

L'assurance est souscrite auprès de : La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie).

La gestion des demandes de règlement et les services d'assistance sont fournis par : Administration des Soins Actifs. Manuvie a désigné Active Claims Management (2018) Inc. exerçant ses activités sous les noms « Active Care Management » [Administration des Soins Actifs], « ACM » « Gestion Global Excel » et/ou « Global Excel », en tant que fournisseur de tous les services d'assistance et de règlement au titre de cette police.

L'assurance est administrée par : Le Groupe Destination : Voyage Inc.

DROIT D'EXAMEN

Veillez examiner cette police lorsque vous la recevez pour vous assurer qu'elle répond à vos besoins. Si vous n'êtes pas entièrement satisfait de cette police, vous pouvez y mettre fin dans les 10 jours suivant la souscription pour un remboursement complet de la prime payée, à condition que votre couverture n'ait pas commencé. Veillez consulter les sections de cette police qui expliquent quand la couverture commence et la section Remboursements à la page 5 pour plus d'informations sur l'obtention d'un remboursement.

AVIS EXIGÉ PAR LA LOI PROVINCIALE

La présente police comprend une condition supprimant ou restreignant le droit de l'assuré à désigner les personnes à qui le montant d'assurance est payable ou celles qui peuvent en bénéficier. La présente police comporte une clause qui pourrait limiter le montant payable.

Avis important – Lisez attentivement ce qui suit avant de voyager

Vous avez souscrit une police d'assurance voyage; et maintenant? Nous tenons à ce que vous compreniez (dans votre intérêt supérieur) ce que votre police couvre, ce qui est exclu et ce qui est limité (c.-à-d. qu'un montant maximum payable s'applique). Veillez prendre le temps de lire intégralement votre police avant de partir. Les termes en italique sont définis dans votre police.

- L'assurance voyage couvre les réclamations liées à des événements soudains et imprévus (c.-à-d. des accidents ou des situations d'urgence); elle ne couvre généralement pas les suivis ni les soins récurrents.
- Pour vous prévaloir de cette assurance, vous devez remplir toutes les conditions d'admissibilité.
- Cette assurance comporte des restrictions et des exclusions (p. ex., des problèmes de santé qui ne sont pas stables, une grossesse, un enfant né en cours de voyage, l'abus d'alcool et les activités à haut risque).

- Cette assurance pourrait ne pas couvrir les réclamations liées à des problèmes de santé préexistants, que le problème ait été déclaré ou non au moment de la souscription.
- Vous devez communiquer avec le Centre d'assistance avant d'obtenir un traitement, sans quoi vos prestations pourraient être réduites.
- Lors d'une réclamation, vos antécédents médicaux pourraient être vérifiés.
- Si vous avez répondu à un questionnaire médical et qu'une de vos réponses est inexacte ou incomplète, votre police sera annulable.

Il est de votre responsabilité de comprendre votre couverture. Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec votre agent, votre courtier ou téléphonez au 1 855 337-3532.

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Pour vous aider à mieux comprendre votre police

Les termes clés utilisés dans la présente police sont composés en italique; leurs définitions se trouvent à la section « Définitions », aux pages 3 et 4.

Ce qui est assuré

Pour connaître votre protection, veuillez lire la section « Prestations » à la page 2. L'assurance voyage est conçue pour vous protéger contre les pertes subies à la suite de circonstances soudaines, inattendues et imprévisibles.

Ce qui n'est pas assuré

L'assurance voyage ne couvre pas tout. Votre assurance comporte des exclusions, des conditions et des restrictions. Il se peut que vos états de santé préexistants fassent l'objet d'une exclusion. Veillez lire attentivement la police dès que vous la recevez afin de bien la comprendre.

Que devez-vous faire en cas d'urgence ou si vous devez présenter une demande de règlement?

Vous, ou une personne agissant en votre nom, devez communiquer avec le Centre d'assistance au 1 833 886-1069, sans frais à partir du Canada et des États-Unis, ou au +1 519 945-1069 à frais virés, lorsque ce service est offert avant toute chirurgie ou dans les 24 heures suivant l'admission à l'hôpital.

Si vous devez réclamer à la suite d'un sinistre, vous devez envoyer un formulaire dûment rempli accompagné des notes et reçus originaux détaillés. Assurez-vous de bien remplir le formulaire puisque des informations manquantes pourraient retarder le traitement de la demande. Veillez consulter la section « Demandes de règlement » à la page 5.

Limitations de garantie

Si vous omettez de communiquer avec le Centre d'assistance, sans motif raisonnable, les prestations auxquelles vous avez droit seront réduites de 20 %. Les frais non payables par l'assureur vous incomberont.

Que faire si vos projets de voyage changent?

Vous devez communiquer avec votre agent ou votre courtier ou avec Le Groupe Destination : Voyage Inc. au 1 855 337-3532 avant la date d'entrée en vigueur et modifier votre assurance en conséquence.

Assistance aux voyageurs

Le Centre d'assistance est disponible pour vous aider 24 heures sur 24, 365 jours par année.

ADMISSIBILITÉ

1. NE SONT PAS ADMISSIBLES les personnes qui :

- ont reçu un diagnostic de *maladie terminale*; ou
- ont reçu un diagnostic ou ont suivi un *traitement* pour le cancer du pancréas, cancer du foie ou tout type de cancer métastatique (soit un cancer qui a migré vers un organe autre que celui touché initialement); ou
- se sont vu prescrire ou ont fait l'usage d'oxygène à domicile au cours des 12 derniers mois; ou
- ont reçu un diagnostic ou ont suivi un *traitement* pour insuffisance cardiaque congestive; ou
- ont subi la transplantation d'un organe vital (cœur, rein, foie, poumon); ou
- ont subi une dialyse du rein au cours des 12 derniers mois.

2. Pour être admissible à l'assurance, vous devez, à la date d'entrée en vigueur de l'assurance :

- être âgé d'au moins 15 jours;
- être en *bonne santé* au moment de l'achat de la police et à la *date d'entrée en vigueur*, et n'avoir, à votre connaissance, aucune raison de consulter un professionnel de la santé pendant la *période assurée*;
- ne pas être assuré ni être admissible à recevoir des prestations en vertu d'un Régime public canadien d'assurance maladie (RPAM).

Date d'entrée en vigueur désigne la date et l'heure auxquelles l'assurance commence. L'assurance commence à la **plus récente** des éventualités suivantes :

- la date et l'heure où la proposition remplie et la prime sont acceptées par Le Groupe Destination : Voyage Inc., ou son représentant;
- la *date d'entrée en vigueur* figurant dans votre *confirmation de protection*;
- la date et l'heure où vous quittez votre pays d'origine.

Date d'échéance signifie la date et l'heure auxquelles l'assurance prend fin. L'assurance prend fin à la **première** des éventualités suivantes :

- la *date d'échéance* figurant sur votre *confirmation de protection*;
- la date à laquelle vous devenez admissible à un Régime public canadien d'assurance maladie (RPAM).

Période d'attente

Une période d'attente est exigée si vous soucrivez cette assurance :

- après la date de votre arrivée au Canada; ou
- après la *date d'échéance* d'une police Destination : Canada émise par l'assureur et administrée par Le Groupe Destination : Voyage Inc.; ou
- après la *date d'échéance* de toute autre couverture d'assurance médicale existante.

La période d'attente suivante s'appliquera et aucune réclamation ne sera payable pour toute *maladie* dont les *signes* ou *symptômes médicaux* sont apparus dans les délais suivants :

- **48 heures** après la *date d'entrée en vigueur*, si vous êtes âgé de 85 ans ou moins à la *date d'entrée en vigueur*; ou
- **15 jours** après la *date d'entrée en vigueur*, si vous êtes âgé de 86 ans et plus à la *date d'entrée en vigueur*.

Toute *maladie* qui survient au cours de la période d'attente mentionnée précédemment n'est pas couverte, même si les frais liés à la *maladie* sont engagés une fois la période d'attente terminée.

