



Assurance médicale Choix du Voyageur Contrat 2025-2026

Établie par

La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie)

Administrateur des services d'assistance et des demandes de règlement

Les demandes de règlement et les services administratifs relèvent de l'administrateur, Active Claims Management inc. Manuvie a désigné Active Claims Management (2018) inc., exerçant ses activités sous les noms d'« Active Care Management », d'« ACM », de « Gestion Global Excel » et/ou de « Global Excel », comme prestataire de tous les services d'assistance et de gestion des demandes de règlement.

Disponible exclusivement auprès de

Bureau d'Assurance Voyage Inc.

Numéros de téléphone d'urgence

Le Centre d'assistance est à votre disposition 24 heures sur 24, sept jours sur sept.

1 888 668-0132 (sans frais, au Canada et aux États-Unis)

ou

+1 519 251-0132 (appels à frais virés dans tous les autres pays)

Le Centre d'assistance peut aussi *vous* conseiller et *vous* aider dans des situations d'urgence qui ne sont pas d'ordre médical, en *vous* donnant accès à des ressources pour résoudre tous les problèmes inattendus qui pourraient survenir pendant vos voyages à l'extérieur de *votre* province ou territoire de résidence effectués pendant la période d'effet de la présente couverture.

En cas d'urgence médicale, *vous*, ou une personne agissant en *votre* nom, devez avertir le Centre d'assistance dès que possible et au plus tard 24 heures après *votre* admission à l'hôpital et avant toute intervention chirurgicale. **Si *vous* omettez de communiquer avec le Centre d'assistance sans motif valable, *vous* devrez peut-être assumer 20 % des frais médicaux couverts au titre de la présente couverture.**

Modification de votre couverture

Le **Bureau d'Assurance Voyage Inc.** est disponible du lundi au vendredi, de 9 h 00 à 17 h 00 (HE). *Vous* devez parler à un agent. Les modifications ne seront pas effectuées si *vous* laissez un message vocal, veuillez téléphoner au 1 844 500-2947.

Avis importants concernant l'Assurance médicale Choix du Voyageur

VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT VOTRE CONTRAT AVANT DE PARTIR EN VOYAGE.

Il est important que *vous* compreniez ce que le présent contrat comprend, ce qu'il exclut et ce qui est limité (prestations plafonnées). Veuillez prendre le temps de lire votre contrat avant de partir en voyage.

- L'assurance voyage couvre les demandes de règlement liées à des situations soudaines et imprévues telles que les accidents et les urgences.
- Pour être admissible au présent contrat, *vous* devez répondre à toutes les conditions d'admissibilité.
- Le présent contrat comporte des restrictions et des exclusions. Il peut s'agir, par exemple, d'un problème de santé non stable, d'une grossesse, de la naissance d'un enfant en voyage, d'une consommation excessive d'alcool ou d'activités à risque élevé.
- Le présent contrat pourrait ne pas couvrir les demandes de règlement portant sur des problèmes de santé préexistants, qu'ils soient déclarés ou non au moment de la souscription du contrat. Il *vous* incombe de comprendre comment cela s'applique à *votre* couverture. En cas d'accident, de blessure ou de maladie, vos antécédents médicaux peuvent être examinés dans le cadre de la demande de règlement.
- Le présent contrat prévoit une assistance voyage. Communiquez immédiatement avec le Centre d'assistance au 1 888 668-0132 avant de recevoir un traitement afin d'éviter que vos prestations ne soient limitées ou refusées.
- Si *vous* présentez une demande de règlement, vos antécédents médicaux pourraient être examinés.
- Si *vous* avez rempli un questionnaire médical et que vos réponses sont inexactes ou incomplètes, nous pourrions annuler le présent contrat.
- Si *vous* avez rempli un questionnaire médical et que vos réponses ont changé entre la date à laquelle *vous* l'avez rempli et la date de début de la couverture, *vous* devez nous en informer immédiatement, faute de quoi nous pourrions annuler le présent contrat.

Le présent contrat comporte une ou plusieurs clauses qui pourraient restreindre le montant payable.

Avis exigé par la législation provinciale

Le présent contrat comporte une clause qui supprime ou limite le droit de la personne assurée de désigner des personnes à qui ou pour qui les sommes assurées peuvent être versées.

Table des matières

Numéros de téléphone <i>d'urgence</i>	1
Avis importants concernant l'Assurance médicale Choix du Voyageur.....	1
À propos du présent <i>contrat</i>	2
Conditions d'admissibilité	2
Convention d'assurance.....	3
Types de couvertures.....	4
Sommaire des garanties	5
Augmentation des prestations de certains régimes pour retraités	5
Franchise.....	5
Garanties.....	6
Couverture relative aux <i>problèmes de santé préexistants</i>	8
Exclusions	8
Définitions.....	9
Dispositions générale.....	11
Conditions générales.....	13
Modification de <i>votre</i> couverture	14
Annulation de <i>votre contrat</i>	14
Présentation d'une demande de règlement	15
Présentation de vos demandes de règlement.....	16
Bénéficiaire des prestations advenant une demande de règlement	16
Autres renseignements à connaître lorsque <i>vous</i> présentez une demande de règlement	16
Avis sur la protection des renseignements personnels.....	16
Association canadienne de l'assurance voyage.....	17

À propos du présent contrat

- Les mots et termes employés au singulier peuvent être interprétés au pluriel et vice-versa, sauf indication contraire.
- *Vous* pouvez annuler le présent *contrat* et demander le remboursement intégral des primes acquittées, avant la date de début de la couverture, à condition que *vous* n'ayez pas quitté *votre* province ou territoire de résidence. Dans le cas contraire, *vous* pourriez recevoir un remboursement calculé au prorata. Il n'y a pas de frais d'administration ni de frais de service.
- Le présent *contrat* doit être accompagné d'une *confirmation de couverture* émise par le **Bureau d'Assurance Voyage Inc.** avant que la couverture ne prenne effet.
- Les termes clés utilisés dans le présent *contrat* sont en italique. Les définitions des termes clés figurent aux pages 11 et 12.
- En vertu des *régimes publics d'assurance maladie* provinciaux et territoriaux, la période passée à l'extérieur de la province ou du territoire est soumise à une limite, après quoi la personne ne pourra pas être admissible à la couverture. Consultez le *régime public d'assurance maladie* de *votre* province ou territoire pour obtenir des précisions.

Droit d'examen de dix (10) jours

Vous pouvez annuler le présent *contrat* dans les dix (10) jours suivant la date de souscription indiquée dans *votre confirmation de couverture* et demander le remboursement intégral des primes acquittées, à condition que *vous* ne soyez pas parti en voyage. Pour ce faire, communiquez avec le **Bureau d'Assurance Voyage Inc.** à l'un des numéros de téléphone indiqués à la section Modification de *votre* couverture, à la page 16.

Il n'y a pas de frais d'administration ni de frais de service.

Conditions d'admissibilité

Vous et toute autre personne couverte par le présent *contrat* devez satisfaire aux conditions d'admissibilité suivantes du présent *contrat* au moment de la soumission de la *proposition*, à la date de départ de *votre* premier voyage à l'extérieur de *votre* province ou territoire de résidence et, si *vous* avez souscrit un régime annuel, à chaque date de départ subséquente :

- Avoir au moins 15 jours et au plus 89 ans à la date de début de la couverture;
- Être assuré(e) au titre d'un *régime public d'assurance maladie* provincial ou territorial pendant toute la période de couverture et résider dans une province ou un territoire du Canada.

***Vous* et toute autre personne couverte par le présent *contrat* devez pouvoir répondre « Non » à chacune des questions d'admissibilité suivantes :**

- 1) *Votre médecin* vous a déconseillé de voyager ou on vous a diagnostiqué une *maladie en phase terminale*.
- 2) *Vous* avez besoin d'aide pour *vous* habiller, *vous* nourrir, *vous* laver, aller aux toilettes ou changer de position en raison d'un problème de santé persistant.
- 3) *Vous* souffrez de l'un des *problèmes de santé* suivants :
 - a) Fibrose pulmonaire;
 - b) Insuffisance cardiaque congestive;
 - c) Affection rénale nécessitant une dialyse;
 - d) Anévrisme dont la largeur ou le diamètre est supérieur à 4,5 cm.

- 4) Vous avez déjà reçu une greffe de cellules souches, de moelle osseuse, de cœur, de rein, de foie ou de poumon ou vous êtes en attente d'une telle greffe.
- 5) Au cours des cinq années précédant la date de *votre proposition*, vous avez eu un cancer métastatique OU **deux** cancers ou **plus** (sauf un carcinome cutané basocellulaire ou épidermoïde ou un cancer du sein traité uniquement au moyen d'une hormonothérapie).
- 6) Au cours des 12 mois précédant la date de *votre proposition* :
 - a) vous avez fait usage d'oxygène à domicile OU de prednisone pour une affection pulmonaire ou on vous en a prescrit;
 - b) vous avez reçu un diagnostic de cancer, une biopsie positive ou un *traitement* de chimiothérapie ou de radiothérapie, ou vous avez subi une intervention chirurgicale pour un cancer (à l'exception d'un carcinome cutané basocellulaire ou épidermoïde).
- 7) Au cours des 12 mois précédant la date de *votre proposition*, avez-vous été admis à l'hôpital en raison de l'un des événements suivants (à l'exclusion d'une surveillance de routine) :
 - a) Affection cardiaque (à l'exception du changement de la pile d'un stimulateur cardiaque);
 - b) Un accident vasculaire cérébral (AVC) ou un mini-AVC ou un accident ischémique transitoire (AIT);
 - c) Une affection respiratoire (y compris la pneumonie);
 - d) Affection rénale (à l'exception des calculs rénaux).

