

Assurance voyage Scotia

Pour étudiants

Entrée en vigueur : décembre 2018

Régimes établis par
La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers

ASSURANCE VOYAGE SCOTIA^{MD} POUR ÉTUDIANTS

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 contrat, nous vous rembourserons la totalité si vous n'avez pas encore entrepris votre voyage et s'il n'y a aucune demande de règlement en cours.

Pour de plus amples renseignements sur les remboursements après la Période d'examen de 10 jours sans frais, veuillez consulter la rubrique Annulation et remboursement du présent contrat.



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

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.....	4
Convention d'assurance.....	4
Début de votre couverture.....	4
Fin de votre couverture.....	4
Frais couverts à l'extérieur du Canada.....	4
Prolongation d'un voyage.....	4
Prolongation d'office.....	4
Couverture familiale.....	4
Prime.....	4
Remboursements.....	4
6. SERVICES DE CONCIERGERIE MÉDICALE.....	5
7. GARANTIE - CE QUI EST COUVERT.....	5
8. EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS - CE QUI N'EST PAS COUVERT.....	7
9. PRÉSENTATION D'UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT.....	8
10. CONDITIONS LÉGALES.....	10
11. DÉFINITIONS.....	10
12. AVIS SUR LA VIE PRIVÉE.....	11

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 certificat 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

**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 à l'assurance au titre du présent certificat, *vous* devez :

- être *âgé* de moins de 45 ans et :
 - être un étudiant à temps plein d'un établissement d'enseignement reconnu, avec preuve d'admission ou d'inscription à l'appui; ou
 - être un étudiant qui effectue des travaux de recherche postdoctorale dans un établissement d'enseignement reconnu; ou
 - être une *personne à charge* et/ou le *conjoint* d'un étudiant couvert par la présente assurance et nommé dans la proposition, et vivre avec celui-ci; et
- souscrire une couverture :
 - à titre d'étudiant effectuant un *voyage à destination du Canada*; ou
 - à titre d'étudiant effectuant un *voyage à l'étranger*, si *votre pays de résidence* est le Canada et si *vous* êtes couvert par un *régime public d'assurance maladie* pendant que *vous* résidez temporairement dans un autre pays que le Canada; ou
 - en tant que *résident du Canada qui étudie au Canada* hors de sa province ou de son territoire de résidence, si *votre pays de résidence* est le Canada et si *vous* êtes couvert par un *régime public d'assurance maladie* pendant que *vous* résidez temporairement hors de *votre* province ou de *votre* territoire de résidence.

Si *vous* êtes Canadien, il *vous* incombe de prendre les mesures nécessaires pour que soit maintenue *votre* couverture au titre du *régime public d'assurance maladie* de la province ou du territoire où *vous* résidez de façon permanente.

Si *vous* ne quittez pas *votre destination* entre deux semestres, *vous* pouvez souscrire de nouveau la couverture à condition de fournir une preuve d'inscription pour le semestre suivant.

VOUS N'ÊTES PAS ADMISSIBLE À LA COUVERTURE OFFERTE PAR LE PRÉSENT CERTIFICAT SI VOTRE VOYAGE EST RÉSERVÉ OU ENTREPRIS :

- contre l'avis d'un *médecin*;
- alors que *vous* avez besoin de dialyse rénale;
- alors que *vous* avez fait usage d'oxygène à domicile durant les douze (12) mois précédant la date de soumission de la proposition d'assurance; et/ou
- alors que *vous* avez reçu un diagnostic de *maladie* en phase terminale qui établit *votre* espérance de vie à moins de deux (2) ans.

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, à concurrence d'un maximum global de 2 000 000 \$ CA par certificat, les frais couverts *raisonnables et habituels* qui sont engagés par suite d'une *urgence* ou de tout autre sinistre couvert (à l'exclusion des sinistres liés à la prestation Décès ou mutilation par accident) pendant *votre voyage*, sous réserve des modalités, restrictions, exclusions et autres conditions du présent certificat. Certaines prestations doivent être approuvées d'avance par *notre* Centre d'assistance. À moins d'indication contraire, toutes les sommes mentionnées aux présentes sont en dollars canadiens. Tous les frais que *nous* ne payons pas sont à *votre charge*. La couverture au titre du présent certificat est établi en fonction des renseignements fournis dans *votre proposition*. Le contrat intégral que *vous* souscrivez auprès de *nous* est composé des éléments suivants : le présent certificat, *votre proposition* pour la présente couverture, *l'avis de confirmation* établi relativement à cette proposition et les modifications ou avenants établis pour prolonger la couverture.

VOTRE COUVERTURE DÉBUTE à la plus éloignée des dates suivantes :

- la *date d'effet* de l'assurance indiquée dans *votre avis de confirmation*; ou
- pour un *voyage à destination du Canada*, la date et l'heure de *votre arrivée* au Canada; pour un *voyage à l'étranger*, la date et l'heure de *votre départ* du Canada; ou pour un *résident du Canada qui étudie au Canada* hors de sa province ou de son territoire de résidence, la date et l'heure de *votre départ* de *votre lieu de résidence*.

Une *période d'attente* s'applique si *vous* souscrivez la présente assurance après *votre arrivée à destination*. Veuillez *vous* reporter à la définition de *période d'attente*.