La période d'attente peut être annulée si la police est souscrite :

- avant la date de votre arrivée au Canada; ou
- à la *date d'échéance* d'une police de Destination : Canada existante ou avant cette date; ou
- avant la *date d'échéance* d'une assurance fournie par une autre compagnie d'assurance pendant la première partie de votre voyage au Canada et aucun bris de couverture n'aura lieu. Pour que la période d'attente ne s'applique pas, vous devez soumettre une preuve satisfaisante de l'assurance antérieure lors de la demande de règlement.

CONVENTION D'ASSURANCE

En contrepartie de la proposition d'assurance et du paiement de la prime appropriée, et sous réserve des modalités, conditions, limites et exclusions de la présente police, si vous engagez des dépenses admissibles pour des soins hospitaliers et des soins ou services médicaux d'urgence pendant la *période assurée* en raison d'un *problème de santé* survenant au cours de la *période assurée*, l'assureur s'engage à rembourser, jusqu'à concurrence de la somme assurée choisie au moment de la demande. Les prestations seront remboursées jusqu'à concurrence des montants spécifiés dans cette police selon les *coûts raisonnables et habituels* liés aux dépenses admissibles, en excédant de toute *franchise* applicable et du montant accordé ou payé dans le cadre de tout autre régime d'assurance.

Vous devez, en tout temps pendant la durée de la protection offerte par la présente police, agir avec prudence afin de réduire les frais de l'assureur au minimum.

Limitations de garantie

Le montant de la franchise figure sur votre confirmation de protection et s'applique à chaque demande de règlement. Les frais non payables par l'assureur vous incomberont.

Les détails propres à votre police figurent dans votre confirmation de protection, laquelle fait partie intégrante de votre police.

Vous devez appeler le Centre d'assistance au 1 833 886-1069 sans frais ou au 1 (519) 945-1069 à frais virés du Canada ou des États-Unis avant d'obtenir un traitement d'urgence afin que nous puissions :

- confirmer la couverture;
- fournir une approbation préalable du traitement.

S'il vous est impossible d'un point de vue médical d'appeler le Centre d'assistance avant de recevoir un traitement d'urgence, nous demandons à ce que quelqu'un puisse le faire à votre place dès que possible. Si vous n'appellez pas le Centre d'assistance avant de recevoir un traitement d'urgence, vous serez responsable de 20 % des frais médicaux couverts que nous aurions remboursés au titre de la présente assurance.

L'assureur se réserve le droit, si cela est raisonnable, de vous transférer à tout hôpital approprié ou d'organiser votre transport de retour à votre pays d'origine à la suite d'une urgence. Si vous refusez d'être transféré ou transporté après avoir été déclaré médicalement apte à voyager, tous les frais qui continueront à être engagés après votre refus ne seront pas couverts, et le paiement des dits frais sera votre responsabilité exclusive. L'assurance se terminera au moment de votre refus, et aucune assurance ne vous sera accordée pendant le reste de la période assurée.

Le Centre d'assistance, l'assureur, Le Groupe Destination : Voyage Inc. et ses agents ou courtiers n'assument aucune 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 médicaux.

PRESTATIONS

Sous réserve des conditions, limites et exclusions de la présente police, les prestations s'appliquent aux dépenses suivantes :

- Soins hospitaliers d'urgence** L'assureur convient de payer les frais d'une chambre d'hôpital à deux lits, ainsi que les services raisonnables et habituels de même que les fournitures médicales (y compris les médicaments administrés durant votre hospitalisation) nécessaires aux soins d'urgence qui vous sont dispensés pendant votre hospitalisation.
- Soins médicaux d'urgence** L'assureur convient de prendre à sa charge les dépenses liées aux services médicaux, chirurgicaux ou anesthésiques d'urgence lorsqu'ils sont dispensés et autorisés par un médecin.
- Assurance maladie complémentaire d'urgence** L'assureur convient de payer les services, le matériel et les traitements suivants lorsqu'ils sont dispensés par un professionnel de la santé qui ne vous est pas apparenté par le sang ou par alliance :
 - Les services privés d'un infirmier autorisé, lorsque approuvés au préalable par le Centre d'assistance.
Les prestations ne peuvent être supérieures à 10 000 \$.
 - Les services d'un physiothérapeute, d'un chiropraticien, d'un ostéopathe, d'un podologue ou d'un podiatre autorisé reconnu par la loi, sur la recommandation d'un médecin traitant pour le traitement d'une blessure assurée.
Les prestations ne peuvent être supérieures à 500 \$ par catégorie professionnelle pour des traitements dispensés en consultation externe.
 - Les tests de laboratoire et les radiographies faits au moment de l'urgence initiale, sur la recommandation d'un médecin et à des fins de diagnostic.
 - L'utilisation d'un service ambulancier local agréé aérien, terrestre ou maritime (y compris pour un sauvetage en montagne ou en mer) pour se rendre à l'hôpital le plus proche, quand cela est raisonnable et nécessaire, sous réserve de l'approbation préalable du Centre d'assistance et des dispositions prises par celui-ci.
 - La location de béquilles ou d'un modèle de lit d'hôpital, jusqu'à concurrence du prix d'achat de ces articles, et l'achat d'attelles, de bandages herniaires, d'appareils orthopédiques et d'autres prothèses approuvées.
 - Les services d'urgence dispensés en consultation externe par un hôpital.
 - Les médicaments, prescrits par un médecin, en consultation externe, pour votre urgence couverte, jusqu'à concurrence d'une provision unique de 30 jours par ordonnance et d'un maximum de 1 000 \$ par police. Les vitamines, les préparations vitaminiques et les médicaments en vente libre ne sont pas couverts.
- Transport médical d'urgence** Lorsque nécessaire, l'assureur convient d'organiser votre transport de retour à votre pays d'origine, si une consultation médicale immédiate est rendue nécessaire à la suite d'une maladie ou d'une blessure urgente assurée. Le recours à un moyen de transport d'urgence, par exemple un service ambulancier aérien, un vol aller simple en classe économique, l'utilisation d'une civière ou la présence d'un préposé médical, doit être approuvé par le Centre d'assistance qui se chargera des arrangements nécessaires.
- Transport d'amis ou de membres de la famille** Jusqu'à 3 000 \$ pour le transport aller-retour, en classe économique par l'itinéraire le plus court, d'un membre de la famille ou d'un proche, et un maximum de 1 000 \$ pour les frais raisonnables engagés par cette personne après son arrivée, si :
 - vous êtes hospitalisé en raison d'une maladie ou d'une blessure assurée et si votre médecin traitant recommande la présence de cette personne; ou
 - les autorités locales exigent, en vertu de la loi, que cette personne identifie votre corps si vous décédez des suites d'une maladie ou d'une blessure assurée.
- Accompagnateur** Si vous êtes hospitalisé pendant au moins 48 heures à la suite d'une urgence, l'assureur convient de rembourser un maximum de 50 \$ par jour, à concurrence de 500 \$, pour la présence d'un accompagnateur, sans lien de parenté avec vous, chargé de s'occuper de vos compagnons de voyage, âgés de moins de 18 ans ou atteints d'un handicap physique ou mental, qui comptent sur votre aide.
- Visites de suivi** jusqu'à concurrence de 3 000 \$ pour vous faire réexaminer pour surveiller les effets d'un traitement antérieur directement lié à l'urgence initiale, sauf pendant votre hospitalisation, et à condition que l'urgence initiale ait été signalée au Centre d'assistance. Les visites de

suivi n'incluent pas de traitement en continu ou en cours ou d'autres tests de diagnostic ou d'investigation liés à l'urgence initiale.