Questionnaire médical

Un *questionnaire médical* est exigé pour les demandeurs qui ont entre 60 et 89 ans. La prime pour cette couverture sera fondée sur les réponses données aux questions d'ordre médical. Selon les réponses, certains demandeurs peuvent ne pas remplir les conditions requises pour bénéficier de cette couverture.

Convention d'assurance

1. Sous réserve des conditions du *contrat*, Manuvie accepte de payer jusqu'à concurrence de 5 000 000 \$ US par personne pour les *frais raisonnables et habituels* engagés de manière imprévue pendant la période de couverture. Sont pris en charge les frais associés à une hospitalisation d'*urgence*, à des soins médicaux ou à d'autres risques couverts engagés pendant la période de couverture, jusqu'à concurrence des plafonds indiqués dans la section Sommaire des garanties, découlant d'une *maladie* ou d'une *blessure* survenant pendant la période de couverture.
2. Les montants payables au titre du présent régime s'ajoutent aux montants dont vous pouvez bénéficier au titre du *régime public d'assurance maladie* de la province ou du territoire dans lequel vous êtes couvert(e), ou à ceux dont vous pouvez bénéficier au titre d'un autre *contrat* ou d'un autre régime. Le *contrat* est de type « second payeur ». Les prestations totales que vous recevez de tous les assureurs ne peuvent dépasser les frais que vous avez effectivement engagés. Nous examinons les demandes de règlement portant sur des montants supérieurs au titre de vos autres *contrats*, y compris :
 - la responsabilité civile;
 - les régimes ou *contrats* d'assurances maladie collectives ou individuelles, de base ou complémentaires;
 - les régimes d'assurance automobile privée, provinciale ou territoriale qui couvrent les frais d'hospitalisation et les frais médicaux ou thérapeutiques;
 - toute autre assurance responsabilité civile.

Nous appliquons la coordination des prestations versées avec tous les assureurs qui vous versent des prestations semblables à celles prévues dans le présent *contrat*, jusqu'à concurrence de la somme la plus élevée stipulée par n'importe quel assureur.

3. Si un acte terroriste cause directement ou indirectement une perte admissible selon les conditions du présent *contrat*, nous couvrons :
 - jusqu'à deux *actes terroristes* au cours d'une année civile;
 - jusqu'à un montant maximal global de 35 000 000 \$ CA pour tous les *contrats* admissibles de soins médicaux d'*urgence* en vigueur établis et administrés par nous.

La prestation que nous versons pour chaque demande de règlement admissible s'ajoute à toutes les autres sources de prestation que vous recevez, y compris les options de rechange ou de remplacement de voyage et toute autre assurance.

La somme que nous versons pour les demandes de règlement est réduite au prorata afin de ne pas dépasser le montant maximal global que nous payons après la fin de l'année civile et après avoir traité toutes les demandes de règlement liées à des *actes terroristes*.

4. Si vous décidez de payer les frais avant de communiquer avec le Centre d'assistance, nous vous remboursons selon les *frais raisonnables et habituels* que nous aurions payés directement au fournisseur. Les frais médicaux que vous payez pourraient être supérieurs à ce montant. La différence entre le montant que vous avez payé et ce que nous remboursons restera donc à votre charge. Certaines prestations ne seront pas versées si elles n'ont pas été autorisées et coordonnées au préalable par le Centre d'assistance.

Types de couvertures

Couverture pour un seul voyage ou un complément

La couverture débute à la plus éloignée des dates suivantes :

- a) Le moment où le Bureau d'Assurance Voyage Inc. traite la *proposition* dûment remplie;
- b) La date de début de la couverture indiquée dans *votre confirmation de couverture*;
- c) Le moment où *vous* quittez *votre* province ou territoire de résidence, ou le Canada.

La couverture prend fin à la première des dates suivantes :

- a) Le moment de *votre* retour dans *votre* province ou territoire de résidence (sauf si *vous* effectuez un retour provisoire au Canada avec l'intention de retourner à *votre* destination à l'étranger);
- b) La date d'expiration de la couverture indiquée dans *votre confirmation de couverture*

Complément à une garantie existante

Vous pourriez avoir le droit de souscrire un *contrat* Assurance médicale Choix du Voyageur afin de compléter une autre garantie soins médicaux d'*urgence* que *vous* détenez. Pour ce faire, appelez le **Bureau d'Assurance Voyage Inc.** à l'un des numéros de téléphone indiqués à la section Modification de *votre* couverture, à la page 16. La couverture souscrite pour compléter d'autres *contrats* prend effet à la date de début de la couverture indiquée dans *votre confirmation de couverture*, qui doit être le jour suivant la fin de *votre* autre couverture.

Période d'attente

Si *vous* souscrivez une assurance après avoir quitté *votre* province ou territoire de résidence, la couverture débute à la date indiquée dans *votre confirmation de couverture*.

Important : Les *maladies* qui se manifestent au cours des 48 premières heures suivant la date de début de la couverture ne sont pas couvertes, même si les frais y afférents sont engagés après la période d'attente de 48 heures.

Régime annuel

Début de la couverture

- a) La couverture débute à la date indiquée dans *votre confirmation de couverture*.
- b) La couverture débute à toute date à laquelle *vous* quittez *votre* province ou *votre* territoire de résidence débutant à la date d'effet du régime annuel, indiquée dans *votre confirmation de couverture*, ou après.

Vous devez continuer à satisfaire aux conditions d'admissibilité (énumérées aux pages 3 et 4) à chaque date de départ pour que la couverture demeure en vigueur.

Les voyages ne sont limités que par le nombre maximum de jours autorisés par le *régime public d'assurance maladie* de *votre* province ou territoire. En cas de demande de règlement, *vous* devrez fournir la preuve de la date de *votre* départ et de la date de *votre* retour.

Vous ne pouvez pas utiliser la couverture du régime annuel pour compléter une autre garantie.

La couverture prend fin à la première des dates suivantes :

- a) Le moment où *vous* atteignez le nombre maximal de jours autorisés pour chaque voyage, tel qu'il a été choisi et payé au moment de la demande de couverture et tel qu'il figure dans *votre confirmation de couverture*;
- b) La date d'expiration de la couverture indiquée dans *votre confirmation de couverture*

Couverture familiale

Si *vous* et un autre adulte avez tous deux 55 ans ou moins et que *vous* voyagez avec des *enfants à charge*, ces derniers sont couverts. Cette garantie s'applique aux adultes célibataires ayant 55 ans ou moins qui paient le double de la prime exigée.

L'adulte supplémentaire ayant 55 ans ou moins peut être *votre conjoint*, *votre conjoint de fait*, *votre* tuteur légal, un grand-père ou une grand-mère.

Les *enfants à charge* sont vos enfants non mariés nés avant le voyage, financièrement à *votre* charge, ayant au moins 15 jours et au plus 21 ans.

Sommaire des garanties

Les montants ci-dessous sont indiqués en \$ US.

Plafond global du régime.....	5 000 000 \$
Services ambulanciers (par voie terrestre et aérienne).....	5 000 000 \$
Évacuation médicale d'un point isolé	5 000 000 \$
Services, fournitures et <i>traitements</i> médicaux.....	5 000 000 \$
Médicaments prescrits en cas d' <i>urgence</i> médicale.....	Provision pour une période maximale de 30 jours
Chiropraticien, physiothérapeute, ostéopathe, chiroprodiste, podiatre et acupuncteur.....	500 \$ par spécialité Maximum de 3 000 \$
Personnel infirmier privé autorisé	7 500 \$
Hospitalisation	5 000 000 \$
Frais accessoires d'hospitalisation (en cas d'hospitalisation) pour vous et toute personne restant avec vous	3 500 \$
Rapatriement au Canada de <i>vous-même</i> , de votre <i>conjoint</i> ou de votre enfant, avec un préposé médical si nécessaire ..	5 000 000 \$
Rapatriement de l'animal de compagnie au Canada.....	750 \$
Rapatriement du véhicule ou de l'embarcation	5 000 \$
Transport de deux membres de la famille et/ou amis pour se rendre à votre chevet en cas d'hospitalisation	3 000 \$
Frais de repas et d'hébergement de deux membres de la famille et/ou amis s'ils sont transportés à votre chevet en cas d'hospitalisation.....	Jusqu'à concurrence de 150 \$ par jour Maximum de 3 000 \$
Prolongation de la couverture en cas d'hospitalisation à la date d'expiration.	Jusqu'à 365 jours
Prolongation de la couverture en cas de sortie de l' <i>hôpital</i> après la fin de la couverture	Jusqu'à 365 jours
Soins dentaires en cas d'accident.....	5 000 \$
Soulagement de douleurs dentaires.....	500 \$
Retour à la destination de voyage initiale en cas de retour au Canada	Billet d'avion en classe économique
Interruption de voyage pour les régimes pour un seul voyage.....	Jusqu'à 15 jours consécutifs
Transport d'un membre de la famille pour identifier la dépouille d'une personne assurée	1 500 \$
Frais de repas et d'hébergement d'un membre de la famille s'il est transporté pour identifier la dépouille d'une personne assurée	Jusqu'à concurrence de 150 \$ par jour Maximum de 1 500 \$
Rapatriement de la dépouille en cas de décès.....	10 000 \$
Crémation sur le lieu du décès	5 000 \$

Si *vous* effectuez des examens dans le cadre d'enquêtes médicales, d'un *traitement* ou d'une intervention chirurgicale, ou si *vous* recevez un *traitement* ou subissez une intervention chirurgicale qui n'a pas été préautorisée, votre demande de règlement ne sera pas remboursée. Cela comprend notamment ce qui suit : imagerie par résonance magnétique (IRM), cholangiopancréatographie par résonance magnétique (CPRM), tomodensitogramme, angiographie par tomodensitométrie, échographie, épreuve d'effort nucléaire, biopsie, angiographie, angioplastie, chirurgie cardiovasculaire incluant tout examen diagnostique associé, cathétérisme cardiaque et toute intervention chirurgicale.

