*avis de confirmation*, les conditions de l'assurance au titre du contrat collectif n° S985092011 que nous avons établi pour La Banque de Nouvelle-Écosse.

En cas de divergence entre le certificat d'assurance et les dispositions du contrat collectif, le contrat collectif a préséance, sauf pour le Québec où vous pouvez invoquer l'un ou l'autre.

Vous pouvez également obtenir sur demande et moyennant un préavis raisonnable une copie du contrat d'assurance collective, à l'exclusion des parties comportant des renseignements confidentiels ou sans rapport avec une demande de règlement ou le refus d'une demande de règlement.

## SECTION 3 – EN CAS D'URGENCE

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

**1 877 372-2988, sans frais, des États-Unis et du Canada.  
+1 519 251-7840, 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.**

Veillez 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 du présent certificat. 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.

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).

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

## SECTION 4 – ADMISSIBILITÉ

**Pour être admissible au régime Soins médicaux d'urgence, vous devez, à la date de votre demande d'assurance et à la date d'effet :**

- résider au Canada et être couvert par un *régime public d'assurance maladie* pour toute la durée de *votre voyage*;
- être *âgé* d'au moins trente (30) jours;
- ne pas avoir été déconseillé par un *médecin* de voyager actuellement;
- ne pas avoir une *maladie* en phase terminale ou ne pas avoir un cancer métastatique;
- ne pas avoir besoin de dialyse rénale;
- ne pas avoir utilisé d'oxygène à domicile, ni s'en être fait prescrire, au cours des douze (12) derniers mois;
- n'avoir jamais reçu de greffe de moelle osseuse, de cellules souches ou d'organe (sauf une greffe de cornée).

## SECTION 5 – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

### CONVENTION D'ASSURANCE

**En contrepartie de la proposition d'assurance pour laquelle vous répondez aux critères d'admissibilité et avez payé la prime appropriée, nous paierons, jusqu'à concurrence de 10 millions \$ CA par personne assurée, les frais raisonnables et habituels engagés par vous (moins toute franchise applicable) par suite d'une *urgence* survenant lorsque vous êtes en voyage à l'extérieur de *votre* province ou territoire de résidence, au titre des garanties stipulées dans le présent document, sous réserve des conditions, limitations, exclusions et autres dispositions, dont le montant est en excédent des frais remboursables au titre de tout régime collectif, individuel, privé ou public ou contrat d'assurance, y compris un contrat d'assurance automobile et *votre régime public d'assurance maladie* de *votre* province ou territoire du Canada. Certaines prestations doivent être approuvées d'avance par *notre* Centre d'assistance. Sauf indication contraire, toutes les sommes mentionnées dans le présent certificat sont en dollars canadiens. Les frais que nous ne couvrons pas sont à *votre* charge.**

La couverture au titre du contrat 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 certificat, *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.

Ce certificat procure une couverture de soins médicaux d'urgence pour :

- un régime Voyage unique pour les voyages à l'extérieur de votre province de résidence ou du Canada;
- un régime Voyages multiples pour un nombre illimité de voyages effectués dans une (1) même année, à partir de la *date d'effet* pour la durée du voyage indiquée dans votre avis de confirmation.

### DÉBUT DE VOTRE COUVERTURE

Pour les régimes Voyages multiples, la garantie Soins médicaux d'urgence débute toute date à laquelle vous quittez votre province ou votre territoire de résidence et toute date à laquelle vous quittez le Canada à la *date d'effet* indiquée dans votre avis de confirmation ou après.

Pour les régimes Voyage unique, la couverture débute à la plus éloignée des dates suivantes :

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

### FIN DE VOTRE COUVERTURE

Pour les régimes Voyages multiples, la couverture Soins médicaux d'urgence prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- date de retour à votre lieu de résidence;
- *date d'expiration* indiquée dans votre avis de confirmation;
- dans le cas des voyages effectués à l'extérieur du Canada, la date à laquelle s'est écoulé le nombre maximal de jours de voyage permis pour chaque voyage, lequel est indiqué dans votre avis de confirmation.

Pour le régime Soins médicaux d'urgence – Voyage unique, la couverture prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

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

Pour le régime Soins médicaux d'urgence – Voyage unique au Canada, la couverture prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- date de retour à votre lieu de résidence;
- *date d'expiration* indiquée dans votre avis de confirmation;
- date à laquelle vous quittez le Canada.

### PROLONGATION D'OFFICE

Votre couverture Soins médicaux d'urgence 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 empêche 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 jusqu'à ce que, à notre avis, votre état soit stable et vous permette 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 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 empêche 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 couverture, avant la *date d'expiration* de votre couverture existante, il vous suffit d'appeler le Service à la clientèle au 1 877 421-0157. Vous pourrez peut-être prolonger votre couverture sous réserve des conditions suivantes :

- la durée totale de votre voyage à l'étranger, y compris la prolongation, n'excède pas le nombre maximal de jours permis par votre régime public d'assurance maladie;

- vous payez la prime additionnelle exigée; et
- vous n'avez pas vécu une situation qui a fait ou pourrait faire l'objet d'une demande de règlement au titre du certificat et votre état de santé n'a pas changé.

Toute demande de prolongation de couverture est soumise à approbation. 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 pour la première fois.