- Soins dentaires à la suite d'un accident** L'assureur convient de rembourser, jusqu'à concurrence de 3 000 \$, les frais raisonnables et habituels engagés pour le traitement ou les services dentaires d'urgence aux dents naturelles entières ou saines (y compris celles qui sont recouvertes d'une couronne) à la suite d'un coup accidentel direct au visage. Le traitement doit commencer et se terminer dans les 90 jours suivant l'accident et avant le retour dans votre pays d'origine.
- Services dentaires d'urgence** L'assureur convient de rembourser, jusqu'à concurrence de 500 \$, les frais engagés pour un traitement analgésique dentaire immédiat requis pour des raisons autres qu'un coup direct au visage. Les problèmes dentaires pour lesquels vous avez déjà reçu un traitement ou des conseils ne sont pas assurés. Tout traitement relatif à un problème dentaire doit commencer et se terminer dans les 90 jours suivant l'apparition de l'urgence. En outre, il doit être terminé pendant la période assurée et avant votre retour dans votre pays d'origine.
- Repas et hébergement** Si vous ou vos compagnons de voyage assurés séjournez dans un hôpital à la date prévue de votre retour au domicile, l'assureur convient de vous rembourser 150 \$ par jour, à concurrence de 1 500 \$ ou pendant une période maximale de 10 jours. L'assureur s'engage à rembourser les frais d'une chambre d'hôtel ou de motel ou d'un gîte touristique lorsqu'il est autorisé en vertu de la loi de sa juridiction, les repas, les frais de garde d'enfants (âgés de moins de 18 ans ou étant des compagnons de voyage qui, en raison d'un handicap physique ou mental, comptent sur votre aide), les frais téléphoniques et de taxi essentiels engagés par vous ou tout autre compagnon de voyage assuré. L'assureur remboursera les dépenses uniquement si elles ont réellement été payées par vous. Vous devez soumettre les reçus originaux émis par des organisations commerciales.
- Retour d'urgence au domicile** Si, en raison d'une maladie ou d'une blessure assurée, vous devez retourner à votre domicile pendant la période assurée, l'assureur convient de verser jusqu'à 3 000 \$ au titre des frais supplémentaires pour le transport aller seulement, en classe économique, par l'itinéraire le plus court vers votre pays d'origine. La demande doit être approuvée au préalable par le Centre d'assistance qui se chargera de prendre les arrangements nécessaires. Vous pouvez être accompagné d'un membre de la famille assuré.
- Rapatriement de la dépouille mortelle** Si vous décédez des suites d'une maladie ou d'une blessure assurée, l'assureur remboursera :
 - jusqu'à 10 000 \$ pour les frais engagés pour que votre dépouille mortelle soit retournée, dans un contenant de transport standard, à votre pays d'origine; ou
 - jusqu'à 4 000 \$ pour les frais engagés pour incinérer le corps ou l'inhumer à l'endroit du décès. Le coût d'un cercueil ou d'une urne funéraire ainsi que la pierre tombale, les fleurs et les frais de cérémonie ne sont pas assurés.
- Décès et mutilation par accident** L'assureur convient de verser jusqu'à concurrence de la somme globale maximum choisie au moment de la proposition, sans dépasser 150 000 \$, pour la perte de la vie, d'un membre ou de la vue découlant directement d'une blessure accidentelle, survenue pendant la période assurée, sauf au moment de monter à bord d'un aéronef, d'en descendre ou encore pendant le vol. Les prestations de Décès et mutilation par accident sont versées en fonction du barème suivant :
 - 100 % du montant d'assurance si la même blessure accidentelle provoque la perte de :
 - la vie;
 - la vue des deux yeux;
 - deux mains;
 - deux pieds;
 - une main et la vue d'un œil;
 - un pied et la vue d'un œil.
 - 50 % du montant d'assurance si la même blessure accidentelle provoque la perte de :
 - la vue d'un œil;
 - une main;
 - un pied.Par perte d'une main ou des mains, ou perte d'un pied ou des pieds, on entend la perte des mains ou des pieds au niveau ou au-dessus du poignet ou de la cheville respectivement. Par perte d'un œil ou des yeux, on entend la perte complète et non recouvrable de la vue. Un seul montant peut être versé (le plus élevé) si vous subissez plus d'une perte assurée.
- Accident d'avion** L'assureur convient de verser jusqu'à concurrence d'un montant d'assurance de 50 000 \$ en cas de décès ou de mutilation (selon le barème des prestations indiqué à la section *Décès et mutilation par accident* ci-dessus) découlant d'un accident survenu pendant la période assurée alors que l'assuré se trouve, à titre de passager détenteur d'un billet, à bord d'un aéronef multimoteur homologué conçu pour le transport ou d'un aéronef de passagers assurant, pour une liaison aérienne régulière, ou encore y monte ou en descend.
- Exposition aux éléments et disparition** Si vous êtes exposé aux éléments ou disparaissiez en raison d'un accident, la perte sera assurée dans les situations suivantes :
 - si, en raison de l'exposition, vous subissez l'une des pertes décrites précédemment dans le barème des pertes;
 - si votre corps n'est pas retrouvé dans les 52 semaines qui suivent l'accident, on présumera que vous avez perdu la vie, à moins d'obtenir la preuve du contraire
- Voyage secondaire à l'extérieur du Canada** L'assureur s'engage à offrir une protection pour les frais médicaux d'urgence que vous engagés lors d'un voyage secondaire à l'extérieur du Canada, pourvu que :
 - la majorité de la période assurée s'effectue au Canada (au moins 51% de votre voyage). Cette condition ne s'applique pas dans certaines circonstances, voir les détails sur le **Prolongation de votre séjour** à la page 4; et
 - le voyage secondaire ne s'effectue pas dans votre pays d'origine.

Remarque : Notre police vous permet d'effectuer un retour temporaire dans votre pays d'origine. Aucune couverture d'assurance ne sera fournie dans votre pays d'origine et si vous recevez un traitement pendant ce retour temporaire, tout traitement lié à ce problème de santé ne sera pas couvert pour la période assurée restante. Le retour temporaire doit être inférieur à 51 % de la période assurée.

LIMITATIONS & EXCLUSIONS

Cette police n'offrira aucune protection et aucun service et ne paiera aucune demande de règlement pour des dépenses engagées directement ou indirectement en raison de ce qui suit :