VOTRE COUVERTURE PREND FIN à la plus rapprochée des dates suivantes :

- la date d'expiration indiquée dans *votre avis de confirmation*; ou
- au plus tard soixante (60) jours après la date à laquelle prend fin *votre inscription* comme étudiant dans un établissement d'enseignement reconnu, sauf si *vous* êtes aux États-Unis et avez un visa F1 valide; ou
- si *vous* avez souscrit la présente couverture pour un *voyage à destination du Canada*, la date à laquelle commence *votre couverture* au titre d'un *régime public d'assurance maladie*; ou
- si *vous* êtes Canadien, la date à laquelle *vous* cessez d'être couvert par un *régime public d'assurance maladie*; ou
- si *vous* avez souscrit la présente couverture pour un *voyage à destination du Canada*, seize (16) jours après la date à laquelle *vous* quittez le Canada pour visiter un autre pays ou lorsque *vous* excédez 49 % de *votre période de couverture* pendant que *vous* visitez un autre pays (sauf *votre pays de résidence*) [la couverture pourra être rétablie à la date de *votre retour* au Canada si *notre* Centre d'assistance l'autorise et si *vous* fournissez une déclaration médicale]; ou
- la date à laquelle *vous* cessez d'être un *conjoint* ou une *personne à charge*, tels que ces termes sont définis aux présentes; ou
- 365 jours après la *date d'effet* de *votre* certificat; ou
- la date de *votre retour* à *votre lieu de résidence*.

FRAIS COUVERTS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Si *votre pays de résidence* est le Canada et que *vous* avez souscrit la couverture pour un *voyage à l'étranger*, *votre couverture* comprend les soins médicaux urgents et non urgents au cours de *votre voyage à l'étranger* pendant la *période de couverture* indiquée dans *votre avis de confirmation*.

Si *votre pays de résidence* est un autre pays que le Canada et que *vous* avez souscrit la couverture pour un *voyage à destination du Canada*, *votre couverture* comprend les soins médicaux d'urgence au cours de *vos voyages*

à l'extérieur du Canada pendant des périodes d'au plus quinze (15) jours consécutifs, pourvu que *votre voyage* à l'extérieur du Canada n'excède pas 49 % de *votre période de couverture*, qu'il débute et se termine au Canada et qu'il exclue *votre pays de résidence*.

PROLONGATION D'UN VOYAGE

Si *vous* êtes déjà couvert, *vous* n'avez qu'à communiquer avec le Service à la clientèle en appelant au 1 877 421-0157. *Vous* pourrez peut-être obtenir une prolongation de *votre couverture* si :

- *votre période de couverture* ne dépasse pas 365 jours;
- *vous* êtes toujours admissible à l'assurance au titre de ce régime;
- *nous* recevons la demande de prolongation avant la date d'expiration de *votre contrat existant* établi par *nous*;
- *vous* ne passez pas d'une couverture individuelle à une couverture familiale ou vice versa.

REMARQUE : Pour les prolongations de couverture, aucune indemnité n'est accordée à l'égard d'une *maladie* ou d'une *blessure* qui s'est manifestée pour la première fois, que celle-ci ait été diagnostiquée ou non, ou traitée ou non, avant la *date d'effet* de la prolongation de couverture au titre du présent certificat.

PROLONGATION D'OFFICE

Votre couverture sera prolongée d'office, sans frais additionnels, après la date prévue de *votre retour* dans *votre pays de résidence*, si *votre retour* est retardé de façon inévitable pour des raisons indépendantes de *votre volonté*, et si

- *votre voyage* à titre de passager payant à bord d'un transporteur public ou d'un véhicule privé est retardé par un bris mécanique, un accident de la circulation ou le mauvais temps. Dans ce cas, *nous* prolongeons *votre couverture* pour une durée maximale de soixante-douze (72) heures; ou
- *vous* êtes *hospitalisé* à cette date. Dans ce cas, *nous* prolongeons *votre couverture* pour la durée de *l'hospitalisation* et pour une période maximale de soixante-douze (72) heures après la sortie de *l'hôpital*; ou
- une *urgence* *vous* empêche de voyager sans toutefois nécessiter *l'hospitalisation*. Dans ce cas, *nous* prolongeons *votre couverture* pour une durée maximale de soixante-douze (72) heures après qu'un *médecin* *vous* autorise à voyager.

COUVERTURE FAMILIALE

Une couverture familiale *vous* est offerte, à *vous* ainsi qu'à *votre conjoint* et *vos personnes à charge* qui voyagent avec *vous*, qui sont nommés dans *votre proposition d'assurance* et qui sont âgés de moins de 45 ans, si *vous* avez souscrit la couverture familiale et payé la prime correspondante.

PRIME

La prime requise est déterminée d'après le barème de taux en vigueur à la date de réception de *votre proposition* par *nous* ou par *notre* agent. Les taux de prime et les conditions du certificat peuvent être modifiés sans préavis.

Au paiement de la prime, le présent document devient un contrat exécutoire s'il est accompagné d'un *avis de confirmation* dans lequel figure un numéro de certificat.

La couverture sera nulle et non avenue si la prime n'est pas acquittée en totalité ou 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*.