### ANNULATION ET REMBOURSEMENT

- Vous pouvez annuler votre certificat avant votre date de départ (la date d'effet de votre garantie si vous avez souscrit un régime Voyages multiples Soins médicaux d'urgence).
- Si vous retournez à votre lieu de résidence plus tôt que prévu, vous pouvez demander un remboursement de prime (minimum de 25 \$) pour les jours de couverture non utilisés au titre du régime Voyage unique – Soins médicaux d'urgence, à condition qu'aucun sinistre n'ait été ou ne sera signalé ni ne fera l'objet d'une demande de règlement, que vous n'ayez reçu aucun service d'assistance et que vous nous ayez posté une demande écrite accompagnée d'une preuve attestant la date réelle de votre retour à votre lieu de résidence.
- Pour qu'un remboursement puisse être accordé, tous les voyageurs assurés au titre du même certificat doivent retourner ensemble à leur lieu de résidence.

Aucun remboursement n'est accordé et aucune annulation n'est permise pour les régimes Voyages multiples.

### COUVERTURE FAMILIALE

Si vous avez souscrit une couverture familiale à l'égard d'un régime Soins médicaux d'urgence, tous les membres de la famille doivent être désignés dans votre avis de confirmation et doivent être âgés de moins de soixante (60) ans et d'au moins trente (30) jours. La couverture familiale peut s'appliquer :

- i) à un proposant (parent ou grand-parent) voyageant avec ses enfants ou petits-enfants;
- ii) au proposant, au conjoint et aux enfants ou petits-enfants;
- iii) à trois générations d'une même famille (grands-parents, parents et leurs enfants). Les dates d'effet et d'expiration de la couverture doivent être les mêmes pour tous les membres de la famille. Les réductions de taux offertes pour la couverture familiale et le compagnon de voyage ne peuvent pas être combinées.

### RÉGIMES VOYAGES MULTIPLES

- Ces régimes vous procurent une couverture pour un nombre illimité de voyages effectués dans une (1) même année, à partir de la *date d'effet* indiquée dans votre avis de confirmation.
- Tous les régimes Voyages multiples vous offrent une couverture Soins médicaux d'urgence pour un nombre illimité de jours de voyages effectués au Canada, mais à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence.
- La durée de chaque voyage effectué à l'étranger ne peut pas excéder le nombre maximal de jours que vous avez choisi lors de la souscription de votre régime Voyages multiples, à compter du premier jour de votre départ du Canada.
- Pour qu'un voyage soit couvert au titre des garanties de l'Assurance voyage Scotia, il doit débiter à la *date d'effet* de votre garantie ou à une date ultérieure et prendre fin à la *date d'expiration* indiquée dans votre avis de confirmation de couverture ou à une date antérieure.
- Vous pouvez souscrire un Complément d'assurance pour les voyages plus longs que la durée maximale choisie ou encore si votre voyage se prolonge après la *date d'expiration* de votre régime Voyages multiples, laquelle est indiquée dans votre avis de confirmation.

Si vous présentez une demande de règlement, vous devrez fournir une preuve attestant la date de départ et la date de retour. Cette preuve peut être votre billet d'avion, billet de train, passeport estampillé, et/ou relevé de carte de crédit ou relevé bancaire précisant les achats que vous avez faits au Canada juste avant la date de départ.

## Complément d'assurance au titre des régimes Voyages multiples Soins médicaux d'urgence :

Si votre voyage :

- excède le nombre maximal de jours de couverture prévu par votre régime; ou
- doit se poursuivre après la *date d'expiration* indiquée dans votre *avis de confirmation*,

vous pouvez :

- soit souscrire un complément d'assurance pour les jours additionnels requis avant la *date d'expiration* de votre régime Voyages multiples;
- soit souscrire un nouveau régime Voyages multiples Soins médicaux d'urgence, sans interruption de couverture, à condition que la durée totale du voyage n'excède pas la durée maximale que vous avez choisie.

Si votre régime Voyages multiples n'est pas établi par Manuvie, il vous incombe de vérifier si votre régime d'assurance existant peut être complété par un autre régime sans perte de couverture.

Si vous souscrivez un Complément d'assurance, vous devrez peut-être répondre à des questions sur votre état de santé.

## SECTION 6 – SERVICES DE CONCIERGERIE MÉDICALE

L'Assurance voyage Scotia est heureuse de vous offrir des services de conciergerie médicale à valeur ajoutée.

### StandbyMD offre les services suivants :

- quelle que soit votre destination, accès par téléphone à un *médecin* dûment autorisé en mesure d'évaluer vos symptômes et d'offrir des options de traitement;
- dans 86 pays et plus de 4 000 villes, accès à un réseau de médecins qui peuvent faire des consultations à domicile.

De plus, si vous voyagez aux États-Unis, StandbyMD vous offre les services suivants :

- service de coordination le jour même et livraison des médicaments d'entretien sur ordonnance, des verres correcteurs, des lentilles cornéennes et des fournitures médicales, perdus ou oubliés;
- service de recommandation de médecins spécialistes, de chiropraticiens, de dentistes, de cliniques sans rendez-vous, de cliniques d'urgence ou d'hôpitaux (plus de 50 000) aux fins d'évaluation et de traitement;
- coordination par un médecin de l'envoi en salle d'urgence et, si possible dans certaines villes, assistance du médecin pour permettre un traitement rapide en salle d'urgence.

