

Contrat d'assurance voyage

Cette assurance est établie par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie).

EN CAS D'URGENCE, TÉLÉPHONEZ IMMÉDIATEMENT À NOTRE CENTRE D'ASSISTANCE au 1 866 943-6025 à partir du Canada ou des États-Unis ou à frais virés au 519 251-7274 lorsque ce service est offert. Ne supposez pas que quelqu'un communiquera avec ACM en votre nom. Il vous incombe de veiller à ce qu'ACM soit contactée avant de recevoir un *traitement* ou dès qu'il est raisonnablement possible de le faire. Le défaut d'aviser ACM pourrait limiter les prestations qui vous sont versées (voir la section V – Limites et restrictions).

Accès immédiat au Centre d'assistance est aussi disponible au moyen de l'application mobile TravelAid.
Rendez-vous à l'adresse <http://Active-Care.ca/TravelAid-Fr.html> pour télécharger l'application.

AVIS IMPORTANT – À LIRE ATTENTIVEMENT

1. Le but de l'assurance voyage est de couvrir les sinistres survenant dans des circonstances soudaines et imprévisibles. Il est important que vous lisiez votre police et que vous compreniez les dispositions de votre contrat avant de partir en voyage, car votre couverture peut être assujettie à certaines restrictions et exclusions.
2. Il peut arriver que votre contrat ne couvre pas des *problèmes de santé* ou des symptômes apparus avant votre départ. Vérifiez comment cette exclusion s'applique dans le cadre de votre contrat et l'importance que peuvent avoir à cet égard la date de votre départ, la date de souscription et la date d'effet de l'assurance.
3. Advenant un accident, une *blessure* ou une *maladie*, vos antécédents médicaux pourraient être passés en revue dans le cadre d'une demande de règlement.
4. Votre contrat prévoit le recours à un centre d'assistance. Il vous faudra communiquer avec ce centre avant de recevoir tout *traitement*. Il se peut que votre contrat impose des restrictions à l'égard des prestations si vous ne communiquez pas avec le Centre d'assistance dans les délais prescrits.

VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT VOTRE POLICE AVANT DE PARTIR EN VOYAGE.

- Vous devez communiquer avec ACM pour obtenir son autorisation avant de recevoir un *traitement*. Si vous omettez de le faire, les prestations prévues par le contrat pourraient être limitées (voir la section V – Limites et restrictions).
- Dans la présente police, les mots en italique ont une signification particulière et sont définis à la section XII – Définitions.
- Toutes les sommes sont présentées en dollars canadiens, sauf indication contraire.
- Si, au cours de votre voyage assuré, vous revenez dans votre province ou territoire de résidence, peu importe la raison, vous devez communiquer avec The McLennan Group (TMG) pour prendre connaissance de l'incidence de ce retour sur votre couverture.

Le présent contrat comporte une disposition qui supprime ou limite le droit de l'assuré de désigner des personnes à qui ou pour qui des sommes assurées seront versées.

SECTION I – ADMISSIBILITÉ

- 1) Vous n'êtes admissible à aucune couverture au titre de la présente police si :
 - a) Un *médecin* vous a conseillé de ne pas voyager pour le moment.
 - b) Vous avez une *maladie* en phase terminale pour laquelle un *médecin* a estimé votre espérance de vie à moins de six mois.
 - c) Vous avez un cancer métastatique (c.-à-d. un cancer qui s'est propagé de son foyer initial à une autre partie du corps).
 - d) Vous avez besoin de dialyse rénale.
 - e) Au cours des 12 derniers mois, vous avez utilisé de l'oxygène à domicile ou on vous en a prescrit.
 - f) Vous avez reçu une greffe de moelle osseuse, de cellules souches ou d'organe (sauf une greffe de cornée).
- 2) Vous devez être un résident canadien et être couvert par le régime public d'assurance maladie de votre province ou territoire de résidence au Canada pour toute la durée de votre voyage.
- 3) Vous devez remplir la proposition et la déclaration médicale (s'il y a lieu) avant la date d'effet de l'assurance.

Si votre état de santé change ou ne demeure pas *stable* entre la date à laquelle vous remplissez et soumettez votre proposition et la date d'effet de l'assurance, vous devez revoir les questions qui figurent sur votre déclaration médicale avec l'agent de vente de TMG afin de réévaluer votre admissibilité à l'assurance.

Si vous n'êtes plus admissible à l'assurance que vous avez souscrite et que vous ne communiquez pas avec votre agent TMG, toute demande de règlement sera refusée, et l'assureur annulera votre contrat d'assurance et vous remboursera la prime versée. Vous ne bénéficierez donc d'aucune garantie d'assurance et vous devrez payer vous-même tous les frais liés à votre maladie ou à votre blessure, y compris les frais de rapatriement.

- 4) Si vous souscrivez un Régime annuel voyages multiples et que votre état de santé change ou ne demeure pas *stable* après la date d'effet de l'assurance, vous êtes toujours admissible à l'assurance, mais votre *problème de santé* pourrait en être exclu (voir la section VI – Exclusions, paragraphe A – Exclusions relatives aux *problèmes de santé préexistants*).

SECTION II – CONVENTION D'ASSURANCE

Section II-A : Le contrat

Le présent contrat offre une couverture d'assurance voyage dans le monde entier sous réserve d'un maximum de 10 millions de dollars (voir la section II G – Risques couverts). La présente police, la proposition, la déclaration médicale (s'il y a lieu), l'*avis de confirmation* d'assurance et le tableau des primes constituent votre contrat d'assurance.