REMBOURSEMENTS

Les remboursements complets doivent *nous* être demandés par écrit avant le début de la couverture, et les remboursements partiels, avant l'expiration de la couverture. Le remboursement (prime minimale de 50 \$) est calculé à compter de la date du cachet d'oblitération de *votre demande*, pourvu qu'il ne se soit produit aucun incident qui a ouvert ou qui ouvrira droit à une demande de règlement durant *votre voyage* et à condition que *vous* postiez *votre demande écrite de remboursement* dans les cinq (5) jours du départ de *votre destination* (ou de *votre retour* au *lieu de résidence*, pour les Canadiens qui étudient à l'étranger).

SECTION 7 – GARANTIE – CE QUI EST COUVERT

Tous les voyageurs couverts au titre du même *avis de confirmation* doivent revenir ensemble pour qu'un remboursement soit accordé.

Si vous êtes un étudiant effectuant un *voyage à destination du Canada*, et avez obtenu une couverture au titre d'un *régime public d'assurance maladie* d'une province ou d'un territoire du Canada et que vous n'avez pas présenté de demande de règlement, n'avez signalé aucun sinistre et n'avez bénéficié d'aucun service d'assistance, vous pouvez demander un remboursement de prime (minimum de 50 \$) pour les jours de couverture non utilisés de votre *voyage*. Pour ce faire, vous devrez fournir une preuve de la *date d'effet* de votre couverture au Canada par le *régime public d'assurance maladie*.

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, découlant 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.

La présente assurance paie les frais couverts *raisonnables et habituels* que vous engagez durant votre *période de couverture*, à concurrence d'un montant global de 2 000 000 \$ CA par certificat. Les prestations relatives aux points 1 à 16 sont payables si les frais résultent d'une *urgence*. Les prestations relatives aux points 19 et 20 sont payables dans la mesure où les frais sont nécessaires du point de vue médical, et non engagés à la suite d'une *urgence*. La prestation relative au point 21 est payable dans le cas d'un décès ou d'une mutilation par accident. Les frais couverts et les prestations sont assujettis aux plafonds, exclusions et restrictions stipulés dans le certificat. Tous les montants de prestation sont en dollars canadiens.

Tout acte ou examen médical (y compris IRM, CIPRM, tomogramme, 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.

Le remboursement est soumis aux conditions du présent certificat. Afin d'être couverts, les frais liés aux points 3, 12 à 15 et 17 doivent avoir été préautorisés par le Centre d'assistance.

Les prestations pour soins médicaux d'*urgence* suivantes sont payables par assuré :

1. Frais hospitaliers pour :

- a) une chambre à deux lits dans un *hôpital* ou une chambre individuelle dans une unité de soins intensifs ou de soins coronariens si cela est nécessaire du point de vue médical;
- b) le *traitement* que vous recevez pendant votre séjour à l'*hôpital*, à concurrence de soixante (60) jours par *blessure* ou *maladie*;
- c) le *traitement* que vous recevez au service des *urgences* et/ou au service de consultation externe d'un *hôpital*; ou
- d) une *hospitalisation d'urgence* pour recevoir un *traitement* psychiatrique pendant une période maximale de trente (30) jours par certificat.

2. Frais de consultation d'un médecin – Soins médicaux d'*urgence* fournis par un *médecin* dans un *hôpital* ou à l'extérieur d'un *hôpital* et un maximum de cinq (5) visites de suivi. Pour un *voyage à destination du Canada*, le paiement est limité à 100 % de la somme payable selon le barème des honoraires applicables aux personnes qui ne sont pas des résidents canadiens, établi par l'association médicale de la province ou du territoire où vous avez reçu le *traitement* médical.

3. Services diagnostiques – Tests qui sont nécessaires par suite d'une *urgence* et exigés par votre *médecin* en raison d'une *urgence* afin de diagnostiquer ou de préciser votre *problème de santé*. L'autorisation préalable du Centre d'assistance est nécessaire pour toutes les épreuves diagnostiques importantes, notamment l'imagerie par résonance magnétique (IRM), les tomogrammes, les sonogrammes, les échographies et les biopsies.

4. Soins infirmiers privés – Les services d'un infirmier autorisé s'ils sont nécessaires du point de vue médical et recommandés par un *médecin*, à concurrence de 10 000 \$. La présente garantie s'applique lorsque les services d'un infirmier remplacent l'*hospitalisation*; leur coût ne doit pas excéder le tarif quotidien en salle commune dans un *hôpital*.

5. Frais de transport en ambulance – Jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par *maladie* ou *blessure* non apparentée pour le transport aérien ou terrestre à bord d'une ambulance autorisée vers l'*hôpital* ou l'établissement médical le plus proche, ou le transport d'un établissement médical à un autre, si nécessaire.

6. Médicaments sur ordonnance – Provision d'au plus trente (30) jours de médicaments qui vous sont prescrits et qui sont remis par un pharmacien habilité uniquement sur ordonnance d'un *médecin* ou d'un dentiste.

7. Services paramédicaux – Soins donnés par un podologue, podiatre, physiothérapeute, chiropraticien ou ostéopathe autorisé, jusqu'à concurrence de 70 \$ par séance, sous réserve d'un maximum de 700 \$ par *blessure* couverte.