- 1a) Si vous êtes âgé de 79 ans ou moins au moment de la proposition et que vous avez choisi l'option 1 :
Tout état de santé préexistant, sauf s'il était stable pendant les 120 jours précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur.
- 1b) Si vous êtes âgé de 79 ans ou moins au moment de la proposition et que vous avez choisi l'option 2 :
Tout état de santé préexistant.
- 1c) Si vous êtes âgé de 80 ans et plus au moment de la proposition :
Tout état de santé préexistant.
2. Toute maladie dont les signes ou symptômes médicaux sont apparus avant ou pendant la période d'attente suivante :
 - 48 heures après la date d'entrée en vigueur, si vous êtes âgé de 85 ans ou moins à la date d'entrée en vigueur de votre assurance;
 - 15 jours après la date d'entrée en vigueur, si vous êtes âgé de 86 ans et plus à la date d'entrée en vigueur de votre assurance;La période d'attente peut être annulée si la police est souscrite :
 - avant la date de votre arrivée au Canada; ou
 - avant la date d'échéance de votre police d'assurance Destination : Canada existante; ou
 - avant la date d'échéance de votre couverture existante souscrite auprès d'une autre compagnie d'assurance et qu'il n'y ait aucune interruption de couverture. Vous devez présenter une preuve jugée suffisante de votre couverture d'assurance précédente.
3. Les frais engagés pour l'un des raisons suivantes :
 - (i) maladie d'Alzheimer ou démence;
 - (ii) tout sinistre attribuable à vos troubles mentaux ou émotifs mineurs;
 - (iii) blessures que vous vous êtes infligées, à moins qu'une attestation médicale n'établisse qu'elles sont reliées à un trouble mental.
4. Les frais engagés en raison de ce qui suit :
 - acte de guerre ou acte(s) terroriste(s);
 - enlèvement;
 - émeute, grève ou mouvement populaire;
 - visite illégale dans un pays;
 - l'accomplissement de tâches ou activités au service des forces armées régulières;
 - votre participation à une manifestation;
 - une transaction sexuelle commerciale;
 - votre participation à un acte criminel ou à un acte illégal ou d'une tentative de commettre de tels actes;
 - non-respect d'une loi ou d'un règlement à l'endroit où le sinistre a lieu.
5. Toute maladie ou blessure, si le voyage est entrepris dans le but de recevoir des conseils, un diagnostic, un traitement, une intervention chirurgicale, une évaluation, des soins palliatifs ou toute autre forme de thérapie, ainsi que toute complication directe ou indirecte qui en résulte.
6. Un sinistre, un décès ou une blessure, s'il existe des preuves indiquant que vous étiez touché par, ou que l'état de santé s'expliquait de quelque façon par, résultant de ou de quelque manière lié à :
 - la consommation excessive ou chronique d'alcool, avant ou pendant la période assurée;
 - la consommation de drogues interdites ou de toute autre substance intoxicante, avant ou pendant la période assurée;
 - le non-respect d'un traitement ou d'une thérapie médicale prescrits, avant ou pendant la période assurée;
 - le mauvais emploi de médicaments, avant ou pendant la période assurée.
7. Toute consultation médicale ou tout traitement qui est non urgent, expérimental ou facultatif comme une chirurgie esthétique, comprenant toute dépense liée à des complications connexes directes ou indirectes.
8. Tout état de santé diagnostiqué comme étant une maladie terminale avant la date d'entrée en vigueur de la présente police, ou tout voyage entrepris malgré l'avis d'un médecin.
9. Tout traitement, examen ou hospitalisation qui fait suite à un traitement d'urgence pour un état de santé, ou qui lui a été ultérieur, sauf si cela a été approuvé au préalable par le Centre d'assistance.
10. Tout traitement qui aurait pu être retardé jusqu'à votre retour (volontaire ou non) dans votre pays d'origine par le prochain moyen de transport disponible, sauf si cela a été approuvé au préalable par le Centre d'assistance.
11. Toute hospitalisation ou soins reçus aux fins d'un bilan de santé, d'un traitement pour un problème de santé existant, de soins requis pour une maladie chronique, de soins offerts au domicile, de tests, de services de réadaptation ou de soins continus ou traitement de troubles liés à la consommation de drogues ou d'alcool ou à toute autre dépendance.
12. Tous soins de réadaptation ou services de convalescence.
13. Une blessure subie lors de l'entraînement ou lors de la participation à des :
 - courses où l'on dépasse habituellement la vitesse de 60 km/h;
 - compétitions sportives motorisées organisées;
 - cascades ou des démonstrations de toutes sortes;
 - activités sportives, si vous êtes considéré comme professionnel par l'instance dirigeante de ce sport et que vous êtes rémunéré pour votre participation;
 - l'hélicoptère, le saut à ski;
 - le parachutisme, le vol libre;
 - la plongée en scaphandre autonome (sauf si accrédité par un organisme internationalement reconnu ou accepté par un programme comme NAUI ou PADI, ou encore si la profondeur de la plongée ne va pas au-delà de 30 mètres);
 - la descente en eaux vives (sauf dans le cas des rapides de classe 1 à 4);
 - la luge de rue (street luge), le skeleton;
 - l'alpinisme; ou
 - la participation à des rodéos.
14. Tout sinistre découlant d'une grossesse, d'un accouchement, d'un avortement, d'une fausse couche, ou de leurs complications.

15. Tout frais engagé en raison de la naissance de votre enfant pendant votre voyage.
16. Toute maladie ou blessure provoquée par un accident routier, quand vous avez droit à des prestations en vertu d'un régime ou d'un programme public d'assurance automobile.
17. Tout traitement ou service qui, en vertu de la loi, est interdit par le régime d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie d'une province ou d'un territoire.
18. Tout traitement de naturopathie, holistique ou d'acupuncture.
19. Les dépenses dont le montant dépasse les tarifs raisonnables et habituels pour le traitement ou les services en cause, dans la région où ils sont dispensés.
20. Tout acte terroriste ou tout problème de santé que vous subissez ou contractez lorsque les autorités canadiennes ont publié un des avis officiels suivants – « Éviter tout voyage non essentiel » ou « Éviter tout voyage » – pour votre pays, région ou ville de destination :
 - avant votre date d'entrée en vigueur; et/ou
 - en voyage secondaire à l'extérieur du Canada, si l'avis officiel était en vigueur au jour de votre départ ou avant votre départ pour votre voyage secondaire à l'extérieur du Canada.Pour consulter les avertissements aux voyageurs, rendez-vous sur le site officiel des conseils aux voyageurs du gouvernement du Canada.
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.
21. Tout sinistre ayant eu lieu à l'extérieur du Canada, si vous n'avez pas passé la majorité de la période assurée au Canada.
22. Toute maladie, symptôme ou blessure qui s'est présenté, qui se reproduit ou pour lequel un traitement a été reçu lors d'un retour temporaire dans votre pays d'origine pendant la période assurée.
23. Tout déplacement, autrement qu'à titre de passager, à bord d'un aéronef commercial habilité à transporter des passagers contre rémunération, sauf si vous êtes transporté conformément aux conditions de la prestation Transport médical d'urgence.
24. Tout sinistre survenant alors que vous agissez à titre de conducteur, d'opérateur, de copilote, de membre d'équipage ou de passager d'un véhicule commercial utilisé pour livrer de la marchandise ou transporter une charge. Cette exclusion ne s'applique pas lorsque le véhicule commercial est utilisé durant votre voyage uniquement à des fins récréatives et non pour livrer de la marchandise ou transporter une charge.
25. Dans le cas des prestations Décès et mutilation par accident uniquement : tout sinistre survenu pendant que vous étiez à bord d'un aéronef à titre de passager ou de membre de l'équipage, en montant à bord de l'aéronef, ou encore en le quittant.

DÉFINITIONS

Accident(iel) désigne tout événement externe soudain, inattendu, imprévisible et inévitable, à l'exception des maladies ou des infections.

Acte de guerre désigne tout dommage ou perte, direct ou indirect, occasionné ou survenant en raison d'une guerre, d'une invasion, d'actes d'ennemis étrangers, d'hostilités ou d'opérations belliqueuses (que la guerre soit déclarée ou non), par quelque gouvernement ou souverain que ce soit, par du personnel militaire ou d'autres agents, d'une guerre civile, d'une rébellion, d'une révolution, d'une insurrection, d'une émeute escaladant jusqu'à l'insurrection militaire ou à l'usurpation du pouvoir.

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

Assuré désigne toute personne admissible qui a été nommée dans la proposition, qui a été acceptée par l'assureur ou son représentant autorisé et qui a payé la prime relative à un régime d'assurance précis.

Assureur désigne La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie).

Blessure désigne un préjudice corporel subit causé directement par un accident soudain et imprévu ou en résultant, à l'exception des préjudices qui suivent un geste délibéré, et sans rapport avec une maladie ou toute autre cause.

Bonne santé désigne que vous n'avez aucune raison de consulter un médecin, à l'exception des soins réguliers d'une maladie chronique ou d'une évaluation médicale requise pour satisfaire aux exigences de visa de voyage pendant toute la période assurée.

Changement de médication désigne 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.

Exceptions :

- analyses sanguines régulières qui entraînent des ajustements périodiques de Coumadin, de la warfarine ou de l'insuline, pourvu que ces médicaments ne soient pas nouvellement prescrits ou récemment arrêtés.
- remplacement d'un médicament de marque par un médicament générique dont la posologie n'a pas été modifiée.

Compagnon de voyage désigne la personne qui vous accompagne et qui a payé à l'avance des services d'hébergement et de transport dont elle jouira en même temps que vous (sous réserve d'un maximum de 5 personnes vous incluant).