**Comment fonctionne le programme?** Le programme StandbyMD prévoit la coordination du paiement des frais admissibles conformément aux dispositions contractuelles. Pour bénéficier des services offerts, vous n'avez qu'à communiquer avec le Centre d'assistance en composant les numéros de téléphone indiqués sur la carte d'assurance. Les services de conciergerie médicale sont fournis par StandbyMD.

**Avis d'exonération et de limitation de responsabilité :** StandbyMD n'est pas un fournisseur de soins médicaux. Les fournisseurs de soins médicaux auxquels StandbyMD fait appel ne sont ni ses employés, ni des mandataires et ne sont aucunement affiliés à StandbyMD, si ce n'est qu'ils acceptent des recommandations de StandbyMD. StandbyMD n'a aucun contrôle, réel ou implicite, sur l'avis médical des fournisseurs de soins médicaux participants, ni sur leurs actions ou inactions. En fournissant son service de recommandation au titre du présent certificat, StandbyMD n'assume aucune responsabilité quant à la disponibilité, la qualité et les résultats ou les conséquences de tout traitement ou service. Les titulaires du certificat renoncent à leurs droits de poursuivre en justice StandbyMD et toute personne associée à StandbyMD\* pour toute réclamation, action, cause d'action et poursuite de quelque nature et pour quelque montant que ce soit,

décollant directement ou indirectement des services de conciergerie médicale offerts par StandbyMD. La seule responsabilité de StandbyMD à l'égard des services de conciergerie médicale, s'il y a lieu, se limite à la somme versée aux fournisseurs de soins médicaux participants pour les services obtenus par un titulaire du certificat à la suite d'une recommandation de StandbyMD.

\* Le terme « personne associée » s'entend des dirigeants, sociétés mères, compagnies-successeurs et ayants cause de StandbyMD.

## SECTION 7 – GARANTIE SOINS MÉDICAUX D'URGENCE

### Ce qui est couvert par la garantie Soins médicaux d'urgence

La garantie Soins médicaux d'urgence couvre, jusqu'à concurrence de 10 000 000 \$ CA, les frais couverts que vous engagez pour recevoir un *traitement* dont vous avez besoin durant votre voyage si, après avoir quitté votre lieu de résidence, une *urgence* médicale survient de façon imprévue, à condition toutefois que ces frais excèdent tout montant couvert par votre régime public d'assurance maladie ou tout autre régime d'assurance. Le *traitement* doit être nécessaire dans le cadre de votre *traitement d'urgence*.

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

### Nous ne couvrons les frais relatifs aux points 5 à 13 et 18 que s'ils ont été autorisés et coordonnés par le Centre d'assistance.

Les frais couverts et les prestations sont soumis aux plafonds, exclusions et restrictions stipulés dans le certificat, ainsi qu'au montant de votre franchise : le montant des frais couverts que vous devez payer par personne pour chaque demande de règlement pour soins médicaux d'urgence. Votre franchise en dollars canadiens s'applique au montant qu'il reste une fois que les frais couverts par votre régime public d'assurance maladie ont été payés. La franchise est précisée dans votre *avis de confirmation*.

Les frais couverts admissibles sont les suivants :

- 1. Frais engagés pour recevoir un traitement d'urgence** – Frais raisonnables et habituels pour recevoir des soins médicaux d'un médecin dans un hôpital ou à l'extérieur d'un hôpital, coût d'une chambre à deux lits dans un hôpital (ou une unité de soins intensifs ou coronariens, si cela s'avère nécessaire du point de vue médical), services d'un infirmier personnel autorisé pendant votre séjour à l'hôpital, location ou achat (s'il est moins coûteux) d'un lit d'hôpital, d'un fauteuil roulant, de béquilles, d'appareils orthopédiques et d'autres appareils médicaux, tests effectués afin de diagnostiquer ou de préciser votre problème, et médicaments qui vous sont prescrits et qui sont délivrés uniquement sur ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste.
- 2. Frais engagés pour recevoir des services paramédicaux** – Soins donnés par un chiropraticien, ostéopathe, physiothérapeute, chiropodiste (podologue) ou podiatre autorisés, jusqu'à concurrence de 70 \$ par séance, sous réserve d'un maximum de 700 \$ par blessure couverte.
- 3. Frais de transport en ambulance** – Frais raisonnables et habituels pour le service de transport local 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; et/ou
  - si vous recevez un coup accidentel à la bouche, nous payons, jusqu'à concurrence de 3 000 \$, les frais raisonnables et habituels de restauration ou de remplacement de vos dents naturelles ou prothèses fixes permanentes (jusqu'à 1 500 \$ durant votre voyage et jusqu'à 1 500 \$ après votre retour à votre lieu de résidence, pour poursuivre le traitement dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant l'accident).

**5. Frais de transport d'une personne devant rester à votre chevet –**

Si vous voyagez seul et êtes admis dans un *hôpital* pendant une période de trois (3) jours ou plus en raison d'une *urgence* médicale, nous payons le coût d'un billet d'*avion* aller-retour en classe économique, par l'itinéraire le plus économique, de la personne qui doit rester auprès de vous. Nous payons également, jusqu'à concurrence de 1 000 \$, ses frais d'hôtel et de repas. Cette personne est également couverte par la garantie Soins médicaux d'urgence aux termes des mêmes conditions et restrictions que celles énoncées dans le présent certificat, jusqu'à ce que vous soyez, du point de vue médical, en état de retourner à votre lieu de résidence. Dans le cas d'un enfant assuré au titre de ce certificat, la couverture est offerte dès son admission à l'*hôpital*.