Augmentation des prestations de certains régimes pour retraités

Au Canada, les régimes pour retraités prévoyant une couverture de 500 000 \$ CA ou plus pour une période limitée (42 jours et 62 jours, par exemple) feront l'objet d'un complément dans la limite d'un plafond global de 5 000 000 \$ US si une couverture de 30 jours ou plus a été souscrite, comme indiqué dans la *confirmation de couverture*.

Franchise

La franchise est indiquée dans *votre confirmation de couverture*. Les franchises sont exprimées en \$ US. Si *vous* avez payé la prime exigée pour supprimer la franchise, celle-ci apparaîtra comme nulle. Si *vous* avez une franchise, celle-ci s'applique à chaque demande de règlement. Il *vous* incombe de payer la franchise avant que les frais admissibles restants ne soient remboursés au titre du présent *contrat*.

Garanties

Manuvie accepte de prendre en charge les frais suivants :

Les **services ambulanciers** (par voie terrestre et aérienne) pour *vous* transporter vers l'établissement médical approprié le plus proche ou vers un *hôpital* canadien en raison d'une *blesseure* ou d'une *maladie* couverte nécessitant des soins d'*urgence*. Tout transport d'*urgence*, en aller simple par avion ou en civière, et/ou le recours à un préposé médical doivent être approuvés au préalable et coordonnés par le Centre d'assistance.

L'**évacuation médicale d'un point isolé** par une ambulance aérienne, terrestre ou maritime locale autorisée (y compris en montagne et en mer) à destination de l'*hôpital* le plus proche lorsque les *frais raisonnables et habituels* sont appliqués et que cela est approuvé par le Centre d'assistance.

Les **services, fournitures et traitements médicaux**, à condition que *vous* n'ayez aucun lien de parenté (consanguin ou matrimonial) avec le professionnel de la santé. Les services, fournitures et *traitements* médicaux suivants sont couverts :

- a) Les services d'un chirurgien, d'un anesthésiste ou d'un *médecin* légalement autorisé, ou d'un infirmier diplômé autorisé.
- b) Les services ambulatoires d'*urgence* fournis par un *hôpital*;
- c) Lorsqu'ils sont effectués au moment de l'*urgence* initiale, les tests de laboratoire et/ou les radiographies exigés par un *médecin* à des fins de diagnostic.
- d) La location de béquilles ou d'un lit d'*hôpital*, jusqu'à concurrence du prix d'achat, et le coût des attelles, bandages herniaires, appareils orthopédiques ou autres prothèses approuvées au préalable par le Centre d'assistance.
- e) Les médicaments nécessitant une ordonnance écrite du *médecin*, jusqu'à concurrence d'une provision de 30 jours.
- f) Les services d'un chiropraticien légalement autorisé pour le *traitement* d'une *blesseure* couverte, jusqu'à concurrence de 500 \$ US.
- g) Les services des praticiens légalement autorisés suivants pour le *traitement* d'une *blesseure* couverte :
 - Chiropraticien, physiothérapeute, ostéopathe, chiropodiste, podiatre et acupuncteur.
 - La prestation est plafonnée à 500 \$ US par spécialité, sous réserve d'un maximum global de 1 000 \$ US.
- h) Le personnel infirmier privé autorisé, si le Centre d'assistance l'approuve au préalable, jusqu'à concurrence de 7 500 \$ US.

L'**hospitalisation**, y compris en chambre à deux lits, et les services et fournitures nécessaires à vos soins d'*urgence* pendant l'hospitalisation à titre de patient interne. Les services fournis ne doivent pas être supérieurs à ce qui a normalement cours ou à ce qui est habituellement payé dans la région pour obtenir un *traitement*, des services ou du matériel associés à une *maladie* ou à une *blesseure* semblable.

Les **frais accessoires d'hospitalisation**, jusqu'à concurrence de 3 500 \$ US pour les dépenses suivantes engagées par *vous* ou toute personne restant avec *vous* pendant votre hospitalisation à titre de patient interne au cours de la période de couverture :

- a) Frais de séjour et de repas dans un établissement commercial;
- b) Frais de garde d'enfants de moins de 18 ans et d'enfants (quel que soit leur âge) qui souffrent d'un handicap physique ou mental et qui dépendent de votre assistance;
- c) Appels téléphoniques essentiels;
- d) Location d'une télévision à l'*hôpital*;
- e) Accès à Internet;
- f) Frais de taxi.

Les frais doivent être attestés par les reçus originaux des fournisseurs de services.

Rapatriement au Canada – Si *vous* êtes rapatrié(e) au Canada, cette prestation comprend :

- a) le coût d'un préposé (avec qui *vous* n'avez aucun lien de parenté consanguin ou matrimonial), plus son billet d'avion de retour en classe économique, pour voyager avec vos compagnons de voyage (âgés de moins de 18 ans ou souffrant d'un handicap physique ou mental et dépendant de votre assistance) jusqu'à votre province ou territoire de résidence;
- b) le coût supplémentaire d'un billet d'avion aller simple en classe économique pour le rapatriement de vos compagnons de voyage (âgés de moins de 18 ans ou souffrant d'un handicap physique ou mental et dépendant de votre assistance);
- c) le coût supplémentaire d'un billet d'avion aller simple en classe économique pour le rapatriement d'un des membres de votre famille qui *vous* accompagne (*conjoint*, père, mère, frère, sœur, tuteur légal, père par remariage de la mère, mère par remariage du père ou enfant, frère ou sœur issu de ce remariage, tante, oncle, nièce, neveu, grand-père, grand-mère, petit-fils, petite-fille, beau-père, belle-mère, gendre, bru, beau-frère, belle-sœur ou grand-père ou grand-mère par alliance, ou enfant en tutelle) dans sa province ou son territoire de résidence.

Les prestations ne sont versées que si elles ont été approuvées au préalable et coordonnées par le Centre d'assistance.

Rapatriement de l'animal de compagnie – Si *vous* êtes rapatrié(e) au Canada ou si *vous* êtes hospitalisé(e) à la suite d'une *maladie* ou d'une *blesseure* couverte, cette garantie couvre jusqu'à concurrence de 750 \$ US les frais de rapatriement au Canada de l'animal de compagnie (chat ou chien) qui *vous* accompagne.

Rapatriement du véhicule ou de l'embarcation – Si, à la suite d'une *maladie* ou d'une *blesseure* couverte, *vous* ne pouvez pas rentrer au Canada avec l'embarcation ou le véhicule utilisé pour votre voyage, *vous* serez remboursé(e) jusqu'à concurrence de 5 000 \$ US pour le coût d'une agence commerciale pour le rapatriement d'un véhicule ou d'une embarcation dans votre province ou territoire de résidence ou à l'agence de location commerciale la plus proche.

Tous les rapatriements de véhicules et d'embarcations doivent être approuvés au préalable et coordonnés par le Centre d'assistance.

Un véhicule désigne une voiture particulière, une voiture familiale, une camionnette ou une fourgonnette utilisée exclusivement pour le transport de passagers et dont *vous* êtes le propriétaire ou le locataire. Si *vous* voyagez à l'extérieur de l'Amérique du Nord continentale, cette garantie ne s'applique qu'à un véhicule de location. Un véhicule désigne également une autocaravane ou une fourgonnette de camping dont *vous* êtes le propriétaire ou le locataire; une autocaravane désigne un véhicule motorisé contenant un espace d'habitation qui fait partie intégrante du véhicule et n'est pas amovible; une fourgonnette de camping désigne un véhicule sur lequel est montée une unité construite particulièrement à des fins d'habitation et duquel elle peut en être retirée.

Garanties (suite)

Transport de deux membres de la famille et/ou amis à votre emplacement à l'étranger – Jusqu'à concurrence de 3 000 \$ US pour le coût du transport d'un maximum de deux compagnons de chevet (un membre de *votre* famille ou un ami proche) en classe économique aller-retour (en utilisant l'itinéraire le plus direct) si :

- a) *vous* êtes hospitalisé(e) à la suite d'une *maladie* ou d'une *blessure* couverte et que le *médecin* traitant estime que la présence d'un membre de *votre* famille ou d'un ami proche est nécessaire;
- b) les autorités locales exigent légalement la présence d'un membre de *votre* famille ou d'un ami proche pour identifier *votre* dépouille en cas de décès découlant d'une *maladie* ou d'une *blessure* couverte.