Confirmation de protection désigne les documents que vous ont été remis par Le Groupe Destination : Voyage Inc. pour confirmer la souscription de votre assurance, pouvant prendre la forme d'une lettre de confirmation, d'un formulaire ou d'une page Web de confirmation.

Conjoint désigne la personne avec qui vous êtes marié légalement, ou qui est votre conjoint de fait depuis au moins 12 mois consécutifs et habite avec vous sous le même toit.

Consultation médicale désigne tout service d'ordre médical reçu d'un médecin pour une maladie, une blessure ou un état de santé et comprenant notamment : un questionnaire, un examen, des tests, des conseils ou un traitement, mais pas nécessairement de diagnostic définitif. Les examens de santé réguliers faits en l'absence de signes ou symptômes médicaux ou qui ne permettent d'en découvrir aucun ne sont pas compris.

Date d'échéance désigne la date et l'heure à laquelle l'assurance se termine tel qu'indiqué sous la rubrique Date d'échéance à la page 1 de la présente police.

Date d'entrée en vigueur désigne la date et l'heure à laquelle l'assurance débute tel qu'indiqué sous la rubrique Date d'entrée en vigueur à la page 1 de la présente police.

Enfants à charge s'entend de vos enfants célibataires qui, à la date d'entrée en vigueur :

- dépendent financièrement de vous; et
- sont âgés d'au moins 15 jours; et
- sont âgés de 21 ans ou moins; ou
- sont âgés de 25 ans ou moins et vont à l'école à temps plein; ou
- à n'importe quel âge s'ils sont atteints d'une déficience physique ou intellectuelle.

État de santé préexistant désigne tout *problème de santé* qui existait avant la date d'entrée en vigueur.

Franchise désigne le montant que vous devez payer lors de chaque sinistre, avant que les frais admissibles restants soient pris en charge par l'assureur. Le montant de la franchise figure sur votre confirmation de protection et s'applique à chaque demande de règlement.

Hôpital désigne un établissement habilité à fournir des services en tant qu'hôpital dûment autorisé, doté du personnel nécessaire pour soigner et traiter les patients hospitalisés et les patients en consultation externe, et exploité à cette fin. Le traitement doit être supervisé par des médecins, et des infirmiers autorisés doivent 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 de la définition d'hôpital, les établissements qui sont principalement des cliniques, des établissements de soins palliatifs ou de longue durée, des centres de réadaptation, des centres de désintoxication, des maisons de convalescence ou de repos, des centres d'hébergement et de soins de longue durée, des foyers pour personnes âgées ou des établissements de cure.

Maladie désigne toute maladie ou *problème de santé*.

Maladie chronique désigne un *problème de santé* ou une *maladie* de longue durée qui nécessite des soins médicaux continus et/ou qui revient constamment.

Maladie terminale désigne un *problème de santé* pour lequel, avant la date d'entrée en vigueur de votre police, un médecin a donné un pronostic de décès éventuel dans les 24 mois ou des soins palliatifs ont été reçus.

Médecin désigne une personne qui n'est pas vous et qui possède les compétences et un permis d'exercice pour pratiquer la médecine ou effectuer des opérations chirurgicales à l'endroit où il les exécute et qui ne vous est pas apparentée par le sang ou par alliance.

Membre de la famille désigne votre conjoint légal ou conjoint de fait, vos parents, vos frères et sœurs, votre tuteur, vos beaux-parents, vos beaux-fils ou belles-filles, vos demi-frères et demi-sœurs, vos tantes, oncles, nièces et neveux, vos grands-parents et petits-enfants, vos parents par alliance, votre pupille et votre enfant naturel ou adopté.

Nous, notre et nos désignent Manuvie.

Pays d'origine désigne le pays dans lequel vous possédiez une résidence permanente avant d'entrer au Canada.

Période assurée désigne la période allant de la date d'entrée en vigueur à la date d'échéance indiquée sur la confirmation de protection et pour laquelle la prime a été payée au moment de la demande. La période assurée maximale par voyage ne peut excéder 365 jours.

Problème de santé désigne toute affection, maladie ou blessure, y compris les symptômes d'affections non diagnostiquées.

Raisonnables et habituels désigne de frais engagés pour des biens et des services comparables aux frais exigés par d'autres fournisseurs pour des biens et des services similaires dans la même région.

Signes ou symptômes médicaux désigne toute indication d'un *problème de santé* décelé par vous ou reconnue par observation médicale.

Stable désigne un *problème de santé* qui est considéré comme *stable* lorsque tous les énoncés suivants sont vrais :

- Aucun nouveau traitement n'a été prescrit ou recommandé, ou le traitement en cours n'a pas été modifié ni interrompu;
- Aucun changement de médication n'a été effectué (y compris une augmentation ou diminution du dosage), ou aucun autre médicament n'a été recommandé ou prescrit;
- Le *problème de santé* ne s'est pas aggravé;
- Aucun nouveau signe ou symptôme médical n'est apparu, ou il n'y a eu aucune aggravation ou augmentation de la fréquence des signes ou symptômes médicaux existants;
- Aucune hospitalisation ni aucun renvoi à un spécialiste n'ont été requis;
- Il n'y a aucun examen, test médical à des fins d'investigation ou traitement recommandé, mais non complété, ou pour lequel les résultats sont attendus;
- Aucun traitement n'est planifié ou en attente.

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

Traitement désigne une hospitalisation ou d'un acte prescrit, accompli ou recommandé par un médecin pour un *problème de santé*. Cela comprend, sans s'y limiter, la prescription de médicaments, les examens exploratoires et les interventions chirurgicales résultant d'un diagnostic d'un *problème de santé* spécifique. **Important** : Toute référence aux tests, aux résultats de tests ou aux 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.

Troubles mentaux ou émotifs mineurs désignent :

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

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

Urgence désigne un *problème de santé* soudain et imprévu nécessitant un traitement immédiat.

Une *urgence* cesse lorsqu'il est établi par le Centre d'assistance qu'aucun traitement n'est requis à destination et que vous êtes en mesure de poursuivre votre voyage ou de retourner à votre résidence ou dans votre pays d'origine.

Vous, vos et votre désignent l'assuré.

Voyage désigne la période pendant laquelle vous voyagez à l'extérieur de votre pays d'origine et pour laquelle vous avez souscrit une assurance.

PRIMES

La prime est calculée selon les taux en vigueur et selon votre âge lors de chaque demande d'assurance ou chaque prolongation. La couverture familiale est offerte. Une famille comprend le proposant âgé de 69 ou moins, le conjoint du proposant également âgé de 69 ans ou moins, de même que les enfants à charge. La prime de la protection familiale correspond au double de la prime payable par la personne de 69 ans ou moins la plus âgée. Une prime minimale de 25 \$ s'applique.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Cession

Vous ne pouvez céder les prestations actuelles ou futures auxquelles vous avez droit au titre de la présente police; toute entente de cession conclue par vous n'entraîne aucune responsabilité pour l'assureur.

Nonobstant toutes les autres dispositions qu'elle contient, la présente police est assujettie aux dispositions de la Loi sur les assurances régissant les contrats d'assurance accidents et maladies, telles qu'elles s'appliquent dans votre province ou territoire de résidence.

Prolongation automatique de l'assurance

- L'assurance est automatiquement prolongée, jusqu'à concurrence de 72 heures, si, au cours de la période assurée, le moyen de transport que vous utilisez ou que vous comptez utiliser à titre de passager, et qui doit arriver à destination pendant la période assurée, est retardé pour une raison qui ne dépend pas de vous.
- L'assurance est automatiquement prolongée, jusqu'à concurrence de 5 jours, si une attestation médicale prouve que vous êtes inapte aux déplacements en raison d'une maladie ou d'une blessure assurée survenue à la date d'échéance de l'assurance ou avant cette date.
- Si vous demeurez hospitalisé à la fin de la période assurée en raison d'une maladie ou d'une blessure assurée, l'assurance reste en vigueur pour vous et un de vos compagnons de voyage assurés, lorsque leur présence est raisonnable et nécessaire, pendant toute la durée de l'hospitalisation, plus 72 heures après la sortie de l'hôpital, pour le retour à la maison. La prolongation d'assurance pour votre compagnon de voyage ne s'appliquera qu'au titre de sa propre police établie par nous.