**6. Frais supplémentaires pour les repas, l'hôtel et les taxis –** Si une *urgence* médicale vous empêche, vous ou votre compagnon de voyage, de retourner à votre lieu de résidence comme cela était initialement prévu, ou si votre traitement médical d'urgence ou celui de votre compagnon de voyage exige votre transfert ailleurs qu'à votre destination initiale, nous vous remboursons, jusqu'à concurrence de 200 \$ par jour sous réserve d'un plafond de 2 000 \$, vos frais supplémentaires d'hôtel, de repas et de taxi. Nous ne remboursons que les frais que vous avez effectivement engagés.

**7. Frais consécutifs à votre décès –** Si vous décédez durant votre voyage des suites d'une *urgence* couverte par la présente garantie, 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 transport de vos cendres à votre lieu de résidence.

De plus, si quelqu'un est légalement tenu d'identifier votre 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 le présent certificat pour une durée maximale de soixante-douze (72) heures.

**8. Frais de rapatriement jusqu'à votre lieu de résidence –** Si votre médecin traitant vous recommande de retourner à votre lieu de résidence plus tôt que prévu en raison d'une *urgence* ou si nos conseillers médicaux vous recommandent de retourner à votre lieu de résidence après votre *urgence*, nous payons les frais engagés dans un ou plusieurs des cas suivants :

- le coût supplémentaire d'un billet d'*avion* en classe économique, par l'itinéraire le plus économique; et/ou
- le coût d'un 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; et/ou
- le coût d'un billet d'*avion* aller-retour en classe économique, par l'itinéraire le plus économique, d'un accompagnateur médical qualifié, ainsi que les honoraires et frais raisonnables que celui-ci exige, lorsque sa présence est nécessaire du point de vue médical ou exigée par la compagnie aérienne; et/ou
- le coût du transport par ambulance aérienne s'il est nécessaire du point de vue médical.

**9. Retour des bagages –** Les frais de retour de vos bagages excédentaires sont couverts jusqu'à concurrence de 300 \$, sous réserve de l'approbation préalable du Centre d'assistance. Les frais sont remboursables si le retour à votre lieu de résidence est effectué tel que mentionné au point 7 ou 8.

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

**11. Frais de garde d'enfants –** Nous remboursons les frais de garde jusqu'à concurrence de 75 \$ par jour et sous réserve d'un maximum de 500 \$ si vous devez engager ces frais pendant votre voyage pour vos enfants qui voyagent avec vous et demeurent à votre destination pendant votre hospitalisation au cours de votre voyage. L'original des reçus du fournisseur des services de garde professionnels doit être fourni et ce fournisseur ne doit pas être un membre de votre famille immédiate ou votre compagnon de voyage.

**12. Frais de rapatriement de votre compagnon de voyage –** Si votre retour à votre lieu de résidence est effectué tel que mentionné au point 7 ou 8 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.

**13. Frais de transport de votre véhicule jusqu'à votre lieu de résidence –** Si, à la suite d'une *urgence* médicale, vous êtes dans l'incapacité de conduire le véhicule que vous avez utilisé durant votre voyage, nous couvrons, à concurrence de 3 000 \$, les frais exigés par une agence commerciale pour ramener votre véhicule à votre lieu de résidence. Si vous avez loué un véhicule durant votre voyage, nous couvrons les frais de retour à l'agence de location.

**14. Frais accessoires d'hospitalisation –** En cas d'hospitalisation d'une durée de 48 heures ou plus en raison d'une *maladie* ou d'une *blesse* survenue au cours de votre voyage, nous vous rembourserons 50 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 300 \$ par certificat, pour vos frais accessoires (téléphone, stationnement et téléviseur), pourvu que les reçus originaux soient présentés.

**15. Frais d'appels téléphoniques –** Nous remboursons les frais d'appels vers et à partir du Centre d'assistance concernant votre *urgence* médicale. Vous devez fournir les reçus ou d'autres pièces justificatives raisonnables faisant état du coût des appels et du nombre d'appels effectués ou reçus pendant votre voyage.

**16. Retour des animaux de compagnie –** Si votre chien ou votre chat vous accompagne durant votre voyage et que votre retour au Canada est effectué tel que mentionné au point 7 ou 8, nous remboursons le coût du transport aller simple, jusqu'à concurrence de 500 \$, pour le retour de votre chien ou de votre chat au Canada.

**17. Interruption de voyage sans résiliation de couverture –** Pour les régimes Voyage unique, vous pouvez revenir dans votre province ou territoire de résidence sans que votre couverture prenne fin. Vous n'êtes pas couvert au titre de ce régime dans votre province ou votre territoire de résidence. Aucun remboursement de prime n'est accordé pour les jours passés dans votre province ou votre territoire de résidence. Si votre état de santé change durant l'interruption de voyage sans résiliation de couverture, vous devez en aviser le Centre d'assistance avant de quitter votre province ou territoire de résidence pour vérifier si la couverture continuera de s'appliquer.