8. Blessure aux dents à la suite d'un accident – Jusqu'à 2 500 \$ pour un *traitement* dentaire d'*urgence* visant à restaurer ou à remplacer vos dents naturelles ou prothèses fixes permanentes (y compris les coiffes et les couronnes dentaires) lorsque le *traitement* est requis par suite d'un coup accidentel à la bouche dans les trente (30) jours qui suivent l'accident. Le *traitement* doit être terminé dans les douze (12) mois consécutifs qui suivent l'accident et avant votre retour dans votre *pays de résidence*. Un rapport d'accident du dentiste est exigé par le Centre d'assistance.

9. Traitement dentaire d'urgence – Jusqu'à 100 \$ pour le soulagement de douleurs dentaires et jusqu'à 250 \$ par dent pour l'extraction de dents de sagesse touchées (exclusion faite des couronnes et des *traitements* de canal).

10. Soins psychiatriques – Jusqu'à 5 000 \$ pour les services d'un psychiatre dûment qualifié pendant votre séjour à l'*hôpital* à la suite d'une *urgence*, ainsi que jusqu'à cinq (5) visites de suivi chez un *médecin*.

11. Suivi psychologique post-trauma – Jusqu'à six (6) séances de suivi psychologique post-trauma si vous êtes victime d'une *urgence* couverte par le présent certificat et que le suivi psychologique est effectué dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de l'*urgence*.

12. Appareils médicaux – Si cela s'avère nécessaire du point de vue médical, la location ou l'achat (s'il est moins coûteux) d'un lit d'*hôpital*, d'un fauteuil roulant, de béquilles, d'attelles, de cannes, d'écharpes, de bandages herniaires, d'appareils orthopédiques ou d'un autre appareil de prothèse. L'autorisation préalable du Centre d'assistance est requise.

13. Évacuation d'urgence – À concurrence de 100 000 \$, les frais raisonnables et habituels pour vous ramener à votre lieu de résidence en raison d'une *urgence* couverte, durant votre *période de couverture*, soit :

- par avion en classe économique, par l'itinéraire le plus économique; et/ou
- par civière à bord d'un vol commercial, par l'itinéraire le plus économique, lorsque la civière est nécessaire du point de vue médical; plus 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; et/ou
- par ambulance aérienne, lorsque l'*urgence* couverte exige votre retour immédiat ou si des soins médicaux continus sont requis mais non couverts par le présent certificat, ou si nos conseillers médicaux recommandent que vous retourniez à votre lieu de résidence après votre *urgence*.

Toutes les évacuations aériennes doivent être approuvées et coordonnées par notre Centre d'assistance.

14. Transport et indemnité de subsistance d'un membre de la famille – Si vous êtes *hospitalisé* pendant au moins sept (7) jours consécutifs ou si vous décédez durant votre *période de couverture* en raison d'une *urgence* médicale, nous paierons, sous réserve de l'approbation préalable de notre Centre d'assistance, le transport d'un membre de votre *famille immédiate* par avion en classe économique par l'itinéraire le plus économique, à concurrence de 3 000 \$, pour qu'il vienne à votre chevet ou identifie votre *dépouille*.

Nous rembourserons également, jusqu'à concurrence de 150 \$ par jour, sous réserve d'un maximum de 1 500 \$, les frais de repas et d'hébergement commercial, ainsi que les frais engagés pour des appels téléphoniques et des déplacements en taxi indispensables. (Les reçus originaux doivent être joints à la demande de règlement.)

Restriction : Cette garantie s'applique si le membre de votre *famille immédiate* doit parcourir plus de 500 kilomètres pour se rendre à l'*hôpital* où vous êtes *hospitalisé* à l'extérieur de votre lieu de résidence.

15. Rapatriement de la dépouille – Jusqu'à 25 000 \$ pour couvrir les frais réels de préparation de votre *dépouille* pour son inhumation ou son incinération ainsi que votre inhumation sur place, ou pour le transport de votre *dépouille* ou de vos cendres jusqu'à votre lieu de résidence si vous décédez des suites d'une *urgence* couverte par le présent certificat durant votre *période de couverture* ou dans les 365 jours suivant une *blessure* corporelle accidentelle survenue alors que vous étiez couvert par la présente assurance.

16. Remboursement des droits de scolarité – Si une *urgence* vous empêche d'assister à vos cours et, par le fait même, d'obtenir la note de passage pour le semestre, comme doivent le confirmer votre *médecin* et le registraire de l'établissement d'enseignement que vous fréquentez, nous vous remboursons les droits de scolarité que vous avez effectivement payés jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par semestre, moins toute somme remboursée par l'établissement d'enseignement.

17. Interruption de voyage – Jusqu'à vingt et un (21) jours consécutifs pendant que vous êtes inscrit à l'établissement d'enseignement. Si vous avez demandé et reçu l'approbation préalable de notre Centre d'assistance, vous pouvez retourner à votre lieu de résidence pour assister à un événement spécial. Votre protection sera suspendue, mais ne sera pas résiliée pendant que vous serez à votre lieu de résidence. La suspension de votre couverture prendra fin et votre couverture sera remise en vigueur lorsque vous arriverez au Canada dans le cas d'un voyage à destination du Canada, lorsque vous quitterez le Canada dans le cas d'un voyage à l'étranger, ou lorsque vous quitterez votre lieu de résidence si vous êtes un résident du Canada qui étudie au Canada hors de sa province ou de son territoire de résidence. Aucun remboursement de prime ne sera accordé pour les jours durant lesquels vous serez retourné à votre lieu de résidence.