Section II-B : Régimes offerts

1) RÉGIME QUOTIDIEN VOYAGE UNIQUE

Description

- a) Fournit une protection pour un seul voyage.
- b) Peut être souscrit comme complément d'assurance immédiatement après l'expiration d'un autre régime d'assurance.
- c) Prolongations facultatives (voir page 2).
- d) Vous devez souscrire votre assurance avant de quitter votre province ou territoire de résidence.
- e) L'assurance doit être souscrite pour toute la durée du voyage, sauf s'il s'agit d'une assurance complémentaire.

Autres options pour le Régime quotidien voyage unique :

a) Régime Canada

- (i) Couverture pendant toute la durée d'un seul voyage effectué exclusivement au Canada (à l'exclusion de votre province ou territoire de résidence).
- (ii) Offert aux proposant de tous âges.
- (iii) Prolongations facultatives.
- (iv) NON offert comme complément d'assurance.

b) Régime sans tarification des risques médicaux

- (i) Couverture pour un seul voyage d'une durée maximale de 15 jours.
- (ii) Offert aux proposant âgés de 60 ans ou plus.
- (iii) Prolongations facultatives.
- (iv) NON offert comme complément d'assurance.

Période de couverture

RÉGIME	ÂGE	DURÉE MAXIMALE DU VOYAGE
Régime quotidien voyage unique	Tous âges	Maximum prévu par votre régime public d'assurance maladie*
Régime Canada	Tous âges	Maximum prévu par votre régime public d'assurance maladie*
Régime sans tarification des risques médicaux	60 ans et plus	Jusqu'à 15 jours

*Il est possible d'être couvert au-delà de la période maximale ci-dessus (sous réserve d'un maximum de 365 jours) si vous avez obtenu une prolongation de couverture au titre du régime public d'assurance maladie.

Date d'effet de l'assurance – La couverture **commence** à la plus éloignée des dates suivantes : la date à laquelle vous quittez votre province ou territoire de résidence, ou la date d'effet indiquée dans votre avis de confirmation d'assurance.

Fin de l'assurance – L'assurance **prend fin** à la plus rapprochée des dates suivantes :

- a) date de votre retour dans votre province ou territoire de résidence; ou
- b) date d'expiration figurant dans votre avis de confirmation d'assurance. Toutefois, si vous revenez dans votre province ou territoire de résidence pour une visite temporaire imprévue avant la date d'expiration de votre assurance, et si vous n'avez pas vécu une situation pouvant faire l'objet d'une demande de règlement, votre couverture peut reprendre, sans prime supplémentaire, une fois que vous quittez votre province ou territoire de résidence pour poursuivre votre voyage. Le nombre de jours de votre retour temporaire ne vous sera pas remboursé. Si, au cours de votre visite temporaire, vous êtes traité ou vous recevez un traitement pour un problème de santé (sauf une affection bénigne), votre contrat prendra fin et vous pourriez avoir droit à un remboursement (voir la section II F – Remboursements).

Prolongation facultative ou complément d'assurance

- a) **Prolongation facultative** – Il est possible de prolonger l'assurance offerte au titre du Régime quotidien voyage unique, notamment le Régime Canada et le Régime sans tarification des risques médicaux (jusqu'à un maximum de 15 jours). Si la présente assurance est souscrite comme complément d'assurance d'un régime d'un autre assureur :
 - (i) l'assurance doit être souscrite pour le nombre total de jours qu'il reste au voyage.
 - (ii) l'assurance peut être souscrite après votre départ, mais avant la date d'expiration de l'assurance précédente.
- b) **Complément d'assurance** – Le complément d'assurance est un Régime quotidien voyage unique (voir B – Régimes offerts, à la page 1) qui offre une couverture pour les jours de voyage au-delà de la durée d'un autre régime et qui entre en vigueur le lendemain de la date d'expiration de cet autre régime. Le Régime quotidien voyage unique peut être utilisé comme complément d'assurance au Régime annuel voyages multiples, au Régime annuel supplémentaire voyages multiples 40 jours pour les participants au Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP), ou au régime d'assurance voyage d'un autre assureur. **IMPORTANT** – Il vous incombe de vérifier si votre contrat d'assurance voyage initial peut être complété ou non par un autre régime d'assurance.
 - (i) Une couverture supplémentaire peut être souscrite en complément de votre assurance, pour une période au-delà de la durée de voyage à laquelle vous êtes admissible.
 - (ii) Votre couverture supplémentaire doit être souscrite pour le nombre total de jours qu'il reste au voyage.

- (iii) L'assurance peut être souscrite avant ou après votre date de départ, mais au plus tard 10 jours avant la date d'expiration de l'assurance existante.
 - (iv) Vous devez payer la prime requise avant la date d'effet du complément d'assurance.
 - (v) Une preuve de départ pourrait être exigée.
- c) **Une assurance peut être prolongée ou complétée si les conditions suivantes sont satisfaites :**
- (i) Aucune demande de règlement n'a été présentée au titre du contrat initial pour le voyage visé. Si une demande de règlement a été présentée, une prolongation ou un complément d'assurance pourrait être accordé sous réserve de l'approbation de l'assureur.
 - (ii) Votre état de santé n'a pas changé depuis la date d'effet de votre assurance ou votre date de départ.
 - (iii) Vous demeurez admissible à l'assurance.
 - (iv) La demande de prolongation est reçue par téléphone au plus tard 10 jours avant la date d'expiration de votre assurance.
 - (v) La durée totale du voyage à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence, incluant la prolongation, ne dépasse pas la durée de voyage maximale à laquelle vous êtes admissible au titre du régime public d'assurance maladie.
 - (vi) La prime requise est portée à votre carte de crédit.
- Remarque** : La prime minimale est de 25 \$ par prolongation. Le coût des journées supplémentaires d'assurance sera calculé en fonction de la durée totale du voyage et de l'âge de l'assuré à la date de souscription de la prolongation, selon le tableau des primes en vigueur au moment de la demande de prolongation.