**18. Retour à la destination** – Si  *votre* retour dans  *votre* province ou territoire de résidence est effectué tel que mentionné au point 8, « Frais de rapatriement jusqu'à  *votre lieu de résidence*  », et que le  *médecin*  traitant détermine que le  *traitement*  reçu au Canada a résolu l' *urgence*  et qu'aucun autre  *traitement*  n'est nécessaire,  *nous vous* rembourserons, à concurrence de 5 000 \$, le coût supplémentaire d'un billet aller simple en classe économique pour  *vous*  et un  *compagnon de voyage*  assuré pour retourner à  *votre* destination. Cette garantie est applicable uniquement si le retour à la destination a lieu dans les dates prévues du  *voyage*  et que le Centre d'assistance approuve  *votre*  retour en vertu de  *votre*  certificat existant. La réapparition ou la complication de l'affection ayant causé  *votre*  retour dans  *votre*  province ou territoire de résidence n'est pas couverte en vertu du présent certificat.

## SECTION 8 – EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS

### 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. Un problème de santé préexistant.** L'exclusion pour  *problèmes de santé préexistants*  qui s'applique à  *vous*  dépend de la catégorie de taux à laquelle  *vous*  êtes admissible lorsque  *vous*  souscrivez ce contrat. Veuillez  *vous*  reporter à la rubrique « Définitions » à la fin du présent contrat afin de savoir ce que signifient les termes «  *problème de santé préexistant*  » et «  *stable*  ».

**REMARQUE :** Dans le cas du régime Soins médicaux d'urgence – Voyage unique au Canada, aucune exclusion relative aux  *problèmes de santé préexistants*  ne s'applique.

**Catégorie de taux A** –  *Nous* ne payons aucuns frais liés à ce qui suit :

- un  *problème de santé préexistant*  qui n'était pas  *stable*  au cours des trois (3) mois précédant la  *date d'effet*  de  *votre*  garantie; et/ou
- *votre*  affection cardiaque si, au cours des trois (3) mois précédant la  *date d'effet*  de  *votre*  garantie, cette affection ou toute autre affection cardiaque n'était pas  *stable*  ou  *vous*  avez pris une forme quelconque de nitroglycérine pour soulager des douleurs angineuses; et/ou
- *votre*  affection pulmonaire si, au cours des trois (3) mois précédant la  *date d'effet*  de  *votre*  garantie, cette affection ou toute autre affection pulmonaire n'était pas  *stable*  ou a nécessité un  *traitement*  à l'oxygène ou à la prednisone.

**Catégorie de taux B et Catégorie de taux C** –  *Nous* ne payons aucuns frais liés à ce qui suit :

- un  *problème de santé préexistant*  qui n'était pas  *stable*  au cours des six (6) mois précédant la  *date d'effet*  de  *votre*  garantie; et/ou
  - *votre*  affection cardiaque si, au cours des six (6) mois précédant la  *date d'effet*  de  *votre*  garantie, cette affection ou toute autre affection cardiaque n'était pas  *stable*  ou  *vous*  avez pris une forme quelconque de nitroglycérine pour soulager des douleurs angineuses; et/ou
  - *votre*  affection pulmonaire si, au cours des six (6) mois précédant la  *date d'effet*  de  *votre*  garantie, cette affection ou toute autre affection pulmonaire n'était pas  *stable*  ou a nécessité un  *traitement*  à l'oxygène ou à la prednisone.
2. Les frais couverts qui excèdent les frais  *raisonnables et habituels*  normalement exigés là où survient l' *urgence*  médicale.
3. Toute  *urgence*  si, avant la date de souscription de l'assurance,  *vous*  n'aviez pas rempli toutes les conditions d'admissibilité ou  *vous*  n'aviez pas répondu honnêtement et exactement à toutes les questions du  *questionnaire médical*  (le cas échéant).
4. Les frais couverts qui excèdent 80 % de ceux que  *nous*  rembourserions normalement si  *vous*  ou une personne agissant en  *votre*  nom ne communiquez pas avec le Centre d'assistance lorsque survient l' *urgence* .