18. Couverture en cas de terrorisme (uniquement pour les Canadiens qui voyagent à l'étranger) – Lorsqu'un acte terroriste cause directement ou indirectement un sinistre admissible aux termes des dispositions contractuelles décrites dans le présent certificat, le régime couvre un maximum de deux (2) actes terroristes au cours d'une année civile, et le maximum global est de 35 millions de dollars pour tous les contrats admissibles en vigueur, prévoyant une couverture des soins médicaux en cas d'*urgence*, que nous avons établis et que nous administrons. La prestation pouvant être versée pour chaque demande de règlement admissible est en excédent de toutes les autres sources de recouvrement, y compris les options de rechange ou de remplacement de voyage et toute autre assurance. La somme versée pour toutes ces demandes de règlement sera réduite au prorata de façon à ne pas dépasser le maximum global, lequel sera versé après la fin de l'année civile et après l'évaluation de toutes les demandes de règlement se rapportant aux actes terroristes.

GARANTIES NON URGENTS

19. Examen médical annuel – Jusqu'à 100 \$ par année pour une visite chez un *médecin* (généraliste) en vue de passer un examen et les tests qui s'y rattachent, ainsi que pour une consultation.

20. Examen de la vue – Jusqu'à une (1) visite par année chez un optométriste agréé, pour diagnostiquer la présence d'anomalies observées du système optique.

DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT

21. Décès ou mutilation par accident – Cette garantie est payable en cas de décès ou de mutilation par accident survenue alors que vous étiez couvert par la présente assurance et dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de l'accident. En cas de décès ou de mutilation par

accident, nous payons une prestation pouvant aller jusqu'à 10 000 \$ selon le barème suivant :

- Perte de la vie 100 %
- Perte de deux membres ou plus 100 %
- Perte de la vision totale des deux yeux 100 %
- Perte d'un membre et de la vision totale d'un œil 100 %
- Perte d'un membre 50 %
- Perte de la vision totale d'un œil 50 %

La perte d'un membre désigne le sectionnement complet d'un bras ou d'une jambe à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus de celle-ci. La perte de la vision correspond à une cécité totale et permanente.

Si vous subissez plus d'une de ces pertes, une seule prestation est payable (soit la prestation prévue pour la perte ouvrant droit au paiement le plus élevé).

Toutes les prestations payables au titre de la présente couverture sont assujetties à un maximum global payable pour l'ensemble des contrats d'assurance voyage pour étudiants en vigueur établis par nous. Si le montant total des prestations autrement payables pour la présente couverture au titre de tous les contrats d'assurance médicale pour étudiants établis par nous et découlant d'un seul accident excède 250 000 \$, alors le montant versé pour chaque demande de règlement est réduit au prorata afin que la somme totale versée relativement à l'ensemble de ces demandes de règlement corresponde au maximum global de 250 000 \$.

SECTION 8 – EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS – CE QUI N'EST PAS COUVERT

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

1. a) Un *problème de santé préexistant* qui n'était pas *stable* dans les trois (3) mois précédant la *date d'effet* de votre couverture.
b) Tout *problème de santé préexistant* d'une *personne à charge* ou de votre *conjoint* couvert par le présent certificat, si ce problème n'était pas *stable* dans les trois (3) mois précédant la *date d'effet* de sa couverture au titre du présent certificat.
2. Pour les *personnes à charge* couvertes qui sont *âgées* de moins de deux (2) ans, tout *problème de santé* lié à une déficience de naissance, qu'elle soit génétique, acquise ou congénitale.
3. La chimiothérapie, à moins qu'elle soit autorisée par le Centre d'assistance.
4. Tous les frais que vous engagez sans être couvert par un *régime public d'assurance maladie* valide, si vous faites un *voyage à l'étranger* ou si vous êtes un *résident du Canada qui étudie au Canada* hors de sa province ou de son territoire de résidence.
5. Les frais couverts qui excèdent 80 % de ceux que nous paierions normalement au titre de la présente assurance, si vous ou une personne agissant en votre nom ne communiquez pas avec le Centre d'assistance au moment de l'*urgence* sauf si, en raison de votre *problème de santé*, vous êtes incapable de l'appeler (dans ce cas, la quote-part de 20 % ne s'applique pas).
6. Les *blessures* subies ou votre *décès* alors que vous faites partie du personnel des forces armées régulières de tout pays ou durant la participation à des exercices d'entraînement ou à des manœuvres de forces armées de tout pays.
7. Les *traitements* médicaux facultatifs, non urgents ou expérimentaux, y compris les soins donnés en vue de maintenir un *problème de santé* chronique dans un état *stable*, ce qui comprend le renouvellement de l'ordonnance d'un médicament, les tests et les examens passés dans le cadre d'un régime normal, et un *traitement* non requis pour soulagement immédiat de la douleur, à l'exception des prestations pour soins médicaux non urgents que prévoit le présent certificat.