2) RÉGIME ANNUEL VOYAGES MULTIPLES

Description

- a) Ce régime vous procure une couverture entre la date d'effet et la date d'expiration indiquées dans votre avis de confirmation d'assurance, pour un nombre illimité de voyages jusqu'à concurrence de la durée de séjour permise selon l'âge (voir ci-dessous).
- b) Vous avez droit à un nombre illimité de jours de voyage au Canada (à l'exclusion de votre province ou territoire de résidence).
- c) Le régime prévoit une assurance Annulation de voyage pouvant aller jusqu'à 1 000 \$ par contrat, par année (offerte uniquement aux membres de CARP); voir la section IV A, Risque assuré.
- d) Des compléments d'assurance sont offerts. Consultez la section II B, Prolongation facultative ou complément d'assurance.
- e) Après chaque voyage, vous devez retourner dans votre province ou territoire de résidence ou au Canada.
- f) Au titre du Régime annuel voyages multiples, vous n'êtes pas tenu de fournir au préalable vos dates de départ et de retour pour chaque voyage; vous devez toutefois fournir une preuve de vos dates de départ et de retour (p. ex., billet d'avion ou estampille des douanes ou de l'immigration) lorsque vous présentez une demande de règlement.

Période de couverture

- a) Personnes jusqu'à l'âge de 79 ans : 9, 16, 30 ou 60 jours consécutifs
- b) Personnes de 80 ans et plus : 9 ou 16 jours consécutifs

Date d'effet de l'assurance

- a) La protection au titre du Régime annuel voyages multiples **début**e à la date d'effet indiquée dans votre avis de confirmation d'assurance.
- b) La période de couverture pour chaque voyage assuré au titre du Régime annuel voyages multiples **début**e à la date de votre départ, pourvu que la protection au titre du Régime annuel voyages multiples soit en vigueur. **Exception** : Aucune couverture n'est en vigueur pour un voyage à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence qui a débuté avant la date d'effet du Régime annuel voyages multiples.

Fin de l'assurance

- a) Au titre du Régime annuel voyages multiples, l'assurance **prend fin** la veille du premier anniversaire de sa date d'effet.
- b) La couverture pour chaque voyage au titre du Régime annuel voyages multiples **prend fin** à la plus rapprochée des dates suivantes :
 - (i) date d'expiration de votre Régime annuel voyages multiples, qui est indiquée dans votre avis de confirmation d'assurance;
 - (ii) date de votre retour dans votre province ou territoire de résidence; ou
 - (iii) date à laquelle s'est écoulé le nombre maximal de jours de voyage à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence que vous avez choisi au titre de Régime annuel voyages multiples, comme il est indiqué dans votre avis de confirmation d'assurance.

Complément d'assurance – Un Régime quotidien voyage unique peut être souscrit pour compléter votre Régime annuel voyages multiples si votre voyage doit durer plus longtemps que la période couverte par l'option que vous avez sélectionnée au moment de votre proposition. Un Régime annuel voyages multiples ne peut pas être utilisé comme complément d'un autre Régime annuel voyages multiples, sauf si votre voyage débute au cours de la

période d'assurance et se prolonge au-delà de la date d'expiration indiquée dans *vos avis de confirmation*. Un Régime annuel voyages multiples peut être souscrit, pourvu que la durée totale du voyage ne dépasse pas la durée que vous avez choisie.

3) RÉGIME ANNUEL SUPPLÉMENTAIRE VOYAGES MULTIPLES 40 JOURS pour les participants au Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP)

Description

- a) Ce régime vous procure une couverture entre la date d'effet et la date d'expiration de l'assurance pour un nombre illimité de voyages d'une durée d'au plus 40 jours consécutifs à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence.
- b) Les prestations au titre de ce contrat sont versées en sus de la première tranche de 500 000 \$ à verser par votre assureur principal.
- c) Il est possible de compléter cette assurance au moyen d'un Régime quotidien voyage unique.
- d) Vous devez participer au Régime de soins de santé de la fonction publique.
- e) Après chaque voyage, vous devez retourner dans votre province ou territoire de résidence ou au Canada.
- f) Au titre du Régime annuel supplémentaire voyages multiples 40 jours, vous n'êtes pas tenu de fournir au préalable vos dates de départ et de retour pour chaque voyage; vous devez toutefois fournir une preuve de vos dates de départ et de retour (p. ex., billet d'avion ou estampille des douanes/de l'immigration) lorsque vous présentez une demande de règlement.

Date d'effet de l'assurance

- a) La protection au titre du Régime annuel supplémentaire voyages multiples 40 jours **débute** à la date d'effet indiquée dans *vos avis de confirmation* d'assurance.
- b) La période de couverture pour chaque voyage assuré au titre du Régime annuel supplémentaire voyages multiples 40 jours **débute** à la date à laquelle vous quittez votre province ou territoire de résidence, pourvu que la protection soit en vigueur.
Exception : Aucune couverture n'est en vigueur pour un voyage à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence qui a débuté avant la date d'effet du Régime annuel supplémentaire voyages multiples 40 jours.