5. Imagerie par résonance magnétique (IRM), tomodensitogrammes, sonogrammes, échographies ou biopsies, cathétérisme cardiaque, angioplastie et/ou chirurgie cardiovasculaire incluant tout test diagnostic 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* .
6. Tout  *traitement*  non  *urgent* , toute investigation ou tout  *traitement*  facultatif comme une chirurgie esthétique, un  *traitement*  de  *maladie*  chronique, ou la réadaptation, ainsi que toute complication connexe directe ou indirecte.
7. 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  *votre urgence*  médicale a pris fin.
8. Un  *problème de santé*  :
- lorsque  *vous*  saviez ou lorsqu'il était raisonnable d'escompter, avant de quitter  *votre lieu de résidence* , ou avant la  *date d'effet*  de  *votre*  garantie, que  *vous*  auriez besoin d'un  *traitement*  ou devriez  *vous*  faire soigner pour ce  *problème de santé* ; et/ou
  - pour lequel il avait été prévu qu'il y ait une investigation future ou un  *traitement*  ultérieur 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 trois (3) mois précédant le départ du  *lieu de résidence* ; et/ou
  - qui avait incité  *votre médecin*  à  *vous*  déconseiller de voyager.
9. 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.
10. Un  *traitement* , si  *vous*  avez souscrit cette garantie dans le but précis de recevoir un tel  *traitement* , que celui-ci ait été autorisé par un  *médecin*  ou non.
11. Vos blessures auto-infligées, à moins qu'une attestation médicale établisse qu'elles sont reliées à une condition de santé mentale.
12. La perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel.
13. Le fait de ne pas suivre la thérapie ou le  *traitement*  recommandés ou prescrits.
14. Les sinistres,  *blessures*  ou décès attribuables 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 chimodépendance à ceux-ci.
15. Tout sinistre attribuable à  *vos troubles mentaux*  ou  *émotifs mineurs* .
16. a)  *Vos*  soins prénatals courants; b)  *votre*  grossesse ou accouchement, ou des complications de  *votre*  grossesse ou de  *votre*  accouchement lorsqu'elles surviennent dans les neuf (9) semaines précédant ou suivant la date prévue de l'accouchement; c) la naissance de  *votre*  enfant pendant  *votre voyage* .
17. Pour les  *enfants*  assurés âgés de moins de deux (2) ans, tout  *problème de santé*  lié à une déficience congénitale.
18. Toute prestation devant être autorisée et coordonnée préalablement par le Centre d'assistance, mais qui ne l'a pas été.

19. 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* à la suite de *votre* traitement d'*urgence*, lorsque *vous* décidez de ne pas suivre leur recommandation.
20. Décès ou *blessure* survenant pendant le pilotage d'un aéronef, l'apprentissage du pilotage d'un aéronef ou le service à titre de membre d'équipage d'un aéronef.
21. Pour les prolongations ou compléments d'assurance : un *problème de santé* apparu, diagnostiqué ou traité pour la première fois après la *date de départ* prévue et avant la *date d'effet* de la prolongation ou du complément d'assurance.
22. Tout changement à *votre* état de santé ou *problème de santé* qui s'est produit ou qui a commencé durant l'interruption de *voyage* sans résiliation de couverture ou tout *problème de santé* qui n'était pas resté *stable* durant cette Interruption de *voyage* sans résiliation de couverture (voir le point 17).
23. La réapparition ou la complication de l'affection ayant causé *votre* retour dans *votre* province ou territoire de résidence tel que mentionné au point 18.
24. Tout *acte terroriste* 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 la *date d'effet* de *votre* couverture, 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.
25. Un *fait de guerre* ou un *acte terroriste*. Une couverture restreinte s'applique aux *actes terroristes*. Veuillez *vous* reporter à la section 9 « Protection en cas d'*actes terroristes* ».

## SECTION 9 – PROTECTION EN CAS D'ACTES TERRORISTES

Lorsqu'un acte *terroriste* entraîne pour *vous*, directement ou indirectement, un sinistre pour lequel des prestations seraient autrement payables conformément aux conditions du présent certificat, la présente assurance *vous* procure la couverture suivante :

- Pour la **garantie Soins médicaux d'urgence**, *nous* payons vos frais couverts, sous réserve des plafonds indiqués dans la section des garanties et dans la présente disposition.
- Les prestations payables précitées sont en excédent de toute autre source potentielle de recouvrement, y compris les options de rechange ou de remplacement offertes pour le *voyage* par les compagnies aériennes, les voyagistes, les croisiéristes et les autres fournisseurs de services de voyage, et les autres contrats d'assurance (même si cette autre couverture est décrite comme étant excédentaire) et elles ne seront versées qu'une fois que *vous* aurez épuisé toutes les autres sources de recouvrement.

Toute prestation payable au titre de *notre* **garantie Soins médicaux d'urgence** est assujettie à un maximum global payable pour l'ensemble des contrats d'assurance voyage en vigueur que *nous* avons établis, y compris le présent certificat. Si le montant total des demandes de règlement autrement payables pour un type de couverture au titre de tous les contrats d'assurance voyage que *nous* avons établis et attribuables à un ou plusieurs *actes terroristes* survenant durant une période applicable excède ce maximum global, alors le montant payé pour chaque demande de règlement sera réduit au prorata afin que le montant total payé relativement à l'ensemble de ces demandes de règlement corresponde au maximum global.

La couverture n'est offerte que pour un maximum de deux (2) *actes terroristes* par année civile. Voici le maximum global payable pour chaque *acte terroriste* :

Type de couverture	Montant maximum global payable pour chaque acte terroriste (\$ CA)
Soins médicaux d'urgence	35 000 000 \$

Si *nous* jugeons que le montant total de toutes les demandes de règlement payables à la suite d'un ou de plusieurs *actes terroristes* pourrait excéder les limites applicables, *votre* prestation calculée au prorata pourrait *vous* être versée après la fin de l'année civile durant laquelle *vous* étiez admissible aux prestations.

### Exclusion relative à la Protection en cas d'actes terroristes

Nonobstant toute disposition contraire dans le présent certificat ou dans tout avenant y afférent, le présent certificat ne couvre pas la responsabilité, les sinistres, les coûts ou frais de quelque nature que ce soit qui sont occasionnés directement ou indirectement par un *acte terroriste* perpétré ou commis par des moyens biologiques, chimiques, nucléaires ou radioactifs, ou qui découlent d'un tel acte ou y sont reliés, même si une autre cause y contribue concurremment ou dans toute autre séquence.