La prestation doit être préautorisée par le Centre d'assistance.

Frais accessoires de deux membres de la famille et/ou amis s'ils sont transportés jusqu'à votre chevet – 150 \$ US par jour, jusqu'à concurrence de 3 000 \$ US pour les dépenses suivantes engagées par le(s) membre(s) de *votre* famille ou *votre* (vos) ami(s) proche(s) après l'arrivée :

- a) Frais de séjour et de repas dans un établissement commercial;
- b) Appels téléphoniques essentiels;
- c) Frais de taxi.

La prestation doit être préapprouvée par le Centre d'assistance.

Prolongation automatique de la couverture

- a) Retard du moyen de transport – La couverture sera automatiquement prolongée pour une durée maximale de trois jours en cas de retard, dû à des circonstances indépendantes de *votre* volonté, du véhicule, de la compagnie aérienne, de l'autobus, du train ou du système de traversier exploité par le gouvernement dans lequel *vous* voyagez ou êtes censé(e) voyager en tant que passager. Le retard et la date d'arrivée prévue doivent survenir avant la date d'expiration indiquée dans la *confirmation de couverture*.
- b) Médicalement inapte à voyager – La couverture sera automatiquement prolongée pour une durée maximale de cinq jours si un certificat médical atteste que *vous* êtes médicalement inapte à voyager en raison d'une *maladie* ou d'une *blessure* couverte, au plus tard à la date d'expiration indiquée dans la *confirmation de couverture*. Tous les frais liés à la modification de vos plans de voyage sont à *votre* charge.
- c) Hospitalisation – En cas d'hospitalisation à la date d'expiration indiquée dans la *confirmation de couverture* à la suite d'une *maladie* ou d'une *blessure* couverte, la couverture sera automatiquement prolongée sans frais pour la durée de l'hospitalisation, plus trois jours après la sortie pour le retour à domicile. Cette couverture s'appliquera également à *votre* (vos) compagnon(s) de voyage qui reste(nt) avec *vous* lorsque cela est raisonnable et nécessaire.

Soins dentaires en cas d'urgence et soulagement de douleurs dentaires

- a) La garantie Soins dentaires en cas d'urgence prévoit jusqu'à 5 000 \$ US pour les services de soins ou le *traitement* d'urgence des dents naturelles entières ou saines (y compris les dents entourées d'une coiffe ou d'une couronne) qui sont endommagées à la suite d'un coup accidentel au visage.
- b) La garantie Soulagement de douleurs dentaires prévoit jusqu'à 500 \$ US pour le soulagement immédiat d'une douleur aiguë aux dents non causée par un coup direct au visage et pour laquelle *vous* n'avez pas reçu de *traitement* ou de conseils auparavant.

Le remboursement ne dépassera pas le tarif minimum indiqué dans le barème des tarifs de l'association dentaire canadienne de *votre* province ou territoire de résidence.

Le *traitement* dentaire d'urgence doit commencer dans les 48 heures suivant le début de l'urgence et doit être terminé avant la date d'expiration indiquée dans la *confirmation de couverture* et avant *votre* retour dans *votre* province ou territoire de résidence.

Le *traitement* doit être effectué par un dentiste ou un chirurgien buccal légalement autorisé.

Le **retour à la destination de voyage initiale** est une prestation soumise à l'approbation préalable du Centre d'assistance. En cas de rapatriement dans *votre* province ou territoire de résidence, si le *médecin* traitant estime que le *traitement* reçu au Canada a permis de traiter l'urgence, *vous* pouvez demander à bénéficier de cette prestation. Si le Centre d'assistance estime qu'il est peu probable que l'urgence médicale se reproduise, cette garantie prévoit un montant maximum de 2 500 \$ US pour un vol aller simple en classe économique afin de *vous* ramener *vous*, ainsi qu'un compagnon de voyage assuré, à la destination de voyage initiale.

Le retour doit avoir lieu pendant la période de couverture initiale.

La récurrence ou la complication du problème de santé qui a entraîné votre retour dans votre province ou territoire de résidence n'est pas couverte en vertu du présent contrat.

La prestation doit être préapprouvée par le Centre d'assistance.

Si *vous* revenez temporairement au Canada pendant la période de couverture, *vous* n'êtes pas couvert(e) tant que *vous* êtes dans *votre* province ou territoire de résidence. Les jours passés dans *votre* province ou territoire de résidence ne sont pas remboursés. *Vous* devez satisfaire aux conditions d'admissibilité du présent *contrat* lorsque *vous* quittez *votre* province ou territoire de résidence afin de continuer à bénéficier de *votre* couverture.

Rapatriement du défunt – En cas de *votre* décès à la suite d'une *maladie* ou d'une *blessure* couverte, cette garantie prévoit :

- a) jusqu'à concurrence de 10 000 \$ US pour les frais de préparation et de rapatriement de *votre* dépouille dans un conteneur standard jusqu'à *votre* résidence permanente au Canada;
- b) jusqu'à concurrence de 5 000 \$ US pour l'incinération ou l'enterrement de *votre* dépouille au lieu du décès. Le coût de l'urne ou du cercueil et des services funéraires n'est pas couvert.

Couverture relative aux problèmes de santé préexistants

Les prestations sont payables pour les soins médicaux d'urgence occasionnés par votre problème de santé existant ou une affection connexe, autre qu'une affection bénigne, si le problème de santé était stable au cours des 90 jours précédant la date d'effet.

Exclusions

Nous ne payons pas de prestations liées aux cas suivants :

1. En cas de problème de santé préexistant qui n'était pas stable au cours des 90 jours précédant la date d'effet.
2. La poursuite du traitement d'un problème de santé ou d'une affection connexe lorsque vous avez déjà reçu des soins d'urgence pendant votre voyage et que nos conseillers médicaux établissent que votre urgence a pris fin.
3. Lorsque les frais sont occasionnés par la récurrence ou la complication de la maladie, de la blessure ou du problème de santé qui a entraîné votre retour à domicile, si vous décidez de reprendre votre voyage après votre retour au Canada.
4. Tout traitement qui n'est pas un traitement d'urgence.
5. Tout traitement non urgent, expérimental ou facultatif, comme une chirurgie esthétique, le traitement d'une maladie chronique, la réadaptation, ainsi que toute dépense liée à des complications connexes directes ou indirectes.
6. Un voyage, entrepris dans le but de recevoir un diagnostic, un traitement, une intervention chirurgicale, une évaluation, des soins palliatifs ou toute autre forme de thérapie, que cela ait été autorisé par un médecin ou non, ainsi que toute complication directe ou indirecte qui en résulte.
7. Les blessures que vous vous êtes infligées, à moins qu'une attestation médicale n'établisse qu'elles sont reliées à un trouble mental.
8. Tout sinistre découlant de vos troubles mentaux ou affectifs mineurs.
9. Tout problème de santé :
 - a) Y compris les symptômes de sevrage, découlant de votre usage chronique d'alcool, de drogues ou d'autres substances intoxicantes, ou s'y rapportant de quelque façon que ce soit, avant ou pendant votre voyage.
 - b) Survenant au cours de votre voyage, découlant ou se rapportant de quelque façon que ce soit à l'abus d'alcool, de drogues et d'autres substances intoxicantes.
10. Tout problème de santé attribuable au fait que vous ne suivez pas le traitement qui vous a été prescrit ou au fait que vous ne prenez pas les médicaments prescrits.
11. Toute demande de règlement liée à la perpétration ou à la tentative de perpétration par vous-même d'un acte criminel ou d'un acte illégal.
12. Tout problème de santé si, avant votre date de départ, vous n'aviez pas rempli toutes les conditions d'admissibilité à l'assurance ou vous n'aviez pas répondu sincèrement et avec exactitude à toutes les questions du questionnaire médical, le cas échéant.
13. Lorsque les frais sont occasionnés par, liés à et/ou attribuables à :
 - a) tout acte terroriste ou tout problème de santé dont vous souffrez ou que vous contractez si, avant votre date d'effet, le gouvernement canadien avait publié un avis officiel « Éviter tout voyage non essentiel » ou « Éviter tout voyage » vers le pays, région ou ville de destination. Pour consulter les avertissements aux voyageurs, rendez-vous sur le site d'information sur les voyages du gouvernement du Canada.
Remarque : Cette exclusion ne s'applique pas aux demandes de règlement découlant d'une urgence ou d'un problème de santé qui n'a aucun rapport avec l'avertissement aux voyageurs.
14. Tout acte de guerre.
15. Tout acte terroriste causé par des moyens biologiques, chimiques, nucléaires ou radioactifs.
16. Lorsque les frais sont occasionnés par un voyage en avion, sauf si l'assuré voyage à titre de passager à bord d'un avion commercial autorisé à transporter des passagers payants, à moins que le transport n'ait été organisé par le Centre d'assistance.
17. Tout problème de santé ou symptôme lorsque l'une ou l'autre des conditions suivantes s'applique :
 - Avant de quitter votre lieu de résidence ou avant la date d'effet de la couverture, vous saviez, ou il était raisonnable de penser, qu'un traitement serait nécessaire pendant le voyage.
 - Un traitement ou un examen est prévu avant votre départ de votre lieu de résidence.
 - Vous avez des symptômes qui auraient amené toute personne normalement prudente à se faire soigner dans les 3 mois précédant le départ de votre lieu de résidence.
 - Le problème de santé ou les symptômes incitent votre médecin à vous déconseiller de voyager.
18. Une urgence résultant d'un accident qui survient lorsque vous participez à l'une des activités suivantes :
 - a) Toute activité sportive pour laquelle vous êtes payé, y compris la plongée avec tuba ou la plongée sous-marine
 - b) Toutes les formes de sauts extrêmes comme le vol en combinaison ailée.
 - c) Deltaplane.
 - d) Escalade de rocher.
 - e) Alpinisme, y compris l'ascension ou la descente d'une montagne à l'aide d'équipement spécialisé comme des crampons, des piolets, des ancrages, des pitons, des mousquetons et de l'équipement pour faire du premier de cordée et de la moulinette.
 - f) Compétitions, épreuves de vitesse, ou autre activité à risque élevé nécessitant l'usage d'un véhicule motorisé au sol, dans l'eau ou dans l'air, y compris les entraînements pour ces événements, se déroulant sur des circuits approuvés ou ailleurs.