Fin de l'assurance

- a) L'assurance au titre du Régime annuel supplémentaire voyages multiples 40 jours **prend fin** la veille du premier anniversaire de sa date d'effet.
- b) La couverture pour chaque voyage au titre du Régime annuel supplémentaire voyages multiples 40 jours **prend fin** à la plus rapprochée des dates suivantes :
 - (i) date d'expiration de votre Régime annuel supplémentaire voyages multiples 40 jours, qui est indiquée dans *vos avis de confirmation* d'assurance;
 - (ii) date de votre retour dans votre province ou territoire de résidence; ou
 - (iii) date du 41^e jour à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence, comme il est prévu au titre du Régime annuel supplémentaire voyages multiples 40 jours et indiqué dans *vos avis de confirmation* d'assurance.

Si vous avez besoin **d'assistance médicale** au cours des 40 premiers jours de votre voyage, appelez directement la société d'assistance du RSSFP. Veuillez consulter votre contrat RSSFP pour connaître les numéros d'*urgence* à composer. Si vous avez besoin **d'assistance non médicale** ou d'assistance pour une situation non couverte par votre contrat RSSFP au cours des 40 premiers jours de votre voyage (p. ex., annulation, interruption ou retard du voyage, ou retour du *véhicule*), appelez *ACM* à l'un des numéros d'*urgence* figurant dans *vos avis de confirmation* d'assurance.

Complément d'assurance – Le Régime quotidien voyage unique peut être souscrit pour compléter votre Régime annuel supplémentaire voyages multiples 40 jours. Voir « Régime quotidien voyage unique – Prolongation facultative ou complément d'assurance ».

Section II-C : Prolongation d'office de la couverture

Votre couverture sera prolongée d'office, sans prime supplémentaire, à condition que vous avisiez *ACM*, si votre retour dans votre province ou territoire de résidence est retardé au-delà de la date d'expiration de la présente assurance uniquement à cause d'une des raisons suivantes :

- 1) Votre voyage de retour est retardé au-delà de la date d'expiration de l'assurance en raison du retard, à l'arrivée ou au départ, d'un *transporteur public* à bord duquel il est prévu que vous voyagiez, jusqu'à la plus rapprochée des dates suivantes
 - a) date de votre retour dans votre province ou territoire de résidence; ou
 - b) cinq jours consécutifs suivant la date à laquelle la couverture d'assurance prendrait normalement fin si ce n'était de cette prolongation d'office.

- 2) Le *véhicule* à bord duquel vous voyagez subit un accident de la route ou un bris mécanique vous empêchant ainsi de retourner dans votre province ou territoire de résidence à la date d'expiration de la présente assurance ou avant cette date, à condition que le trajet de retour soit entrepris avant la date d'expiration de votre contrat; jusqu'à la plus rapprochée des dates suivantes :
 - a) date de votre retour dans votre province ou territoire de résidence; ou
 - b) cinq jours consécutifs suivant la date à laquelle la couverture d'assurance prendrait normalement fin si ce n'était de cette prolongation d'office.
- 3) Vous (ou votre *compagnon de voyage*) devez demeurer *hospitalisé* afin de recevoir un *traitement* pour une *maladie* ou une *blessure* au-delà de la date d'expiration de la présente assurance, jusqu'à concurrence de 365 jours ou jusqu'à ce que votre état ou celui de votre *compagnon de voyage* soit *stable*, selon l'assureur, pour recevoir votre congé de l'*hôpital*, selon la première de ces éventualités, plus cinq autres jours consécutifs.
- 4) Votre retour ou celui de votre *compagnon de voyage* est retardé au-delà de la date d'expiration de l'assurance et ce retard est directement lié à une *maladie* ou une *blessure* pour laquelle vous (ou votre *compagnon de voyage*) n'êtes pas *hospitalisé*, jusqu'à la plus rapprochée des dates suivantes :
 - a) date de votre retour dans votre province ou territoire de résidence; ou
 - b) cinq jours consécutifs suivant la date à laquelle la couverture d'assurance prendrait normalement fin si ce n'était de cette prolongation d'office.

Section II-D : Couverture familiale

- a) **Pour les proposant âgés de 59 ans ou moins** – Couverture offerte au *conjoint* et aux *enfants* de la *personne assurée*. En cas de divorce, toutes les personnes *assurées* nommées dans l'*avis de confirmation* d'assurance demeurent couvertes jusqu'à la date d'expiration du contrat. Au titre du Régime annuel voyages multiples et du Régime annuel supplémentaire voyages multiples 40 jours, toutes les personnes *assurées* peuvent voyager indépendamment les unes des autres. Il faut souscrire la couverture familiale pour bénéficier de cette assurance.
- b) **Pour les proposant âgés de 60 ans ou plus** – Couverture offerte à deux *enfants* ou *petits-enfants* âgés de moins de 16 ans qui voyagent avec leurs parents *assurés* (ou leurs grands-parents *assurés* en l'absence des parents) si chaque adulte a 60 ans ou plus et est couvert au titre du Régime annuel voyages multiples. Si n'importe lequel des parents ou grands-parents a moins de 60 ans, il faut souscrire la couverture familiale.

Section II-E : Paiement de la prime

- a) **Paiement comptant, par chèque ou par carte de crédit** – La couverture est conditionnelle au paiement de votre prime. Les primes d'assurance peuvent être payées comptant, par chèque ou par carte de crédit. Elles doivent être versées en totalité au plus tard à la date d'effet ou de renouvellement du contrat. Le contrat ne prend pas effet avant la réception du paiement complet. Si le montant de la prime ne suffit pas à couvrir la période d'assurance choisie, les mesures suivantes sont prises :
 - i) nous facturons et recouvrons le moins-perçu; ou
 - ii) si nous ne pouvons recouvrer le moins-perçu, nous écourtons la période d'assurance au moyen d'un avenant écrit.