Païement des prestations

Sauf indication contraire, les dispositions de la présente police s'appliquent à chacun des assurés pendant une seule période assurée. Chaque assuré a droit aux prestations d'une seule police pendant la période assurée.

Les prestations ne peuvent être supérieures au montant d'assurance choisi pour chaque régime, selon la prime payée et acceptée par l'assureur au moment de la proposition, tel qu'il est indiqué dans votre lettre de confirmation de protection.

Les prestations payables excluent le paiement d'intérêts.

Les prestations payables par suite de votre décès seront versées à votre succession.

Présentation des demandes de règlement

Vous ou l'auteur de la demande de règlement, s'il ne s'agit pas de la même personne, serez responsable de faire parvenir au Centre d'assistance les éléments suivants :

- les reçus, émis par des organisations commerciales, de tous les frais médicaux engagés et l'obtention d'une liste détaillée des services médicaux dispensés; et
- tout paiement versé dans le cadre d'un régime d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie provincial ou territorial;
- les attestations médicales, à la demande du Centre d'assistance.

L'omission de fournir la documentation à l'appui a pour effet d'invalider toutes les demandes de règlement effectuées au titre de la présente assurance.

Conformité à la loi

Toute disposition de la police en conflit avec une loi à laquelle la présente police est assujettie est réputée par la présente être modifiée pour s'y conformer.

Coordination des prestations

Les garanties contenues dans la présente police sont en excédent de celles des autres polices que vous détenez actuellement, ou celles qui vous sont accessibles.

Ces autres polices comprennent, 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; et
- tout régime privé ou public d'assurance automobile prévoyant des garanties d'hospitalisation et de services médicaux ou thérapeutiques.

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

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

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'une police ou d'un régime public d'assurance automobile comportant des prestations sans égard à la faute établis par une loi ou pour lesquels vous avez reçu des prestations d'un tiers au titre d'une police ou d'un régime public d'assurance automobile, à moins que de telles prestations ne soient épuisées.

Vous ne pouvez demander ni recevoir de prestations totalisant plus de 100 % de la valeur du sinistre découlant d'un événement assuré.

Si vous êtes à la retraite et que vous êtes couvert par un régime d'assurance maladie prolongé, offert par votre ancien employeur, qui comporte un maximum viager de 100 000 \$ ou moins, le Centre d'assistance, au nom de l'assureur, n'assurera pas la coordination des prestations avec ce fournisseur, sauf advenant votre décès.

Devise

Toutes les sommes mentionnées dans la présente police, y compris les primes, sont exprimées en dollars canadiens.

S'il fallait convertir des devises, le Centre d'assistance appliquera le taux de change en vigueur à la date à laquelle le service vous a été fourni.

Le Centre d'assistance est autorisée à verser les prestations dans la devise du pays où le sinistre s'est produit.

Prolongation de votre séjour

Si vous décidez de prolonger la durée de votre voyage, vous pouvez demander la prolongation de votre assurance si vous répondez aux critères d'admissibilité 1 et 2 précisés dans la présente police.

Si vous avez présenté une demande de règlement, le Centre d'assistance, au nom de l'assureur, étudiera votre dossier avant d'accorder une prolongation.

Chaque police ou période assurée constitue un contrat distinct et toutes les limitations et les exclusions s'appliquent.

Le Centre d'assistance, au nom de l'assureur, se réserve le droit de refuser toute demande de nouvelle période d'assurance.

Si vous décidez de prolonger votre voyage, veuillez communiquer avec votre agent ou votre courtier ou avec Le Groupe Destination : Voyage Inc. au 1 855 337-3532.

REMARQUE - Couverture à l'extérieur du Canada : Si vous prolongez votre voyage dans le but de retourner dans votre pays d'origine, vous serez assuré pendant que vous êtes en transit à l'extérieur du Canada, même si vous ne passez pas la majorité de la période assurée au Canada si :

- la police est souscrite à la date d'échéance d'une police de Le Groupe Destination : Voyage Inc. existante ou avant cette date; et
- le nombre de jours passés en transit pour vous rendre à votre pays d'origine ne dépasse pas 3 jours.

L'assurance n'est pas en vigueur dans votre pays d'origine.

Conditions générales

Les conditions de la police peuvent être modifiées, sans préavis, à chaque nouvelle police souscrite. La présente police est une police sans participation. Vous n'avez pas droit à nos bénéfices répartis.

Loi applicable

La présente police est régie par les lois de la province ou du territoire canadien dans lequel la police a été émise.

Limite de garantie

En vertu de la présente police, la responsabilité de l'assureur est engagée uniquement si, au moment de la proposition et à la date d'entrée en vigueur, vous êtes en bonne santé et n'avez, à votre connaissance, aucune raison de consulter un professionnel de la santé.

Prescription

Toute action en justice ou procédure judiciaire intentée contre un assureur pour percevoir des sommes dues en vertu du contrat est strictement interdite, à moins qu'elle ne soit intentée à l'intérieur du délai prescrit dans la Loi sur les assurances ou dans la Loi sur la prescription des actions, 2002 de l'Ontario ou toute autre loi applicable.

Déclaration trompeuse ou non-divulgateion

Nous ne rembourserons pas une demande de règlement si vous, toute personne assurée au titre du présent certificat ou toute personne agissant en votre nom tentez de nous tromper ou de faire une déclaration ou une demande de règlement frauduleuse, fautive ou exagérée.

Vous devez en tout temps nous transmettre des renseignements précis et complets.

À la discrétion de l'assureur, la totalité du contrat et toute demande de règlement faite au titre de celui-ci seront frappées de nullité si vous commettez une fraude, si vous omettez de divulguer des faits importants ou si vous faites une déclaration trompeuse au moment de la demande d'assurance ou au moment de présenter une demande de règlement.

En cas d'erreur quant à votre âge, pourvu que votre âge se situe dans les limites assurables de cette police, les primes seront ajustées en fonction de votre âge exact.

Droit au remboursement (Subrogation)

Afin de recevoir des prestations au titre de la police, vous acceptez de faire ce qui suit :

- rembourser à l'assureur tous les frais relatifs aux soins hospitaliers et médicaux d'urgence payés au titre de la police à partir de tout montant reçu d'un tiers responsable (entièrement ou partiellement) de la blessure qui vous a été infligée ou de la maladie que vous avez contractée, que ce montant soit payé aux termes d'un jugement ou d'un règlement à l'amiable;
- 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 de la police;
- inclure tous frais relatifs aux soins hospitaliers et médicaux d'urgence payés au titre de la police dans tout règlement à l'amiable que vous concluez avec le tiers;
- agir de manière raisonnable afin de protéger le droit de l'assureur au remboursement de tous frais relatifs aux soins hospitaliers et médicaux d'urgence payés au titre de la police;
- informer l'assureur de l'évolution de toute poursuite judiciaire intentée contre le tiers; et
- aviser votre avocat relativement au droit au remboursement qui est conféré à l'assureur au titre de la police.

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

Sanctions

Les prestations ne sont pas payables aux termes de la présente police pour les pertes ou dépenses engagées raison de votre voyage vers un pays sanctionné pour toute entreprise ou activité qui contreviendrait à toute loi canadienne ou à toute autre loi nationale économique ou commerciale ou toute sanction législative ou réglementaire applicable.