Exclusions (suite)

19. Vos suivis :

- a) De soins prénataux et postnataux habituels.
- b) De grossesse ou d'accouchement, ou des complications qui en résultent, survenant au cours des 9 semaines avant la date prévue de l'accouchement ou des 9 semaines après cette date.

20. La naissance de *votre* enfant pendant *votre* voyage.

21. Tout *problème de santé* lié à une déficience congénitale si l'enfant assuré est âgé de moins de deux ans.

22. Tous frais couverts supérieurs aux *frais raisonnables et habituels* là où survient l'*urgence* médicale.

23. Tout autre *traitement* médical si *nos* conseillers médicaux déterminent que *vous* devriez *vous* rendre dans un autre établissement ou retourner dans *votre* province ou territoire de résidence pour recevoir un *traitement* mais que *vous* décidez de ne pas le faire.

24. Pour toute prolongation de couverture ou tout complément, *nous* ne payons aucune demande de règlement pour un *problème de santé* apparu, diagnostiqué ou qui nécessite un *traitement* après *votre* date de départ et avant la *date d'effet* de *votre* prolongation d'assurance ou complément.

Définitions

Les termes définis suivants apparaissent en italique dans le *contrat* :

acte de guerre – Acte hostile ou guerrier, que la guerre soit déclarée 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.

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. Un tel acte vise le grand public, les gouvernements, les organisations, les biens, les infrastructures ou les systèmes électroniques. L'activité en question vise à :

- créer un climat de peur dans la population générale;
- perturber l'économie;
- intimider ou renverser le gouvernement au pouvoir ou une puissance occupante, ou faire pression sur celui-ci;
- servir des objectifs politiques, sociaux, religieux ou économiques.

affection bénigne – *maladie* ou *blessure* qui s'est terminée plus de 30 jours avant la *date d'effet* indiquée dans la *confirmation de couverture*, et qui n'a pas exigé :

- a) un *traitement* pendant plus de 15 jours consécutifs;
- b) plusieurs consultations de suivi auprès d'un *médecin*;
- c) une hospitalisation, une intervention chirurgicale ou la consultation d'un spécialiste.

blessure – lésion corporelle soudaine qui résulte directement d'une cause externe et accidentelle, et indépendante de toute autre cause, y compris une *maladie* ou une affection.

\$ CA – dollars canadiens.

changement de médication – Changement de type de médicament, réduction ou augmentation de la fréquence ou de la posologie d'un médicament, arrêt d'un médicament ou ordonnance d'un nouveau médicament.

confirmation de couverture – document que *vous* recevez lorsque *vous* demandez une nouvelle couverture ou une garantie supplémentaire au titre du présent *contrat*, qui comprend le numéro de *votre contrat* et confirme la couverture que *vous* avez souscrite.

conjoint – personne avec qui *vous* êtes légalement marié(e) ou qui vit avec *vous* depuis une période continue d'au moins un (1) an et qui est publiquement présentée comme étant *votre* partenaire domestique.

contrat – le présent document, la *proposition* dûment remplie, le *questionnaire médical*, la *confirmation de couverture* et tout avenant au présent document que *nous* délivrons après réception de la prime exigée.

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

- Pour le régime annuel, 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 confirmation de couverture* ou après.
- Pour le régime pour un seul voyage, y compris les compléments, la couverture débute à la plus éloignée des dates suivantes :
 - *votre* date de départ; ou
 - *votre* date d'effet, indiquée dans *votre confirmation de couverture*.

enfants à charge – vos enfants non mariés nés avant le voyage, financièrement à *votre* charge, ayant au moins 15 jours et au plus 21 ans.

frais raisonnables et habituels – frais engagés pour acquérir des biens et des services comparables aux frais exigés par d'autres fournisseurs pour des biens et services semblables dans la même région.

Définitions (suite)

hôpital – Établissement habilité à fournir des services de santé, dûment autorisé et exploité à cette fin, doté du personnel nécessaire pour soigner et traiter les patients hospitalisés et les patients en consultation externe. Les *traitements* doivent être supervisés par un *médecin* et du personnel infirmier autorisé doit être en service 24 heures sur 24. L'établissement doit aussi disposer d'installations de diagnostic et d'une salle d'opération sur place ou dans des lieux sous sa direction. Sont exclus les établissements qui sont principalement des cliniques, les établissements de soins palliatifs ou de longue durée, les centres de réadaptation, les centres de désintoxication, les maisons de convalescence ou de repos, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les foyers pour personnes âgées et les stations thermales.

maladie – affection ou trouble, ou tout symptôme connexe.

maladie en phase terminale – *problème de santé* qui, selon l'opinion du *médecin*, indique une espérance de vie de moins de 24 mois, ou pour lequel des soins palliatifs ont été reçus avant la date de début de la couverture.

médecin – personne qui n'est ni *vous*, ni un membre de *votre* famille immédiate, ni *votre* compagnon de voyage, qui est autorisée dans le territoire où les services sont fournis, à prescrire et à administrer un *traitement* médical.

nous, notre, nos – Manuvie.

problème de santé préexistant – tout *problème de santé* qui existait avant *votre date d'effet*.

problème de santé – affection, *maladie* ou *blessure*, y compris les symptômes d'affections non diagnostiquées.

proposition – série de questions qui constituent *votre* demande de couverture et qui :

- sont soumises en *votre* nom si *vous* transmettez *votre* demande par téléphone;
- sont soumises lorsque *vous* transmettez *votre* demande en ligne;
- comprennent le *questionnaire médical*.

questionnaire médical – ensemble des questions médicales relatives à vos antécédents médicaux auxquelles *vous* pouvez être amené(e) à répondre dans la *proposition*. Si *vous* êtes admissible, ce questionnaire déterminera les conditions de la couverture et/ou la prime qui s'applique à *vous*.

régime public d'assurance maladie – couverture d'assurance maladie offerte aux personnes résidant au Canada par le gouvernement de leur province ou territoire de résidence.

stable – un *problème de santé* est jugé *stable* lorsque tous les énoncés ci-dessous s'appliquent :

- a) Aucun nouveau *traitement* n'a été prescrit ou recommandé, ou le *traitement* en cours n'a pas été modifié ni arrêté;
- b) Aucun *changement de médication* n'a été effectué, ou aucun autre médicament n'a été recommandé ou prescrit;
- c) Aucune aggravation du *problème de santé* n'est survenue;
- d) Aucun nouveau symptôme n'est apparu ou il n'y a eu aucune aggravation ou augmentation de la fréquence des symptômes existants;
- e) Aucune hospitalisation ou consultation d'un spécialiste n'a été nécessaire;
- f) Aucun examen, aucun test exploratoire, ni aucun *traitement* n'ont été recommandés ou n'étaient en cours, mais non terminés;
- g) Aucun *traitement* n'est prévu ou n'est en attente.

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

Les éléments suivants répondent à la définition de *stable* :

- a) Rajustement périodique de l'insuline, du Coumadin ou de la warfarine, à condition que ce médicament n'ait pas été prescrit pour la première fois dans les 90 jours précédant la *date d'effet*;
- b) Remplacement d'un médicament de marque par un médicament générique, à condition que le médicament n'ait pas été prescrit pour la première fois dans les 90 jours précédant la *date d'effet*;
- c) Une *affection bénigne*.

traitement – Hospitalisation ou acte prescrit, accompli ou recommandé par un *médecin* pour un *problème de santé*. Cela comprend notamment la prescription de médicaments, les méthodes d'enquête et les interventions chirurgicales.

Important : Toute référence aux tests, aux résultats de tests ou aux examens exclut les tests génétiques. Les tests génétiques sont les tests qui analysent 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.

urgence – *Problème de santé* soudain et imprévu qui nécessite un *traitement* immédiat. *Votre problème de santé* n'est plus considéré comme une *urgence* si les preuves examinées par le Centre d'assistance indiquent qu'aucun autre *traitement* n'est requis à destination ou que *vous* êtes en mesure de retourner dans *votre* province ou territoire de résidence pour recevoir d'autres *traitements*.

\$ US – dollars américains.

vous, votre, vos – la (les) personne(s) désignée(s) comme personne(s) assurée(s) dans *votre confirmation de couverture*, pour laquelle (lesquelles) la couverture d'assurance a été demandée et pour laquelle (lesquelles) *nous* avons reçu la prime exigée.