## SECTION 10 – CE QUE VOUS DEVEZ ÉGALEMENT SAVOIR

Le présent contrat est établi en fonction des renseignements fournis dans *votre* proposition (y compris ceux figurant dans le *questionnaire médical*, le cas échéant). Les demandes de règlement sont traitées en fonction du contrat en vigueur au moment du sinistre. 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. Toute fraude ou tentative de fraude, ou toute dissimulation ou déclaration mensongère de *votre* part portant sur des faits importants de *votre* proposition d'assurance ou dans *votre* demande de prolongation de couverture ou de complément d'assurance au titre du présent certificat entraîne la nullité de l'assurance. Le présent contrat d'assurance est sans participation. *Vous* n'avez pas droit à *nos* bénéfices répartisables.

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

### Limitation de responsabilité

*Notre* responsabilité au titre du présent certificat 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 du présent certificat, 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 du certificat peuvent être modifiés sans préavis. Si *vous* répondez aux critères d'admissibilité et que *vous* avez payé la prime appropriée, le présent certificat, accompagnée des formulaires de proposition,

fait partie intégrante de  *votre* contrat d'assurance, lequel devient un contrat exécutoire, pourvu que  *vous* receviez un  *avis de confirmation*  sur lequel figure un numéro de certificat. 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 en établissant un avenant écrit, si la portion impayée de la prime ne peut pas être perçue. La couverture est nulle et non avenue 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 le présent certificat 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 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  *vous* versant 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 du présent certificat,  *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 du présent certificat.  *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 contrats d'assurance établis 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 contrat d'assurance que ce soit.

## SECTION 11 – PRÉSENTATION D'UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

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

**1 877 372-2988, sans frais, des États-Unis et du Canada.  
+1 519 251-7840, 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.

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

Veillez noter que **si  *vous* n'appellez pas** le Centre d'assistance lorsque survient une  *urgence*  et avant de recevoir un  *traitement* ,  ***vous* devez payer 20 % des frais médicaux admissibles** que  *nous* paierions normalement au titre du présent certificat (quote-part de 20 %). S'il  *vous* est impossible d'un point de vue médical d'appeler le Centre d'assistance lorsque survient  *l'urgence* ,  *nous*  *vous* prions de demander à quelqu'un de le faire à  *votre* place.

#### **Ne présumez pas qu'une personne communiquera avec le Centre d'assistance à *votre* place. Il *vous* incombe de *vous* assurer que le Centre d'assistance a été contacté.**

Si  *vous* décidez de payer les frais admissibles directement à un fournisseur de services de santé sans d'abord avoir obtenu l'autorisation du Centre d'assistance, ces frais admissibles  *vous* seront remboursés sur la base des frais  *raisonnables et habituels*  que  *nous* aurions payés directement à ce fournisseur. Les frais médicaux que  *vous* payez peuvent excéder ce montant. Par conséquent, toute différence entre le montant que  *vous* avez déboursé et les frais  *raisonnables et habituels*  que  *nous*  *vous* rembourserons sera à  *votre* charge.

**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* faire parvenir 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 du 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 l'étendue du sinistre.  *Vous* pouvez aussi soumettre ces preuves en ligne.

#### **Directives pour communications postales**

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

#### **Présentation d'une demande de règlement en ligne**

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  *votre* demande de règlement en ligne.

*Vous* pouvez appeler le Centre d'assistance directement pour  *vous* renseigner sur la façon de présenter une demande de règlement ou sur une demande déjà soumise, en composant le **1 877 372-2989**.

*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 de la garantie Soins médicaux d'urgence, vous devez nous fournir les documents suivants :

- les reçus originaux détaillés de toutes les notes et factures;
- une preuve de paiement pour les frais que vous avez vous-même payés ou qui ont été payés 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 à la suite d'un accident;
- une preuve du voyage (indiquant notamment les dates de départ et de retour); et
- votre dossier médical indiquant vos antécédents (si nous jugeons ce document nécessaire).

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

Sauf dans le cas de votre 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 votre nom si nous établissons que cette somme n'a pas à être versée au titre de votre certificat.

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?

Si vous contestez notre décision relative 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 où vous résidez au Canada lorsque vous avez souscrit le contrat.

Les actions intentées contre l'assureur pour recouvrer des sommes assurées exigibles au titre du contrat sont irrecevables si elles ne sont pas introduites dans les délais fixés par la Loi sur les assurances en ce qui a trait à la prescription des actions en Alberta, en Colombie-Britannique ou au Manitoba, par la Loi de 2002 sur la prescription des actions de l'Ontario ou par toute autre loi applicable. En ce qui concerne les actions régies par les lois du Québec, le délai prescrit est stipulé dans le Code civil du Québec.

## SECTION 12 – 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.

**Renonciation.** 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 du présent contrat, en tout ou en partie, à moins que la renonciation 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.

**Résiliation par l'assuré.** Vous pouvez résilier le présent contrat en tout temps moyennant un avis de résiliation écrit posté ou livré à nos bureaux.

**Droit de faire subir des examens.** Afin d'établir la validité d'une demande de règlement au titre du présent contrat, 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 du présent contrat. 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 du présent contrat et vous devez collaborer avec nous. Si vous décédez, nous avons le droit d'exiger une autopsie, sauf si la loi l'interdit.