Nous remboursons tout montant de prime versé en trop.

b) Primes en souffrance :

- i) Si, après la date d'effet de votre contrat, la prime n'a pas été payée, l'assureur vous enverra un avis vous accordant 15 jours pour effectuer le paiement. S'il ne reçoit pas le paiement requis, l'assureur pourra résilier le contrat à la fin de cette période de 15 jours.
- ii) Si une demande de règlement est soumise pendant que le contrat est en vigueur et qu'une prime est en souffrance, l'assureur pourra déduire du règlement la somme due.

Section II-F : Remboursements

- a) **RÉGIME ANNUEL VOYAGES MULTIPLES** – La prime acquittée ne peut être remboursée après la date d'effet de l'assurance.
- b) **RÉGIME QUOTIDIEN VOYAGE UNIQUE**
 - i) Vous aurez droit au remboursement intégral de la prime payée si vous envoyez une demande écrite à TMG avant la date d'effet de l'assurance.
 - ii) Dans le cas des assurances complémentaires, le remboursement complet de la prime payée sera effectué si TMG reçoit une demande écrite avant la date de départ.
 - iii) La prime payée (moins des frais d'administration de 25 \$ par contrat d'assurance) peut être partiellement remboursée si vous devez retourner dans votre province ou territoire de résidence avant la date prévue de votre retour, à la condition qu'aucune demande de règlement n'ait été présentée ou signalée au cours de votre voyage ou que le retour exige la résiliation de votre contrat, ou les deux.

Les demandes de remboursement doivent être transmises par écrit à TMG dans les 90 jours précédant la date d'expiration de votre contrat. Si TMG reçoit une preuve satisfaisante (p. ex., billet d'avion ou estampille des douanes ou de l'immigration) de la date réelle de votre retour dans votre province ou territoire de résidence, votre remboursement sera calculé à partir de cette date. Sinon, le calcul du remboursement sera basé sur la date d'oblitération de votre demande écrite. Le remboursement minimal est de 10 \$ par contrat d'assurance.

Section II-G : Risques couverts

Sous réserve des dispositions du présent contrat, cette assurance prévoit le paiement des *frais raisonnables et usuels* que vous avez engagés (moins les franchises applicables) en cas d'urgence survenant pendant que vous êtes en voyage à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence, pour les prestations définies à la section IV – Prestations (tous les régimes). L'assureur paiera les frais admissibles, jusqu'à concurrence de 10 millions de dollars, qui sont en excédent des frais remboursables au titre de tout régime collectif, individuel, privé ou public ou contrat d'assurance, y compris un régime d'assurance automobile et le régime public d'assurance maladie de votre province ou territoire de résidence au Canada.

SECTION III – SERVICES DE CONCIERGERIE MÉDICALE FOURNIS AU TITRE DU PROGRAMME DE STANDBY MD

L'Assurance voyage Travel Choice 1 est heureuse de vous offrir, dans le cadre de tout contrat comportant une garantie médicale, des services de conciergerie médicale avantageux lorsque vous avez la couverture Soins médicaux d'urgence aux termes du présent contrat.

Quels sont les services offerts? StandbyMD vous offre :

- Où que vous voyagez, consultation téléphonique avec un *médecin* qualifié qui peut évaluer vos symptômes et offrir des options de *traitement*;
- Dans 86 pays et plus de 4 000 villes, accès à un réseau de *médecins* qui peuvent faire des consultations à domicile. En plus, quand vous voyagez aux États-Unis, StandbyMD vous offre les services suivants :
- Coordination le jour même de la livraison des médicaments sur ordonnance, des verres correcteurs, des verres de contact et des autres fournitures médicales, perdus ou oubliés;
- Recommandation de *médecins* spécialistes, de chiropraticiens, de dentistes, de cliniques sans rendez-vous, de cliniques d'urgence ou plus de 50 000 *hôpitaux* aux fins d'évaluation et de *traitement médical*;
- Coordination par un *médecin* de l'envoi en salle d'urgence et, dans la mesure du possible et dans certaines villes, assistance du *médecin* pour permettre un *traitement* rapide en salle d'urgence.

Comment ce service fonctionne-t-il? Le programme StandbyMD vous aidera à coordonner le paiement des frais admissibles sous réserve des dispositions du présent contrat. Pour bénéficier de ces services, communiquez simplement avec le Centre d'assistance aux numéros de téléphone indiqués sur la carte d'assurance.

Ces services de conciergerie médicale sont fournis par StandbyMD.

Avis d'exonération et de limitation de responsabilité : StandbyMD n'est pas un fournisseur de soins médicaux. Les fournisseurs de soins médicaux auxquels StandbyMD fait appel ne sont ni ses employés, ni des mandataires et ne sont aucunement affiliés à StandbyMD, si ce n'est qu'ils acceptent des recommandations de StandbyMD. StandbyMD n'a aucun contrôle, réel ou implicite, sur l'avis médical des fournisseurs de soins médicaux participants, ni sur leurs actions ou inactions.

Lors des recommandations effectuées au titre du présent contrat, StandbyMD n'assume aucune responsabilité pour :

- la disponibilité,
- la qualité,
- les résultats des traitements ou des services.

Par la présente, les titulaires de contrat renoncent spécifiquement et entièrement à leurs droits de procéder juridiquement contre StandbyMD ou toute personne liée à StandbyMD* dans toute réclamation, action, cause d'action et poursuite de quelque nature et quelque montant que ce soit, découlant directement ou indirectement des services de conciergerie médicale offerts par StandbyMD. La seule responsabilité de StandbyMD au titre des services de conciergerie médicale, s'il y a lieu, se limite au montant du paiement effectué aux fournisseurs de soins médicaux participants pour les services obtenus à la suite de la recommandation de StandbyMD.