Dispositions générale

Cession

Vous ne pouvez céder les prestations auxquelles *vous* avez droit ou auxquelles *vous* pourriez avoir droit au titre du présent *contrat*. De plus, toute entente de cession que *vous* concluez n'entraîne aucune responsabilité pour Manuvie.

Versement des prestations

Sauf indication contraire, toutes les dispositions du présent *contrat* s'appliquent à chaque personne assurée pendant une période de couverture. Les prestations ne sont versées qu'au titre d'un seul *contrat* pour chaque personne assurée pendant la période de couverture. Si plusieurs *contrats* établis par Manuvie sont en vigueur en même temps, les prestations ne seront versées qu'au titre d'un seul *contrat* d'assurance, soit celui qui prévoit le capital assuré le plus élevé.

Les prestations ne sont versées que pour les régimes et le capital assuré particulier choisis, payés et acceptés par Manuvie au moment de la soumission de la *proposition*, et indiqués dans la *confirmation de couverture*.

Les prestations payables excluent le paiement d'intérêts.

Les prestations payables à la suite de *votre* décès seront versées à vos ayants droit.

Conformité à la loi

Toute disposition du *contrat* en conflit avec une loi à laquelle le présent *contrat* est assujéti est réputée par la présente être modifiée pour s'y conformer.

Coordination des prestations

Les prestations payables au titre du présent régime s'ajoutent à celles dont *vous* pouvez bénéficier au titre de toute couverture existante en vigueur en même temps que *vous* détenez ou dont *vous* pouvez bénéficier.

Ces autres couvertures comprennent ce qui suit, sans s'y limiter :

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

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

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

Vous ne pouvez pas demander ou recevoir au total plus de 100 % des dépenses engagées à la suite de la maladie ou de la *blesseure* couverte.

Si *vous* êtes à la retraite et que *vous* bénéficiez d'un régime d'assurance maladie complémentaire offert par un ancien employeur et prévoyant un plafond global de 100 000 \$ CA, le Centre d'assistance n'assurera pas, au nom de Manuvie, la coordination des prestations avec ce fournisseur, sauf advenant *votre* décès.

Assistance d'urgence

Le Centre d'assistance fera tout son possible pour *vous* venir en aide en cas d'*urgence* médicale où qu'elle survienne dans le monde. Toutefois, ni le Centre d'assistance, ni Manuvie, ni le Bureau d'Assurance Voyage Inc. ne pourront être tenus responsables de la disponibilité, de la quantité, de la qualité ou des résultats des *traitements* médicaux reçus, ou de l'impossibilité pour toute personne de fournir ou d'obtenir les services médicaux.

Dispositions générales

Les conditions du *contrat* peuvent être modifiées sans préavis à chaque souscription d'un nouveau *contrat*, afin de refléter la situation réelle du marché.

Lois applicables

Le présent *contrat* est régi par les lois de la province ou du territoire canadien où *vous* résidez habituellement.

Langue

Les parties demandent que le *contrat* et tous les documents connexes soient rédigés en anglais.

Les parties demandent que la présente police ainsi que toute documentation pertinente soient rédigées en anglais.

Limite de responsabilité

Au titre du présent *contrat*, *notre* responsabilité est engagée uniquement si, au moment de la soumission de la *proposition* et à la date de début de la couverture, *vous* êtes en bonne santé et n'avez, à *votre* connaissance, aucune raison de solliciter une aide médicale.

Notre responsabilité au titre du présent *contrat* 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 *contrat*, 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 du présent *contrat*.

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.

Dispositions générales (suite)

Prescription des recours

Vous pouvez être en désaccord avec *notre* décision concernant *votre* demande de règlement et la contester devant un tribunal en vertu des lois de la province ou du territoire canadien où *vous* habitez au moment où *vous* avez souscrit le présent *contrat*.

Les poursuites et recours judiciaires intentés contre un assureur pour le recouvrement de sommes assurées au titre du *contrat* sont irrecevables s'ils ne sont pas entamés dans les délais fixés par la Loi sur les assurances ou la Loi de 2002 sur la prescription des actions de l'Ontario ou toute autre loi applicable.

Fausse déclaration ou non-divulgaration

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

Si *vous*, toute personne assurée au titre du présent *contrat* ou toute personne agissant en *votre* nom, tentez de nous tromper ou faites une déclaration ou une demande de règlement frauduleuse, fausse ou exagérée, le présent contrat sera nul et non avenue.

Lorsque *nous* traitons *vos* demandes de règlement, *nous* pouvons passer en revue *vos* antécédents médicaux. Si tout renseignement s'avère incomplet ou inexact, *votre* couverture est annulée et *nous* ne payons pas *vos* demandes de règlement.

À la discrétion de Manuvie, le *contrat* intégral sera nul et non avenue, et aucune demande de règlement au titre des présentes ne sera approuvée si *vous* faites une fausse déclaration d'un fait important, si *vous* omettez de divulguer un fait important ou si *vous* commettez une fraude au moment de la soumission de la *proposition* ou de la demande de règlement.

Primes

La prime est exigible et payable en totalité au moment de la soumission de la *proposition*. Elle est établie au taux le plus récent en fonction de *votre* âge à la date de la *proposition* du présent *contrat* indiquée dans *votre confirmation de couverture*. Les primes sont payables en \$ CA.

En cas d'erreur quant à *votre* âge et à condition que celui-ci satisfasse aux conditions d'admissibilité du présent *contrat*, les primes seront rajustées en fonction de *votre* âge réel.

Si la prime que *vous* payez ne couvre pas le coût de la période de couverture que *vous* choisissez pour *votre* âge :

- soit *nous vous* facturons et percevons la portion impayée de la prime;
- soit *nous* raccourcissons la période de couverture lorsqu'une prime ne peut pas être perçue. *Nous vous* informerons par écrit de la période raccourcie.

Votre couverture est nulle et non avenue si l'une des situations suivantes survient :

- *Nous* ne recevons pas de paiement de prime.
- *Votre* chèque est refusé.
- La carte de crédit n'est pas valide.
- Il n'y a pas de preuve de *votre* paiement.

Le présent *contrat* est sans participation. *Vous* n'avez donc pas droit à *nos* excédents distribués.

Droit au remboursement (subrogation)

Nous disposons d'un plein droit de subrogation. Si *nous* remboursons une demande de règlement au titre du présent *contrat*, *nous* avons le droit de poursuivre tout tiers qui pourrait être responsable de la présentation d'une demande de règlement au titre du présent *contrat*.

Nous pouvons procéder en *votre* nom à *nos* frais. *Vous* acceptez de *nous* fournir tout document dont *nous* avons besoin et de collaborer pleinement avec *nous* pour faire valoir *nos* droits. *Vous* convenez de ne rien faire pour porter préjudice à *nos* droits.

Afin de recevoir des prestations au titre du *contrat*, *vous* acceptez de faire ce qui suit :

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

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

Dispositions générales (suite)

Heure

La couverture arrive à échéance à l'heure dite dans le fuseau horaire de l'endroit où *vous* résidiez au moment de la soumission de la *proposition*.

Transport vers d'autres établissements médicaux

Manuvie se réserve le droit, dans la mesure du raisonnable et à ses frais, de *vous* transférer à un *hôpital* ou d'organiser *votre* transport de retour au Canada à la suite d'une *urgence*. Si *vous* refusez ce transfert ou ce retour alors qu'on *vous* considère en état de voyager d'un point de vue médical, les frais engagés après *votre* refus ne seront pas couverts et seront entièrement à *votre* charge. La couverture prend fin dès *votre* refus et aucune couverture ne *vous* est accordée pour le reste de la période de couverture.

Conditions générales

Contrat

La *proposition*, le présent *contrat*, tout document joint à celui-ci lors de son établissement et toute modification apportée au *contrat* et acceptée par écrit après l'établissement du présent *contrat* forment le *contrat* intégral, et aucun agent n'est habilité à le modifier ou à renoncer à l'une de ses dispositions.

Renonciation

Manuvie est réputée n'avoir renoncé à aucune condition du présent *contrat*, en tout ou en partie, à moins que la renonciation ne soit clairement exprimée dans un avis écrit qu'elle a signé.

Copie de la proposition

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

Faits importants

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

Résiliation par la personne assurée

Vous pouvez, en tout temps, demander la résiliation du présent *contrat*, et Manuvie devra, dès qu'il sera possible après *votre* demande, rembourser le montant de la prime que *vous* avez réellement payée.

Résiliation par l'assureur

Nous pouvons résilier une partie ou la totalité du présent *contrat*, en tout temps, 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 :

- A. *Vous* être remis en mains propres.
- B. Être envoyé par courrier recommandé à la plus récente adresse qui figure dans *votre* dossier.
- C. Être envoyé par service de messagerie payé d'avance à la plus récente adresse qui figure dans *votre* dossier, si la personne qui a effectué la livraison atteste que l'avis a été envoyé (applicable uniquement si *vous* résidez en Ontario).

Si l'avis de résiliation *vous* est remis en mains propres ou par service de messagerie payé d'avance, le préavis de réalisation est de cinq (5) jours. S'il *vous* est transmis par la poste, le préavis est de quinze (15) jours à compter du jour de la livraison de la lettre recommandée ou de l'avis de celle-ci à *votre* adresse.