## SECTION 13 – DÉFINITIONS

Vous trouverez ci-dessous la définition des termes mis en italique dans le présent certificat.

**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 (peu importe que leurs activités soient légales ou illégales); 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** – Le présent certificat, 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.

**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 (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 partez en voyage.

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

Pour les régimes Voyages multiples, la garantie Soins médicaux d'urgence débute toute date à laquelle vous quittez votre province ou votre territoire de résidence et toute date à laquelle vous quittez le Canada à la *date d'effet* indiquée dans votre avis de confirmation ou après.

Pour les régimes Voyage unique, la couverture débute à la plus éloignée des dates suivantes :

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

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

Pour les régimes Voyages multiples, la couverture Soins médicaux d'urgence prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- date de retour à votre lieu de résidence;
- *date d'expiration* indiquée dans votre avis de confirmation; ou
- dans le cas des voyages effectués à l'extérieur du Canada, la date à laquelle s'est écoulé le nombre maximal de jours de voyage permis pour chaque voyage, lequel est indiqué dans votre avis de confirmation.

Pour le régime Soins médicaux d'urgence – Voyage unique, la couverture prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- date de retour à votre lieu de résidence; ou
- *date d'expiration* indiquée dans votre avis de confirmation.

Pour le régime Soins médicaux d'urgence – Voyage unique au Canada, la couverture prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- date de retour à votre lieu de résidence;
- *date d'expiration* indiquée dans votre avis de confirmation; ou
- date à laquelle vous quittez le Canada.

**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** – 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 et établissements de cure.

**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** – Docteur en médecine dûment autorisé à pratiquer sa profession dans le territoire où il 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 *compagnon de voyage*, ni d'un membre de votre famille immédiate.

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

**Problème de santé** – Blessure, maladie, affection ou symptômes; complications d'une grossesse durant les trente et une (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 votre proposition d'assurance au titre du présent contrat.

**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 stable si tous les énoncés ci-dessous s'appliquent :

- 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 fourni, 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** – 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.

**Troubles mentaux ou émotifs mineurs** désignent :

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

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

**Urgence** – 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.

**Véhicule** – Voiture de tourisme, bateau, motorcycle, 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 le présent certificat, 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.

**La protection de votre vie privée nous tient à cœur.** À la Banque Scotia et à Manuvie, une partie importante de *notre* engagement mutuel envers *vous* consiste à *vous* fournir un excellent service, ce qui comprend le respect de *votre* vie privée. En souscrivant une assurance au titre du programme d'Assurance voyage Scotia, *vous* acceptez d'être lié aux modalités de l'Entente de confidentialité de la Banque Scotia. Si *vous* avez souscrit une couverture familiale, *vous* avez la responsabilité de *vous* assurer que tout autre demandeur qui n'est pas mineur a lu, compris et accepté les modalités de l'Entente de confidentialité de la Banque Scotia. *Vous* pouvez consulter l'Entente de confidentialité de la Banque Scotia sur le site Web [www.banquescotia.com/confidentialite](http://www.banquescotia.com/confidentialite). *Vous* acceptez également d'être lié par les modalités de l'Accord de confidentialité de Manuvie. Ce qui suit décrit l'engagement de Manuvie en ce qui concerne le respect de *votre* vie privée à titre d'émetteur de l'Assurance voyage Scotia.

**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, 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 agent. *Vous* pouvez demander à examiner les renseignements personnels qu'il contient et y faire apporter des corrections en écrivant à l'adresse suivante : Responsable de la protection des renseignements personnels, Manuvie, P.O. Box 1602, Waterloo (Ontario) N2J 4C6.

## DE L'AIDE AU BOUT DU FIL

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

### Renseignements avant le voyage

- Passeport et visa
- Avertissement sur les risques pour la santé
- Météo
- Taux de change
- Emplacement 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 votre urgence médicale et communication avec votre famille

- Coordination du rapatriement au lieu de résidence s'il est nécessaire du point de vue médical
- Facturation directe des frais couverts (dans la mesure du 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 messagerie d'urgence
- Aide pour remplacement de billets d'avion perdus ou volés
- Assistance pour l'obtention des médicaments sur ordonnance
- Assistance pour l'obtention de conseils juridiques ou d'un cautionnement

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

**1 877 372-2988**

sans frais, des États-Unis et du Canada.

**+1 519 251-7840**

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 des renseignements généraux ou de l'information sur votre couverture, ou encore pour demander une prolongation de couverture ou un remboursement de prime, appelez le Service à la clientèle au numéro figurant dans votre avis de confirmation.

Toute correspondance écrite doit être envoyée à :

Assurance voyage Scotia  
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 **1 877 372-2989**.

## Réévaluez vos besoins en assurance voyage.

Nous vous aiderons à évaluer ce que vous avez, ce qu'il vous faut vraiment et où faire des économies.

Pour simplifier votre assurance, visitez [banquescotia.com](http://banquescotia.com)

L'Assurance voyage Scotia est établie par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie). Manuvie, P.O. Box 670, Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8.

L'assureur verse à La Banque de Nouvelle-Écosse des frais administratifs pour offrir des produits d'assurance voyage.

<sup>MD</sup> Marque déposée de La Banque de Nouvelle-Écosse, utilisée sous licence.