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

SECTION IV – PRESTATIONS (TOUS LES RÉGIMES)

Afin d'être considérés comme admissibles, plusieurs des frais ci-dessous doivent être préautorisés par ACM avant d'être engagés.

- 1) **Séjour à l'hôpital :** Frais jusqu'à concurrence du tarif d'une chambre à deux lits (ou de l'unité de soins intensifs ou coronariens lorsque cela est *nécessaire du point de vue médical*).
- 2) **Honoraires médicaux :** *Traitement* par un *médecin*.
- 3) **Services diagnostiques :** Tests de laboratoire et radiographies prescrits par le *médecin* traitant en raison d'une *urgence*. **Remarque :** Le présent contrat ne couvre pas les frais engagés pour l'imagerie par résonance magnétique (IRM), le cathétérisme cardiaque, la tomodensitométrie, les ultrasonographies, les échographies ou les biopsies, sauf s'ils sont préautorisés par ACM.
- 4) **Services paramédicaux :** Soins donnés par un chiropraticien, podologue, ostéopathe, podiatre ou physiothérapeute autorisé, y compris les radiographies, jusqu'à concurrence d'un maximum de 300 \$ par profession, si ces services sont préautorisés par ACM.
- 5) **Médicaments sur ordonnance :** Médicaments, sérums et solutions injectables pouvant uniquement être obtenus sur ordonnance, qui sont prescrits par un *médecin* et fournis par un pharmacien autorisé lorsqu'ils sont nécessaires à la suite d'une *urgence*. Limite d'approvisionnement de 30 jours par ordonnance, sauf si vous êtes *hospitalisé*. Cette garantie ne couvre pas les médicaments, sérums et solutions injectables nécessaires pour stabiliser un état chronique ou un *problème de santé* que vous aviez avant votre voyage. Les originaux des reçus du pharmacien, du *médecin* ou de l'*hôpital* sur lesquels figurent le coût total, le numéro de l'ordonnance, le nom du produit, la quantité prescrite, la date et le nom du *médecin* qui a rédigé l'ordonnance doivent être présentés à l'appui de votre demande de règlement.
- 6) **Services ambulanciers :** Transport local par un service d'ambulance terrestre autorisé vers l'*hôpital* le plus près (sont également couverts les frais de taxi à défaut de service d'ambulance terrestre local), si ce service est raisonnable et *nécessaire du point de vue médical*.
- 7) **Appareils médicaux :** Appareils simples, notamment les béquilles, plâtres, attelles, cannes, écharpes, bandages herniaires, appareils orthopédiques, déambulateurs ou la location temporaire d'un fauteuil roulant, si ces articles sont prescrits par le *médecin* traitant et nécessaires en raison d'une *urgence* assurée, et s'ils sont préalablement approuvés par ACM.
- 8) **Soins infirmiers privés :** Services professionnels d'un infirmier autorisé privé (qui n'est pas un *membre de la famille immédiate*) en cas d'*urgence* couverte, si ces soins sont nécessaires du point de vue médical et lors d'une *hospitalisation*, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par *personne assurée*, lorsque ces frais sont préalablement approuvés par ACM.
- 9) **Transport aérien d'urgence :** Lorsqu'il est autorisé et organisé d'avance par ACM (voir la section V – Limites et restrictions, point 3) :
 - a) transport par ambulance aérienne vers l'établissement médical approprié le plus près ou vers un *hôpital* canadien pour recevoir un *traitement*;
 - b) transport à bord d'un avion commercial avec un accompagnateur (au besoin) pour un retour d'*urgence* dans votre province ou territoire de résidence afin de recevoir immédiatement des soins médicaux;
 - c) coût des places supplémentaires pour accommoder une civière à bord d'un avion qui vous ramène dans votre province ou territoire de résidence; ou
 - d) jusqu'à concurrence du coût d'un billet d'avion aller simple en classe économique vers votre province ou territoire de résidence.
- 10) **Accompagnateur médical qualifié :** Honoraires d'un accompagnateur médical qualifié (qui n'est pas un *membre de la famille immédiate*) pour vous accompagner jusqu'à votre province ou territoire de résidence lorsque votre *médecin* traitant le recommande et qu'ACM autorise d'avance et coordonne votre retour. Sont compris le billet d'avion aller-retour en classe économique et les frais d'hébergement pour la nuit et de repas (s'il y a lieu).
- 11) **Transport d'une personne à votre chevet :** Transport aller-retour par avion en classe économique à partir du Canada d'une personne de votre choix s'il est préalablement autorisé par ACM, et jusqu'à concurrence de 150 \$ par jour, sous réserve d'un plafond de 1 500 \$ par contrat, pour les frais de repas et d'hébergement commercial (reçus originaux requis) de cette personne qui se déplace pour :
 - a) rester à votre chevet si vous voyagez seul et que vous êtes *hospitalisé* pendant au moins sept jours consécutifs à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence. Vous devez fournir une attestation écrite de votre *médecin* traitant indiquant que la gravité de votre état justifie cette visite. Cette prestation est offerte immédiatement si vous avez 20 ans ou moins; ou
 - b) identifier la dépouille avant de la rendre à qui de droit, au besoin.

En outre, la personne requise à votre chevet ou mandatée pour identifier la dépouille sera couverte au titre des mêmes conditions et restrictions que celles de votre contrat.