Avis et preuve de sinistre

Vous devez envoyer les preuves écrites, un formulaire de demande de règlement dûment rempli et tout autre renseignement que *nous* *vous* demandons dans les 90 jours suivant l'événement qui donne lieu à la demande de règlement. Dans certains cas, *nous* acceptons les demandes de règlement jusqu'à 12 mois après l'événement. *Nous* n'acceptons pas les demandes de règlement présentées après la période de 12 mois.

Défaut de production de l'avis ou de la preuve de sinistre

Le défaut de production d'un avis et d'une preuve de sinistre dans les délais prescrits n'invalide pas la demande de règlement si :

- a) l'avis est donné ou la preuve est fournie dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, et en aucun cas, plus d'un (1) an à compter de la date de l'accident ou de la date à laquelle la demande de règlement est transmise par suite d'une *maladie*, d'une *blessure* ou d'une invalidité, s'il est prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner l'avis ou de fournir la preuve dans les délais prescrits;
- b) dans le cas de *votre* décès, si une déclaration de décès présumé est requise, l'avis est donné ou la preuve est fournie au plus tard un (1) an après la date à laquelle un tribunal fait la déclaration.

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

Les formulaires de demande de règlement sont disponibles auprès du service des demandes de règlement du Centre d'assistance et *vous* serez fournis dans les quinze (15) jours suivant la réception de l'avis de sinistre. Toutefois, si *vous* ou le demandeur ne les avez pas reçus dans ce délai, *vous*, ou le demandeur, pouvez transmettre une preuve de sinistre sous la forme d'une déclaration écrite énonçant la cause ou la nature du décès, de la *maladie* ou de la *blessure* donnant lieu à la demande de règlement.

Droit d'examen

Le demandeur permet à Manuvie de *vous* faire examiner aussi souvent que nécessaire, dans la limite du raisonnable, pendant le traitement d'une demande de règlement. Si *vous* décédez, Manuvie peut demander une autopsie, sous réserve des lois sur les autopsies en vigueur dans le territoire applicable.

Sommes payables

Toutes les sommes payables en vertu du présent *contrat* sont versées dans les soixante (60) jours suivant la réception par Manuvie d'une preuve de sinistre qu'elle juge satisfaisante.

Modification de votre couverture

Si, avant de quitter *votre* province ou territoire de résidence, *vous* souhaitez modifier le nombre de jours de couverture, communiquez avec le **Bureau d'Assurance Voyage Inc.** et parlez à un agent. Les prolongations ne seront pas effectuées si *vous* laissez un message vocal.

Si *vous* souhaitez prolonger *votre* couverture après avoir quitté *votre* province ou territoire de résidence, *vous* pouvez demander une nouvelle période de couverture si *vous* :

- a) souscrivez une garantie supplémentaire avant la date d'expiration de la couverture indiquée dans *votre confirmation de couverture*;
- b) êtes en bonne santé;
- c) n'avez aucune raison de demander un *traitement* pendant la nouvelle période de couverture.

Si *vous* avez présenté une demande de règlement, le Centre d'assistance étudiera *votre* dossier avant d'accorder une nouvelle période de couverture et se réserve le droit de refuser toute demande de nouvelle période de couverture.

Chaque *contrat* ou période de couverture est considéré comme un contrat distinct.

Il n'y a pas de frais d'administration ni de frais de service.

Communiquez avec le **Bureau d'Assurance Voyage Inc.** n'importe où au Canada ou aux États-Unis :

Numéros sans frais

1 800 550-1295 (Ontario)

1 888 550-1295 (Ouest du Canada)

1 877 550-1295 (Canada atlantique)

Au Québec, communiquez avec le **Bureau d'Assurance Voyage Inc.** au **1 844 500-2947 (Québec)**. Si *vous* appelez de l'extérieur du Canada ou des États-Unis, appelez le numéro à frais virés **+1 905 201-1571**.

Annulation de votre contrat

Annulation du contrat avant le voyage

Vous recevrez un remboursement intégral si *vous* annulez *votre* couverture avant la date de début indiquée dans *votre confirmation de couverture*. *Votre* demande écrite doit être envoyée par télécopie, par courrier électronique ou par la poste avant la date de début de la couverture indiquée dans *votre confirmation de couverture*.

Il n'y a pas de frais d'administration ni de frais de service.

Annulation d'un contrat pour un seul voyage après le début du voyage

Vous avez droit à un remboursement partiel de la couverture pour un seul voyage lorsque *vous* retournez dans *votre* province ou territoire de résidence avant la date de fin de la couverture indiquée dans *votre confirmation de couverture*. *Vous* n'avez droit à aucun remboursement si *vous* avez présenté une demande de règlement ou si une demande de règlement est en cours de traitement. *Votre* demande écrite doit être envoyée par télécopie, par courrier électronique ou par la poste dans les 30 jours suivant *votre* retour au Canada, le cachet de la poste faisant foi, et doit être accompagnée d'une preuve, telle qu'un billet d'avion ou un reçu de carte de crédit canadienne indiquant la date de *votre* retour. Si *vous* n'avez pas de preuve de *votre* retour, le remboursement sera fondé sur la date du cachet de la poste canadienne de *votre* demande écrite.

Il n'y a pas de frais d'administration ni de frais de service.

Annulation d'un contrat de couverture dans le cadre d'un régime annuel après le début du voyage

Vous n'avez droit à aucun remboursement pour la couverture dans le cadre d'un régime annuel après la date de début de la couverture.

Pour obtenir un remboursement, *vous* avez trois possibilités :

1. Appelez et parlez à un agent en direct :
Canada (exc. Québec) : **1-800-550-1295**
Québec : **1 844 500-2947**
2. Envoyez par courrier électronique *votre* demande écrite à l'une des adresses suivantes :
Canada (à l'exclusion du Québec) : **tc@travelinsuranceoffice.com**
Québec : **info@bavqc.com**
3. Envoyez par la poste *votre* demande écrite à l'une des adresses suivantes :
Canada :
Travel Insurance Office Inc.
190 Bullock Drive Suite 3A
Markham (Ontario) L3P 7N3

Présentation d'une demande de règlement

**EN CAS D'URGENCE MÉDICALE, APPELEZ IMMÉDIATEMENT LE CENTRE D'ASSISTANCE AU
1 888 668-0132
(appel gratuit depuis les États-Unis ou le Canada)
ou
au numéro à frais virés +1 519 251-0132
(pour appeler au Canada à partir de tout autre pays).
Le Centre d'assistance est à votre disposition 24 heures sur 24, sept jours sur sept.**

Vous devez appeler le Centre d'assistance avant de recevoir un *traitement* afin que nous puissions :

- confirmer la couverture;
- préautoriser le *traitement*.

Veuillez noter que si vous, ou quelqu'un en votre nom, n'appellez pas le Centre d'assistance lorsque survient une *urgence* ou avant de recevoir un *traitement*, vous pourriez devoir assumer 20 % des frais médicaux admissibles que nous paierions normalement au titre du présent *contrat*. Si votre état de santé ne vous permet pas d'appeler lorsque l'*urgence* se produit, veuillez demander à quelqu'un de le faire à votre place.

Si vous décidez de payer directement les frais admissibles demandés par un fournisseur de soins 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 de soins de santé. Les frais médicaux que vous payez peuvent excéder ce montant. La différence entre la somme que vous avez versée et les *frais raisonnables et habituels* que nous vous remboursons est donc à votre charge.

Vous pouvez appeler directement le Centre d'assistance pour obtenir des renseignements particuliers sur la façon de présenter une demande de règlement ou sur une demande déjà soumise :

1 888 668-0132 ou +1 519 251-0132

Si vous souhaitez présenter une demande de règlement, vous pouvez obtenir un formulaire de demande de règlement auprès du Centre d'assistance. Envoyez le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

**Manulife Travel Insurance
a/s Global Excel Management
C.P. 1237, succ. A
Windsor (Ontario) N9A 6P8**

Numéro à frais virés dans le monde entier : +1 519 251-0132

Numéro sans frais au Canada et aux États-Unis : 1 888 668-0132

1. Avis de sinistre – Les demandes de règlement doivent être présentées dans les 30 jours suivant l'incident.
2. Preuve de sinistre – Une preuve de sinistre doit être transmise par écrit dans les 90 jours suivant l'incident.
3. Les frais engagés pour obtenir les justificatifs et rapports exigés sont à *votre* charge ou à celle du demandeur.
4. Au moment de présenter *votre* demande de règlement, veuillez remplir le formulaire au complet et y joindre l'original de toutes les factures. Un formulaire incorrectement rempli entraînera des retards.
5. Toutes les demandes admissibles doivent être accompagnées des reçus originaux des fournisseurs de services

Dans la présente section, nous énumérons les documents et les renseignements dont nous avons besoin pour traiter *votre* demande de règlement. Nous pouvons demander différents renseignements selon le type de demande de règlement que vous présentez.