Heure

L'assurance arrive à échéance à l'heure dite dans le fuseau horaire de l'endroit où la police a été émise.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Contrat

La proposition, la confirmation de protection, la présente police et tout document joint à la police, ainsi que toute modification apportée au contrat qui a été approuvée par écrit après que cette police a été consentie, constituent la totalité du contrat, et aucun agent n'a le pouvoir de modifier le contrat ni de renoncer à l'une de ses dispositions.

Renonciation

L'assureur ne sera pas réputé avoir renoncé, en totalité ou en partie, à une modalité du présent contrat, à moins que cette renonciation soit clairement exprimée par écrit et signée par l'assureur.

Copie de la proposition

Sur demande, l'assureur vous remettra ou remettra à un demandeur aux termes du contrat, une copie de la proposition.

Faits importants

Aucune déclaration faite par vous ou par une personne assurée au moment du dépôt de la proposition ne sera utilisée à des fins de défense contre une réclamation aux termes du contrat ni pour annuler celui-ci, à moins que cette déclaration soit contenue dans la proposition ou toute autre déclaration ou réponse écrite qui a été fournie en tant que preuve d'assurabilité.

Résiliation

Vous pouvez, en tout temps, demander à ce que le présent contrat soit résilié, et l'assureur devra, dès qu'il sera possible après que vous avez fait la demande, rembourser le montant de la prime que vous avez réellement payée et qui excède la prime à courte échéance, laquelle est calculée à compter de la date de la proposition en fonction du tableau utilisé par l'assureur au moment de la résiliation.

Veuillez consulter la section « Remboursements » à la page 5.

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

Avis et preuve de sinistre

Veuillez consulter la rubrique « Demandes de règlement » à la page 5.

Si vous ne fournissez pas les documents à l'appui, votre demande ne sera pas réglée.

Omission de transmettre un avis et une preuve de sinistre

L'omission de transmettre un avis et une preuve de sinistre dans les délais prescrits n'invalide pas la demande si :

- l'avis ou la preuve de sinistre est donné ou fourni dès qu'il est raisonnablement possible, et en aucun cas plus tard que le délai de prescription énoncé dans la Loi sur la prescription des actions après la date à laquelle l'accident est survenu ou la date à laquelle la demande de règlement est soumise par suite d'une maladie ou d'un handicap s'il est prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner un avis ou de transmettre une preuve dans les délais prescrits, ou
- dans le cas de votre décès, si une déclaration de décès présumé est requise, l'avis ou la preuve ne doit en aucun cas être donné plus tard que le délai de prescription énoncé dans la Loi sur la prescription des actions après la date à laquelle un tribunal a fait la déclaration.

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

Les formulaires de demandes de règlement peuvent être obtenus sur demande auprès du Service des demandes de règlement du Centre d'assistance.

Droit d'interrogation

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

Sommes payables

Toutes les sommes payables aux termes du présent contrat seront payées par l'assureur dans les 60 jours après que l'assureur a reçu une preuve de sinistre.

REMBOURSEMENTS

Lorsque vous soumettez votre demande de remboursement, veuillez faire parvenir une demande par écrit à Le Groupe Destination : Voyage Inc., par télécopieur, par la poste ou par courriel, avant la fin de votre période de couverture, et veuillez y joindre ce qui suit :

- une copie de votre confirmation de protection; et
- une confirmation de votre retour hâtif, notamment une carte d'embarquement ou tout document à l'appui de votre demande de remboursement.

Le Groupe Destination : Voyage Inc. accordera un remboursement seulement si :

- La totalité du voyage est annulé avant la date d'entrée en vigueur.
- Vous revenez dans votre pays d'origine avant la date d'échéance.
- Vous devenez admissible à un régime public canadien d'assurance maladie ou d'assurance santé d'une province ou d'un territoire, à condition que vous ne soyez pas tenu de maintenir une assurance pour un permis de travail ou à d'autres fins relatives à l'immigration.

Si l'assurance a été émise dans le cadre des exigences nécessaires à l'obtention ou au maintien d'un visa et qu'aucune preuve de refus de visa n'est fournie, des frais de 150 \$ seront appliqués par Le Groupe Destination : Voyage Inc. lors de l'annulation d'une police émise pour un an de couverture consecutive avant la date d'entrée en vigueur.

Le Groupe Destination : Voyage Inc. se réserve le droit de déclarer à Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC) les polices annulées lorsque le maintien d'une assurance médicale adéquate est nécessaire pour obtenir un visa.

Remarques importantes

Quel que soit le mode de paiement, le remboursement des primes s'obtient de l'agent ou du courtier auprès de qui le régime a été souscrit à l'origine et est soumis à Le Groupe Destination : Voyage Inc.

Les remboursements partiels seront :

- calculés au prorata à la date à laquelle Le Groupe Destination : Voyage Inc. aura reçu la demande de remboursement; et
- assujettis à des frais de 25 \$ et une prime de moins de 25 \$ ne sera pas remboursée.

Aucune prime ne sera remboursée si une demande de règlement a été présentée ou payée ou si une demande de règlement est en attente de décision.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Avant de partir en voyage, n'oubliez pas de télécharger gratuitement l'application TravelAid^{MC} de Manuvie. L'application mobile TravelAid peut vous fournir des indications vers l'établissement médical le plus proche et les numéros de téléphone d'urgence locaux (comme le 911 en Amérique du Nord). Pour télécharger l'application, veuillez consulter le site <https://www.active-care.ca/fr/travelaid/>

Vous pouvez obtenir les formulaires de demande de règlement en appelant le Service des demandes de règlement du Centre d'assistance.

ENVOYEZ VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT À :

Gestion Global Excel

C.P. 1237, succ. A
Windsor (Ontario) N9A 6P8

À frais virés de partout dans le monde : + 1 (519) 945-1068
Sans frais du Canada et des États-Unis : 1 833 886-1068

- 1) Les demandes de règlement doivent être présentées dans les 30 jours suivant l'événement.
- 2) Une preuve à l'appui de la demande de règlement doit être soumise dans les 90 jours suivant l'événement.
- 3) Les frais engagés à des fins de documentation ou d'établissement de rapports devront être acquittés par vous ou par le demandeur.
- 4) Au moment de présenter votre demande de règlement, veuillez remplir le formulaire au complet. Un formulaire incorrectement rempli entraînera des retards.
- 5) Le non-respect des procédures de réclamation entraînera la perte des droits ou la réduction des prestations disponibles en vertu de cette police.

Pour présenter une demande de règlement médical, vous devez nous fournir les documents suivants :

- a. les reçus originaux détaillés de toutes les notes et factures;
- b. une preuve de paiement pour les frais que vous avez vous-même payés (reçus);
- c. une preuve de paiement pour les frais qui ont été payés par un autre régime d'assurance ou tout régime public d'assurance maladie;
- d. les dossiers médicaux comprenant :
 - le diagnostic complet rendu par le médecin traitant;
 - les documents produits par l'hôpital, lesquels doivent confirmer que le traitement donné était nécessaire du point de vue médical;
 - la documentation indiquant que le traitement ne pouvait pas être retardé jusqu'à votre retour à votre résidence sans nuire à votre état de santé ou la qualité des soins médicaux;
- e. une lettre du médecin référent recommandant le traitement de tout professionnel au titre de la garantie service d'urgence paramédicale/professionnel;
- f. pièces justificatives de l'accident si vous soumettez une demande de règlement pour des frais dentaires engagés à la suite d'un accident;
- g. une preuve du voyage (indiquant notamment les dates de votre départ et de votre retour); et
- h. votre dossier médical indiquant vos antécédents (si nous jugeons ce document nécessaire);
- i. preuve de votre inscription à un établissement scolaire.

Pour présenter une demande de règlement pour décès ou mutilation par accident, vous devez nous fournir les documents suivants :

- a) le rapport de police, du coroner ou d'autopsie;
- b) les dossiers médicaux;
- c) le certificat de décès (si applicable);
- d) tout autre document demandé par le Centre d'assistance après l'examen initial de votre demande de règlement.