8. 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*.
9. La poursuite d'un *traitement* après que le Centre d'assistance vous a demandé de retourner à votre *lieu de résidence*.
10. Les médicaments en vente libre, les médicaments contre la stérilité, les examens destinés à diagnostiquer la stérilité, les contraceptifs, les tests de grossesse, les médicaments pour le *traitement* de la dysérection, les vaccins ou les injections, les préparations vitaminées ou les médicaments pris à titre préventif, les médicaments pour le *traitement* de l'acné, les remèdes contre la calvitie, les produits à la résine de nicotine, les suppléments diététiques ou les produits amaigrissants, et/ou le remplacement d'ordonnances existantes en cas de perte, de renouvellement ou de provision insuffisante.
11. Les services médicaux *urgents* et non *urgents* requis à la suite d'une *blessure* que vous avez subie ou d'une *maladie* que vous avez contractée dans votre *pays de résidence* durant une interruption de *voyage* (voir le point 17).
12. Pour les *voyages à destination* du Canada, les frais médicaux engagés hors du Canada si vous avez passé plus de quinze (15) jours consécutifs ou plus de 49 % de votre *période de couverture* hors du Canada.
13. Dans le cas d'un *voyage à destination du Canada*, les frais couverts facturés par un *médecin* qui excèdent 100 % du barème des honoraires applicables aux personnes qui ne sont pas des résidents canadiens, établi par l'association médicale de la province ou du territoire où vous avez reçu le *traitement* médical.
14. Une grossesse, l'interruption volontaire d'une grossesse, un accouchement ou les complications qui en découlent. Les nouveau-nés peuvent bénéficier d'une couverture complète dès l'âge de 30 jours si une proposition dûment remplie nous est remise et est approuvée par écrit par nous, et si vous avez souscrit la couverture familiale et payé la prime correspondante.
15. Une chirurgie dentaire, esthétique ou plastique, à moins qu'elle ne constitue une *urgence* et soit nécessaire par suite d'une *blessure* subie alors que le présent certificat est en vigueur.
16. Les couronnes ou les *traitements* de canal, sauf dans les cas visés par le point 8.
17. 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 chimodépendance à ceux-ci.
18. Blessures auto-infligées, à moins qu'une attestation médicale établisse qu'elles sont reliées à une condition de santé mentale.
19. Tout *trouble mental* ou *émotif mineur*.
20. Tout trouble de l'alimentation ou problème de poids.
21. Toute perte résultant d'une infection asymptomatique ou symptomatique au VIH, du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), du parasida ou de la présence du VIH, y compris les tests ou les changements de diagnostic connexes.
22. 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 *vo*tre principale occupation rémunérée.

23. Des *traitements* ou services qui contreviennent à toute législation gouvernementale ou liée aux hôpitaux ou aux assurances médicales au Canada si *vous* faites un *voyage à destination du Canada* ou si *vous* êtes un *résident du Canada qui étudie au Canada* hors de sa province ou de son territoire de résidence.
24. Le pilotage ou l'apprentissage du pilotage d'un aéronef, ou *vo*tre service en tant que membre d'équipage d'un aéronef; un *voyage* à titre de passager à bord de tout avion non commercial; la conduite de tout type de *véhicule* motorisé sur terre ou sur voie d'eau sans permis valide.
25. Tous services ou toutes fournitures qui sont fournis par *vous* ou par un membre de *vo*tre *famille immédiate*.
26. Un *problème de santé* :
 - lorsque *vous* saviez, ou lorsqu'il était raisonnable d'escompter, 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 devriez *vous* faire soigner pour ce *problème de santé*; et/ou
 - lorsque le but de *vo*tre *voyage* était de *vous* faire soigner pour ce *problème de santé*; et/ou
 - qui a incité *vo*tre *médecin* à *vous* déconseiller de voyager; et/ou
 - qui est lié à un *traitement* facultatif ou non urgent antérieur, à moins que le certificat n'indique expressément qu'il est couvert; et/ou
 - si *vous* n'avez pas respecté ou si *vous* avez omis de suivre les instructions d'un *médecin*, ou si *vous* avez fait preuve de négligence.
27. Tous les frais qui ne sont pas engagés pour une *urgence*, sauf ceux qui sont prévus aux présentes par les prestations pour soins médicaux non urgents, et toute prestation nécessitant l'autorisation du Centre d'assistance ou des arrangements préalables avec le Centre d'assistance pour laquelle aucune autorisation n'a été donnée ni aucun arrangement pris.
28. Les frais qui excèdent les frais *raisonnables et habituels*.
29. Les examens et les tests médicaux exigés à des fins d'immigration ou effectués à la demande d'un tiers, et/ou la consultation d'un *médecin* par téléphone ou par courriel.
30. Les sinistres ou les dommages causés par la réparation, l'extraction, le remplacement ou l'achat de prothèses auditives, de lunettes, de lunettes de soleil, de lentilles cornéennes, de prothèses, de membres artificiels ou de prothèses dentaires, ainsi que toute ordonnance qui en résulte.
31. La perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte illégal ou criminel.
32. La dialyse rénale ou tout type de transplantation d'organes.
33. L'usage de centres et de services de réadaptation ou de convalescence; des vacances prises pour leur effet réparateur.
34. Les intérêts, les frais de crédit, les frais administratifs ou les pénalités de retard.
35. Si *vous* êtes Canadien, 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 *vo*tre 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.
36. Si *vous* êtes Canadien, tout *acte terroriste* attribuable ou lié directement ou indirectement à l'utilisation d'agents biologiques, chimiques, nucléaires ou radioactifs.
37. Si *vous* avez souscrit la présente couverture pour un *voyage à destination du Canada*, un *acte terroriste*.