Nous avons besoin des renseignements suivants lorsque vous présentez *votre* demande de règlement :

1. Les factures et relevés originaux détaillés.
2. Une preuve de paiement effectué par vous (reçu).
3. Une preuve de paiement effectué par tout autre régime d'assurance ou *régime public d'assurance maladie*.
4. Les dossiers médicaux pertinents, y compris :
 - Un diagnostic complet posé par le *médecin* traitant;
 - La documentation de l'*hôpital* indiquant que le *traitement* était approprié et conforme à *votre* diagnostic;
 - La documentation attestant que le *traitement* ne pouvait pas être retardé avant *votre* retour à *votre* lieu de résidence sans que *votre* état de santé et la qualité de vos soins médicaux en souffrent.
5. Une preuve de l'accident, si vous présentez une demande de règlement pour des frais dentaires engagés à la suite d'un accident.
6. Une preuve du voyage indiquant *votre* date de départ et celle de *votre* retour.
7. Un dossier de vos antécédents médicaux si nous le demandons.

Présentation de vos demandes de règlement

En ligne

Visitez le site manulife.acmtravel.ca pour présenter *vos* demande de règlement en ligne.

Pour que les présentations soient plus simples et plus rapides, assurez-vous que tous vos documents sont accessibles en format électronique, en fichier PDF ou JPEG.

Par la poste

Envoyez toutes les demandes de règlement par la poste à l'adresse suivante :

Manulife Travel Insurance
a/s Global Excel Management
C.P. 1237, succ. A
Windsor (Ontario) N9A 6P8

Par téléphone

Si *vous* avez des questions sur l'état de *vos* demande de règlement, communiquez avec le Centre d'assistance.

Bénéficiaire des prestations advenant une demande de règlement

Nous remboursons les frais raisonnables et nécessaires soit à *vous*, soit au fournisseur de services, desquels *nous* retranchons toute franchise applicable.

Nous versons les prestations en cas de décès à vos ayants droit.

Si *nous* déterminons qu'une dépense n'est pas admissible au titre de *vos* contrat, *vous* devez rembourser tout montant que *nous* avons payé ou que *vous* *nous* avez autorisés à payer en *vos* nom.

Lorsque *nous* convertissons une devise, *nous* appliquons *notre* taux de change à la date du service indiquée sur *vos* reçu. *Nous* ne remboursons pas les intérêts.

Autres renseignements à connaître lorsque vous présentez une demande de règlement

Vous pouvez être en désaccord avec *notre* décision concernant *vos* demande de règlement et la contester devant un tribunal en vertu des lois de la province ou du territoire canadien où *vous* habitez au moment où *vous* avez souscrit le présent contrat.

Les poursuites et recours judiciaires intentés contre un assureur pour le recouvrement de sommes assurées au titre du contrat sont irrecevables s'ils ne sont pas entamés dans les délais fixés par la Loi sur les assurances ou la Loi de 2002 sur la prescription des actions de l'Ontario ou toute autre loi applicable.

Vous avez atteint la fin du contrat d'assurance

Avis sur la protection des renseignements personnels

En soumettant les renseignements demandés, qui peuvent comprendre, sans s'y limiter, le nom, l'adresse, la date de naissance, le numéro de permis de conduire, les renseignements médicaux, les renseignements financiers, le dossier de conduite automobile, l'historique des contrats d'assurance automobile et l'historique des demandes de règlement d'assurance automobile, vous consentez à ce que le Bureau d'Assurance Voyage Inc. recueille, stocke, utilise, communique et traite vos renseignements personnels qui peuvent être nécessaires pour obtenir et administrer les couvertures d'assurance demandées, y compris, mais sans s'y limiter, l'évaluation des risques, l'exécution du contrat, l'établissement de la prime, le prélèvement de la prime, le rajustement, l'administration, la vérification et le traitement des demandes de règlement, la prévention, la détection et la suppression des fraudes, ou l'évaluation statistique. Vous consentez également à ce que le Bureau d'Assurance Voyage Inc. divulgue vos renseignements personnels, selon les besoins et aux fins susmentionnées, aux tiers suivants, notamment : réassureurs, tiers administrateurs, courtiers, agents, experts en sinistres, autorités de réglementation ou autres organismes gouvernementaux ou publics, autorités fiscales, associations sectorielles, autres assureurs et tiers participant à la prestation de services d'assurance (les « tiers »). De plus, en fournissant des renseignements sur un tiers, y compris, mais sans s'y limiter, un membre de la famille, un administrateur, un dirigeant, un employé ou toute partie qui détient une participation dans le contrat ou en tire un avantage, vous convenez et garantissez par les présentes que vous avez obtenu le consentement approprié de ce tiers pour divulguer ses renseignements personnels au Bureau d'Assurance Voyage Inc. et pour que le Bureau d'Assurance Voyage Inc. puisse utiliser et divulguer ces renseignements aux fins susmentionnées.

Le Bureau d'Assurance Voyage Inc. s'engage à assurer la protection des renseignements qui lui sont communiqués. Vos renseignements personnels seront traités et conservés en toute sécurité dans les locaux du Bureau d'Assurance Voyage Inc. et des tiers autorisés, tant au Canada qu'à l'étranger, et sont assujettis aux lois applicables. Le Bureau d'Assurance Voyage Inc. peut conserver vos renseignements personnels, si nécessaire, pour l'une ou l'autre des raisons susmentionnées ou pour se conformer à ses obligations légales et réglementaires, résoudre des différends et faire respecter les ententes conclues par Bureau d'Assurance Voyage Inc.

Vous pouvez refuser de consentir ou retirer votre consentement à la collecte, au stockage, à l'utilisation, à la divulgation ou au traitement de vos renseignements personnels; toutefois, votre refus de donner votre consentement peut faire en sorte que le Bureau d'Assurance Voyage Inc. ne soit pas en mesure d'offrir et d'administrer la protection d'assurance ou de verser les prestations payables au titre de votre contrat.

Veuillez communiquer avec le Bureau d'Assurance Voyage Inc. si vous désirez obtenir de plus amples renseignements sur la collecte, l'utilisation, la divulgation, le traitement et le stockage de vos renseignements personnels. Pour en savoir plus, veuillez consulter notre politique de protection des renseignements personnels en ligne à l'adresse bureaudassurancevoyage.com/politique-de-confidentialite

Association canadienne de l'assurance voyage

Manuvie, le Centre d'assistance et le Bureau d'Assurance Voyage Inc. sont membres de l'**Association canadienne de l'assurance voyage** et appuient sans réserve sa Déclaration des droits et responsabilités.



www.thiaonline.com

Déclaration des droits et responsabilités en matière d'assurance voyage

La Déclaration des droits et responsabilités en matière d'assurance voyage repose sur les éléments clés suivants de l'assurance maladie de voyage :

1. Comprenez votre contrat d'assurance voyage – Les fournisseurs d'assurance mettent à votre disposition du personnel qui répondra à toutes vos questions sur les contrats d'assurance
2. Connaissez votre état de santé et consultez un professionnel de la santé en cas de doute
3. Planifiez votre voyage – Combien de temps partez-vous? Êtes-vous un(e) hivernant(e)? Voyagez-vous à plusieurs reprises au cours de l'année?



En vertu de la Déclaration des droits et responsabilités en matière d'assurance voyage de la THIA, les voyageurs ont les droits suivants :

1. **Aucune obligation de souscription** : les fournisseurs d'assurance voyage accordent un délai minimum de 10 jours pour examiner gratuitement le contrat.
2. **Être informé** : vous recevrez les documents relatifs à votre contrat et la confirmation de couverture décrivant les conditions de celui-ci, qu'il ait été souscrit en personne, par téléphone ou en ligne.
3. **Demander des précisions** : vous pouvez poser des questions sur l'assurance voyage que vous avez souscrite.
4. **Examiner et modifier l'examen médical** : vous recevrez une copie des réponses que vous avez fournies dans le questionnaire médical avant le début de votre contrat.
5. **Bénéficier d'une assistance mondiale et d'un service d'assistance gratuit** : vous avez accès 24 heures sur 24 et sept jours sur sept à l'assistance dont vous avez besoin, quand vous en avez besoin, auprès de votre fournisseur d'assurance voyage.
6. **Traitement équitable et rapide des demandes de règlement** : vous bénéficierez d'un processus de communication rapide et transparent.
7. **Signaler un problème et faire une demande de révision** : vous pouvez contester les décisions et demander des examens supplémentaires avec de nouveaux renseignements.
8. **Confidentialité** : vos renseignements personnels seront protégés dans toutes les communications avec votre fournisseur d'assurance voyage.
9. **Renseignements sur votre assureur** : votre contrat indiquera clairement le nom de l'assureur de votre assurance voyage et la procédure à suivre pour déposer et résoudre les plaintes.
10. **Votre langue préférée** : vous pouvez effectuer des opérations et correspondre à propos de toutes les composantes de votre assurance voyage en anglais ou en français.

Les voyageurs ont les responsabilités suivantes :

1. **Fournir des renseignements exacts** : la proposition d'assurance voyage doit être remplie avec précision.
2. **Comprendre votre contrat** : prenez le temps de lire et de comprendre votre contrat.
3. **Voyager avec une preuve d'assurance** : ayez à portée de main le numéro de votre contrat d'assurance et les coordonnées de l'assistance en cas d'urgence.
4. **Aviser votre fournisseur d'assurance voyage** : communiquez rapidement et en temps utile en cas de sinistre et fournissez tous les documents demandés en rapport avec le sinistre, y compris tous les reçus pertinents.

Pour obtenir des formats accessibles ou des aides à la communication, veuillez communiquer avec *nous* à l'adresse accessibilite@manuvie.com ou au 1 855 891-8671.