- 12) Retour du *compagnon de voyage assuré* :** Lorsqu'il est autorisé au préalable par *ACM*, le coût d'un billet d'avion aller simple en classe économique pour le retour de *votre compagnon de voyage assuré* dans *votre* province ou territoire de résidence si *votre* retour se fait au titre de la garantie de Transport aérien d'*urgence* ou de Préparation et retour de la dépouille.
- 13) Traitement dentaire en cas d'accident :** Soins dentaires d'*urgence*, jusqu'à concurrence de 2 000 \$, reçus à destination pour la réparation ou le remplacement de dents naturelles saines ou de dents artificielles permanentes endommagées par suite d'un coup accidentel au visage, si *vous* consultez un *médecin* ou un dentiste immédiatement après la *blessure*. Le rapport d'accident du *médecin* ou du dentiste devra être joint à la demande. Cette garantie ne couvre pas les couronnes ni les *traitements* de canal.
- 14) Soulagement d'*urgence* d'une douleur dentaire :** Jusqu'à 350 \$ par *personne assurée* pour le soulagement d'*urgence* d'une douleur dentaire à destination. Cette garantie ne couvre pas les couronnes ni les *traitements* de canal.
- 15) Repas et hébergement :** Lorsqu'ils sont autorisés au préalable par *ACM*, les frais raisonnables nécessaires engagés par *vous* ou *votre* *compagnon de voyage assuré* pour les repas et l'hébergement commercial, la location d'un *véhicule* automobile, le transport en taxi et le stationnement, jusqu'à un maximum de 150 \$ par jour, sous réserve d'un plafond de 1 500 \$ par contrat, si une *urgence* couverte *vous* fait manquer *votre* retour prévu ou exige que *vous* soyez relogé pour recevoir un *traitement médical*. *Votre* demande doit être accompagnée des reçus originaux des établissements commerciaux et d'un certificat du *médecin* traitant indiquant que *vous* n'étiez pas en mesure de voyager.
- 16) Retour du *véhicule* :** Jusqu'à 3 000 \$ si ni *vous* ni un *compagnon de voyage* n'êtes en mesure de conduire *votre* *véhicule* privé ou loué au cours de *votre* voyage en raison d'une *urgence*. Les arrangements et les paiements seront faits pour le retour du *véhicule* à *votre* domicile dans *votre* province ou territoire de résidence ou à l'agence de location appropriée la plus près. Les prestations sont uniquement exigibles pour une personne pour le retour du *véhicule*, lorsque ces arrangements sont préautorisés et coordonnés par *ACM*. Cette garantie ne couvre pas la perte de salaire de la personne qui conduit *votre* *véhicule*. Les reçus originaux sont nécessaires.
- 17) Préparation et retour de la dépouille :** Advenant *votre* décès, des prestations jusqu'à un maximum de 5 000 \$ peuvent être versées pour couvrir les frais réels engagés pour la préparation du corps, le rapatriement de la dépouille de l'*assuré* décédé dans sa province ou son territoire de résidence ou l'incinération ou l'inhumation de la dépouille sur place. Cette prestation ne couvre pas le coût d'un cercueil ni d'une urne funéraire.
- 18) Accompagnement d'*enfants* (et de *petits-enfants*) :** Lorsque les arrangements sont préautorisés par *ACM* :
- organisation, accompagnement et coût d'un billet d'avion aller simple en classe économique pour le retour des *enfants* ou *petits-enfants assurés* âgés de moins de 16 ans ou de tout âge s'ils souffrent d'un handicap physique ou mental permanent; ou
 - remboursement maximal de 1 000 \$ pour les services d'un *gardien* (qui n'est pas un *membre de la famille immédiate*) que *vous* avez embauché pour s'occuper de *vos* *enfants* ou *petits-enfants assurés* âgés de moins de 16 ans (ou de tout âge s'ils souffrent d'un handicap physique ou mental permanent) si le père ou la mère ou le tuteur dûment nommé *assuré* (pour ce voyage) est *hospitalisé* ou rapatrié pour des raisons médicales.
- 19) Retour d'*animaux* :** Frais de retour au Canada, jusqu'à un maximum de 500 \$, de *votre* chat ou de *votre* chien *vous* ayant accompagné en voyage, advenant *votre* *hospitalisation* ou *votre* rapatriement d'*urgence*.
- 20) Évacuation d'un point isolé :** Coût des services d'évacuation, jusqu'à concurrence de 5 000 \$, si *vous* devez être évacué d'*urgence* d'un point isolé en montagne, en mer ou ailleurs jusqu'à l'établissement médical ou l'*hôpital* le plus raisonnablement accessible.

Les garanties suivantes ne sont offertes qu'au titre du Régime annuel voyages multiples et du Régime annuel supplémentaire voyages multiples 40 jours pour les participants au Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP).

Annulation, interruption ou retard de voyage

(Remarque : ne s'applique pas aux compléments d'assurance)