38. Un *fait de guerre*.

39. Dans le cas des prolongations uniquement, tout problème de santé qui survient pour la première fois, qu'un diagnostic ait été posé ou non et qu'un *traitement* ait été administré ou non, avant la *date d'effet* de la prolongation de couverture au titre du présent certificat.

40. Si *vous* effectuez un *voyage à destination du Canada*, toute visite de suivi à l'extérieur du Canada lorsque l'*urgence* est survenue au Canada.

41. Toute *maladie* survenue durant la *période d'attente*.

SECTION 9 – 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 *vo*tre 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. S'il *vous* est impossible d'un point de vue médical d'appeler le Centre d'assistance au moment où survient l'*urgence*, *nous* *vous* demandons de l'appeler dès que *vous* êtes en état de le faire, sinon de demander à quelqu'un de le faire à *vo*tre place.

Ne présumez pas qu'une personne communiquera avec le Centre d'assistance à *vo*tre place. Il *vous* revient de vérifier que cet appel a été fait.

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 services *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 cette somme; par conséquent, toute différence entre la somme que *vous* avez déboursée et les frais *raisonnables et habituels* que *nous* *vous* remboursons est à *vo*tre charge. Certains services ne sont pas couverts s'ils n'ont pas été autorisés et coordonnés par le Centre d'assistance.

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 du 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 au plus tard dans l'année qui suit la date du sinistre couvert par le présent 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 le demandeur n'a pas reçu les formulaires dans ce délai, il peut 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 du risque assuré qui fait l'objet de la demande de règlement ainsi que la gravité 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 pour étudiants
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 également communiquer directement avec le Centre de règlements pour obtenir des renseignements particuliers sur la façon de présenter une demande de règlement ou sur une demande déjà soumise, en composant le **1 877 372-2989**.

Nous verserons toutes les sommes payables au titre du présent contrat dans les soixante (60) jours suivant la réception de la preuve du sinistre et de tous les documents requis.

SI VOUS PRÉSENTEZ UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR SOINS MÉDICAUX, nous aurons besoin des 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 remboursement des frais dentaires engagés par suite d'un accident;
- une preuve du voyage (indiquant les dates de départ et de retour);
- votre dossier médical indiquant vos antécédents (si nous jugeons ce document nécessaire); et
- une preuve d'inscription dans un établissement d'enseignement reconnu.

SI VOUS PRÉSENTEZ UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT, nous aurons besoin des documents suivants :

- le rapport de la police, du coroner ou de l'autopsie;
- votre dossier médical; et
- le certificat de décès, s'il y a lieu.

Si votre dépouille n'est pas retrouvée dans les douze (12) mois qui suivent l'accident, nous présumerons que vous êtes décédé des suites de vos blessures.

À QUI VERSONS-NOUS LES PRESTATIONS ADVENANT UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT?

Sauf dans le cas de votre décès, nous versons les prestations et 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 payée ou autorisée par nous en votre nom si nous établissons que cette somme n'a pas à être payée au titre de votre certificat. 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.

COMMENT CETTE ASSURANCE EST-ELLE COORDONNÉE AVEC LES AUTRES COUVERTURES QUE VOUS POURRIEZ AVOIR?

L'assurance énoncée dans le présent certificat est 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 à la portion de vos frais couverts admissibles qui sont en excédent des sommes assurées au titre de ces autres couvertures.

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.

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. La somme maximale à laquelle vous avez droit correspond à la somme la plus élevée stipulée pour la garantie en cause dans quelque contrat d'assurance que ce soit. Si le montant total de toutes les assurances accidents dont vous êtes le titulaire au titre des contrats que nous avons établis excède 100 000 \$ CA, notre responsabilité totale ne peut pas dépasser cette somme. Toute assurance excédentaire est nulle et les primes payées pour cette assurance excédentaire sont remboursées.

Y A-T-IL AUTRE CHOSE À SAVOIR À PROPOS DES DEMANDES DE RÈGLEMENT?

Toute fraude ou tentative de fraude, ou toute dissimulation ou déclaration mensongère de votre part portant sur des faits importants dans votre proposition d'assurance ou dans votre demande de prolongation de couverture au titre du présent certificat entraîne la nullité du contrat. Le présent contrat d'assurance est sans participation. Vous n'avez pas droit à nos bénéfices répartisables.

Le droit d'une personne de désigner des personnes à qui ou pour qui des sommes assurées sont versées est restreint.

Nonobstant les autres dispositions qu'elle contient, le présent contrat est assujéti aux conditions de la Loi sur les assurances régissant les contrats d'assurance accidents et maladie, telles qu'elles s'appliquent dans votre province ou territoire de résidence.

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.