Présentation en ligne des demandes de règlement

Pour présenter une demande de règlement rapidement et facilement, avez à portée de main tous vos documents disponibles en format électronique sous forme de PDF ou JPEG. Rendez-vous à l'adresse www.globalexcel.com/manuvie afin de présenter votre demande de règlement en ligne.

Le Service d'assistance en cas d'urgence et la gestion des demandes de règlement sont fournies par :

Centre d'assistance (Gestion Global Excel)
C.P. 1237, succ. A
Windsor (Ontario) N9A 6P8

La police est administrée et distribuée par :

Le Groupe Destination : Voyage Inc.
304-155 Gordon Baker Road
Toronto (Ontario) Canada M2H 3N5
Téléphone : 1 855 337-3532

La police est souscrite auprès de :

La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie),
C.P. 670, succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J 4B8

AVIS CONCERNANT LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

La protection de votre vie privée nous tient à cœur.

Nous engageons à préserver le caractère confidentiel des renseignements qui nous sont fournis à votre sujet afin de vous procurer l'assurance que vous avez choisie. Bien que nos employés doivent avoir accès à ces renseignements, nous avons pris des mesures pour protéger votre vie privée. De plus, nous veillons à ce que les autres professionnels avec qui nous travaillons à vous offrir les services dont vous avez besoin au titre de votre assurance aient également pris des mesures à cet effet. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la façon dont nous protégeons votre vie privée, veuillez lire l'Avis sur la vie privée et la confidentialité.

Avis sur la vie privée et la confidentialité.

Les renseignements spécifiques et détaillés demandés dans la proposition sont nécessaires à son traitement. Afin de préserver le caractère confidentiel de ces renseignements, Manuvie créera un « dossier de services financiers » contenant les renseignements qui seront utilisés pour traiter la proposition, offrir et administrer les services et traiter les demandes de règlement. L'accès à ce dossier est limité aux employés, mandataires, administrateurs et agents responsables de l'évaluation des risques, 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 ressorts situés à l'extérieur du Canada et être soumis aux lois en vigueur dans ces ressorts. Votre dossier sera gardé en lieu sûr dans nos bureaux ou ceux de notre administrateur ou mandataire. 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.

Pour en savoir plus sur la Politique de protection des renseignements personnels de Manuvie – Division canadienne, veuillez visiter <https://www.manuvie.ca/politiques-de-confidentialite.html>.

La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers

PROCÉDURES D'URGENCE

En cas d'urgence, vous, ou une personne agissant en votre nom, devez communiquer avec le Centre d'assistance (au 1 833 886-1069 ou à frais virés de partout dans le monde au +1 519 945-1069) avant toute chirurgie ou dans les 24 heures suivant l'admission à l'hôpital.

Limitations de garantie

Si vous omettez de communiquer avec le Centre d'assistance, sans motif raisonnable, les prestations auxquelles vous avez droit seront réduites de 20 %. Les frais non payables par l'assureur vous incomberont.

La mission du Centre d'assistance consiste à vous aider en demeurant à votre disposition 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Le Centre d'assistance peut aussi vous conseiller, vous aider dans des situations d'urgence d'ordre non médical et vous donner accès à des ressources pour résoudre tous les problèmes inattendus qui pourraient survenir pendant votre voyage.

Gestion Global Excel
Sans frais du Canada et des États-Unis :
1 833 886-1069

Si le numéro sans frais ne fonctionne pas, composez à frais virés le
+ 1 (519) 945-1069

SERVICE DE CONCIERGERIE MÉDICALE

La société Le Groupe Destination : Voyage Inc., est heureuse de vous offrir des services de conciergerie médicale à valeur ajoutée lorsque vous bénéficiez de la garantie soins médicaux d'urgence au titre du contrat.

Quels sont les services offerts? StandbyMD est doté d'un réseau international de fournisseurs de soins de santé et de partenaires qui fournissent en tout temps des services médicaux aux quatre coins du globe par une procédure simple et rapide.

StandbyMD est composé de plusieurs niveaux de soins personnalisés, notamment :

- des consultations par télé-médecine (par téléphone ou vidéoconférence) avec un médecin qualifié qui évalue vos symptômes et propose un traitement (pour les cas admissibles)
- un réseau de médecins qui procèdent à des visites à domicile (accessible dans 141 pays et plus de 4 500 villes)
- des cliniques ou salles d'urgence du réseau situées près du patient, si le cas le nécessite;
- Ordonnances perdues/oubliées pour des médicaments d'entretien, des lunettes ou verres de contact et des fournitures médicales coordonnées et livrées le jour même (en cours de voyage au Canada ou aux États-Unis)

Comment ce programme fonctionne-t-il?

StandbyMD procède au triage des patients selon leurs symptômes, leur profil et leur emplacement. Une fois les renseignements obtenus, les patients sont instantanément orientés vers le niveau de soins le plus approprié à leur situation.

Son réseau international de fournisseurs de soins de santé, offre une prestation de soins de qualité à des taux préférentiels ainsi que des solutions de facturation directe en vue de diminuer les déboursés. Le programme StandbyMD aide à coordonner le paiement des dépenses admissibles et assujetties aux modalités de la police.

Pour bénéficier de ce service, veuillez communiquer avec le Centre d'assistance au numéro de téléphone fourni dans la présente police.

Avis de non-responsabilité, de renonciation et de limitation de responsabilité

StandbyMD n'a pas pour but de remplacer les conseils professionnels des médecins. Le programme vise à vous assister dans votre recherche de fournisseurs de soins de santé.

Les conseils donnés par StandbyMD sont utilisés à des fins de recommandation seulement et peuvent être suivis de manière entièrement volontaire. Vous maintenez le droit de prendre les décisions vous-même et de choisir le niveau de soins dont vous avez besoin, peu importe la recommandation de StandbyMD.

Les fournisseurs de soins de santé recommandés par StandbyMD ne sont ni des employés ni des agents de StandbyMD et n'y sont pas affiliés de quelque façon. Ils ne font qu'accepter les recommandations données par StandbyMD.

StandbyMD ne détient aucun contrôle, explicite ou implicite, sur l'évaluation médicale, les actions et les inactions des fournisseurs de soins de santé participants. En fournissant ses recommandations en vertu de cette police d'assurance, StandbyMD n'est pas responsable de ce qui suit :

- la disponibilité,
- la qualité,
- les résultats ou le dénouement de tout service ou traitement.

Les titulaires de police renoncent expressément par la présente à tout droit de poursuivre juridiquement StandbyMD ou toute personne associée à StandbyMD. Les personnes associées comprennent les directeurs, les sociétés mères, les successeurs et les mandataires de StandbyMD.

La renonciation à ces droits de procéder légalement comprend les éléments suivants qui se rapportent de quelque manière que ce soit aux services de conciergerie médicale proposés par StandbyMD :

- toute réclamation
- toute demande
- action et cause d'action
- poursuite de toute sorte, nature ou montant

La responsabilité de StandbyMD au titre de ces services de conciergerie médicale, le cas échéant, est limitée au montant versé aux fournisseurs de soins de santé participants pour les services que le titulaire de police a obtenus après avoir reçu une recommandation de StandbyMD.

Manuvie

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

© La compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, 2023. Tous droits réservés.

TravelAid^{inc} est une marque de commerce d'Active Claims Management (2018) Inc. et est utilisée par Manuvie et ses sociétés affiliées sous licence.

StandbyMD^{inc} est une marque de commerce de Healthcare Concierge Services, Inc. appartenant à Gestion Global Excel Inc.

App Store est une marque déposée d'Apple Inc.

Google Play est une marque déposée de Google LLC.

Des formats accessibles et des aides à la communication sont offerts sur demande. Pour obtenir de plus amples renseignements, rendez-vous à l'adresse www.manuvie.ca/accessibleite.

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>