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 où vous résidez au Canada lorsque vous avez souscrit l'assurance décrite dans le présent contrat ou, si votre pays de résidence n'est pas le Canada et si vous résidez temporairement au Canada, dans la province ou le territoire du Canada où le contrat a été établi.

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.

SECTION 10 – CONDITIONS LÉGALES

Copie de la proposition. Sur demande, une copie de la proposition *vous* sera fournie, à *vous* ou à un demandeur au titre du contrat.

Renonciation. *Nous nous* réservons le droit de refuser toute proposition ou toute demande de prolongation de couverture. Aucune renonciation, en totalité ou en partie, à une condition du présent certificat n'est valable si elle n'est pas 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 d'un 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 est de dix (10) jours à compter du jour suivant la date de 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. Veuillez consulter la section « Remboursements » du présent certificat.

Droit d'examen. Pour établir la validité d'une demande de règlement au titre du présent certificat, *nous* pouvons *nous* procurer pour étude les dossiers médicaux de *vous* 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 *vous* demande de règlement au titre du présent certificat. 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 certificat, et *vous* devez collaborer avec *nous*. Si *vous* décédez, *nous* avons le droit d'exiger une autopsie, sauf si la loi l'interdit.

SECTION 11 – 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 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) – Durée, exprimée en années, de la naissance jusqu'à la *date d'effet* indiquée dans *vous* avis de confirmation.

Avis de confirmation – Le présent certificat, la proposition d'assurance liée à celle-ci et tout autre document confirmant *vous* 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 *vous* voyage.

Blessure – Lésion corporelle soudaine qui résulte directement d'une cause d'origine externe et purement accidentelle. Au titre de la garantie Décès ou mutilation par accident, 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. **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 *vous* problème de santé; et le remplacement d'un médicament de marque par un médicament générique dont la posologie est la même.

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

Date d'effet – Date indiquée dans *vous* avis de confirmation.

Destination – Pays où *vous* êtes inscrit à un programme d'études comme étudiant à temps plein aux termes du présent programme.

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*, ainsi que 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.

Hospitalisation ou hospitalisé – Se dit lorsqu'une personne est admise dans un hôpital et y reçoit un *traitement* à titre de patient.

Lieu de résidence ou pays de résidence – Pays où *vous* résidez de façon permanente. Dans le cas d'un *résident du Canada qui étudie au Canada* hors de sa province ou de son territoire de résidence, il s'agit de la province ou du territoire du Canada où il réside lorsqu'il ne fréquente pas un établissement d'enseignement.

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 *vous* famille immédiate.

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

Période d'attente – Période de 48 heures qui suit la *date d'effet* de *vous* assurance si *vous* avez souscrit le présent contrat après la date d'expiration de *vous* contrat d'Assurance voyage Scotia existante ou après que *vous* avez quitté *vous* lieu de résidence. Tout sinistre découlant d'une *maladie* survenant pendant la *période d'attente* n'est pas couvert.

Période de couverture – Période commençant à la *date d'effet* et se terminant à la date d'expiration indiquées dans *votre avis de confirmation*.

Personne à charge – Enfant(s) célibataire âgé d'au moins trente (30) jours et de moins de vingt et un (21) ans qui habite avec *vous*, dont *vous* subvenez à au moins cinquante pour cent (50 %) des besoins et qui réside avec *vous* durant *votre voyage*.

Problème de santé – *Blessure, maladie* ou symptôme.

Problème de santé préexistant – *Blessure, maladie* ou symptôme qui existait avant la *date d'effet* de *votre assurance*.

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. De plus, au Canada, pour les étudiants qui voyagent à *destination* du Canada, les frais *raisonnables et habituels* correspondent aux moins élevés des frais suivants : les honoraires fixés par l'association médicale/dentaire provinciale qui s'appliquent aux personnes qui ne sont pas des résidents canadiens ou la somme indiquée aux présentes.

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.

Résident du Canada qui étudie au Canada – Personne couverte par un *régime public d'assurance maladie* canadien et qui étudie au Canada mais ailleurs que dans son *lieu de résidence*.

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 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.

Trouble mental ou émotif mineur désigne :

- vivre de l'anxiété ou des crises de panique, ou
- vivre un état émotif 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 des soins médicaux immédiats. Une *urgence* cesse d'exister lorsque le Centre d'assistance établit que la personne est en état de retourner dans sa province ou son territoire de résidence, ou son *pays de résidence* permanente, ou de poursuivre son *voyage*.

Vous, votre, vos – La ou les personnes désignées comme 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 – Ce terme renvoie à la *Période de couverture*.

Voyage à destination du Canada – *Voyage* en provenance de *votre pays de résidence* à *destination* du Canada, en vue d'y résider temporairement.

Voyage à l'étranger – *Voyage* au cours duquel *vous* résidez temporairement à l'extérieur du Canada, *votre pays de résidence*.

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.

SECTION 12 – AVIS SUR LA VIE PRIVÉE

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. *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 demandé 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 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.

**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.

NUMÉROS DE TÉLÉPHONE IMPORTANTS :

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

Pour présenter une demande de règlement ou en savoir plus sur une demande déjà soumise,
composez le **1 877 372-2989**.

Toute correspondance écrite doit être envoyée à :

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

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

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.

^{MD} Marque déposée de La Banque de Nouvelle-Écosse, utilisée sous licence.