- A) Risque assuré** – Lorsque des frais sont engagés à la suite d'une *maladie*, d'une *blessure* ou du décès de la *personne assurée*, d'un *membre de sa famille immédiate*, d'un *compagnon de voyage*, d'un *membre de la famille immédiate* de celui-ci ou d'un associé avec lequel *vous* voyagez pendant la période d'assurance, l'assureur paiera, par contrat, par année, ce qui suit :
- Régime annuel voyages multiples, jusqu'à concurrence de 1 000 \$:**
 - Annulation de voyage :
 - La partie non remboursable de *votre* dépôt versé d'avance et qu'il est impossible de recouvrer d'une autre source, si *vous* devez annuler un voyage assuré.
 - Les frais de pénalité facturés pour le rétablissement des points de voyage inutilisés (voir le paragraphe D – Exclusions, pour connaître les restrictions s'appliquant aux voyages réservés au moyen de points).
 - Régime annuel supplémentaire voyages multiples 40 jours pour les participants au Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP), jusqu'à concurrence de 4 000 \$**
 - Annulation de voyage :
 - La partie non remboursable de *votre* dépôt versé d'avance et qu'il est impossible de recouvrer d'une autre source, si *vous* devez annuler un voyage assuré.
 - Les frais de pénalité facturés pour le rétablissement des points de voyage inutilisés (voir le paragraphe D – Exclusions, pour connaître les restrictions s'appliquant aux voyages réservés au moyen de points).
 - Interruption ou retard de voyage :
 - La partie non remboursable de *votre* hébergement prépayé, si *vous* devez interrompre un voyage assuré déjà commencé; et
 - Le coût de modification de *votre* billet de retour pour un billet aller simple en classe économique d'un transporteur régulier, si *vous* devez interrompre un voyage assuré déjà commencé ou si le retour d'un voyage assuré est retardé au-delà de la date de retour prévue.
- Remarque :** Cette garantie n'est valide que si le contrat est souscrit au moment du versement du dépôt initial ou avant que des pénalités d'annulation *vous* soient facturées.
- B) Restriction** – Au moment du paiement de *vos* réservations de voyage, *vous* ne devez être au courant d'aucune raison, d'aucune circonstance, d'aucun événement, d'aucune activité ni d'aucun *problème de santé* *vous* concernant, ou concernant un *membre de votre famille immédiate*, un *compagnon de voyage*, un *membre de sa famille immédiate* ou un associé, et pouvant *vous* empêcher d'entreprendre ou de faire *votre* voyage tel qu'il a été réservé.
- C) Exclusions relative aux *problèmes de santé préexistants*** – Ne sont pas couverts les sinistres ni les frais qui découlent directement ou indirectement, en tout ou en partie, de ce qui suit :
- Tout *problème de santé*** qui n'était pas *stable* au cours de la période de 90 jours précédant la date de paiement de *vos* réservations de voyage.
 - Une affection cardiaque, si au cours de la période de 90 jours précédant la date de paiement de *vos* réservations de voyage, **toute** affection cardiaque n'était pas *stable*.
 - Une affection pulmonaire si :
 - toute** affection pulmonaire n'était pas *stable*; ou
 - vous* avez eu besoin d'oxygène à domicile ou avez été *traité* aux stéroïdes oraux (prednisone, par exemple) pour **toute** affection pulmonaire au cours de la période de 90 jours précédant la date de paiement de *vos* réservations de voyage.
- Remarque :** Les exclusions ci-dessus s'appliquent aux personnes suivantes : *vous* , un *membre de la famille immédiate*, un *compagnon de voyage*, un *membre de la famille immédiate* d'un *compagnon de voyage* ou un associé.
- D) Exclusions** – Ne sont pas couverts les sinistres ni les frais liés directement ou indirectement, en tout ou en partie, aux situations suivantes :
- Un voyage entrepris dans le but de rendre visite à une personne malade ou blessée lorsque le voyage assuré est annulé, interrompu ou retardé en raison de l'état de santé ou du décès de cette personne.
 - Un retour retardé de plus de 10 jours après la date de retour prévue, à moins que *vous* , un *membre de votre famille immédiate*, un *compagnon de voyage*, un *membre de sa famille immédiate* ou un associé avec lequel *vous* voyagez pendant la période d'assurance soyez *hospitalisé* pendant au moins 48 heures consécutives au cours de cette période de 10 jours.
 - Toute réservation de voyage payée d'avance et non remboursable, lorsqu'elle a été réglée au moyen de points ou d'un système de récompense.

Les exclusions générales, énumérées à la section VI – Paragraphe B – Exclusions générales, s'appliquent également à cette garantie.

SECTION V – LIMITES ET RESTRICTIONS

- 1) **Préautorisation des interventions chirurgicales, procédures invasives, épreuves diagnostiques et traitements médicaux** – ACM doit préautoriser toute intervention chirurgicale, procédure invasive ou épreuve diagnostique et *traitement médical* (notamment le cathétérisme cardiaque) de l'assuré. C'est à vous qu'il incombe de demander à votre médecin traitant de communiquer avec ACM pour obtenir son approbation préalable, sauf dans les cas extrêmes où la demande d'autorisation retarderait une intervention chirurgicale nécessaire pour corriger une situation grave mettant votre vie en danger.
- 2) **Défaut d'aviser ACM** – Aucuns frais ne sont remboursés et aucune prestation liée aux frais couverts qui excèdent 80 % de ceux que nous verserions normalement au titre de la présente assurance n'est versée, si vous ne communiquez avec ACM lorsque survient l'urgence. Si votre problème de santé vous empêche de téléphoner, nous vous demandons d'appeler dès que vous êtes en état de le faire, sinon de demander à quelqu'un de le faire pour vous.
- 3) **Transfert ou rapatriement pour des raisons médicales** – Dans une situation d'urgence (que ce soit avant l'admission à l'hôpital, au cours du séjour à l'hôpital ou après l'obtention de votre congé), l'assureur se réserve le droit de :
 - a) vous transférer chez un fournisseur de soins de santé de son choix; et/ou
 - b) vous ramener dans votre province ou territoire de résidence afin que vous puissiez y recevoir le *traitement médical* requis sans mettre en danger votre vie ou votre santé. Si vous refusez un tel transfert ou rapatriement lorsque l'assureur juge que votre état est suffisamment stable du point de vue médical, l'assureur ne pourra être tenu responsable des frais engagés pour le *traitement* de votre maladie ou de votre blessure après la date proposée pour le transfert ou le rapatriement. ACM tiendra compte de votre état de santé dans le choix du moyen de transport utilisé pour votre rapatriement ou votre transfert et, dans ce dernier cas, dans le choix de l'hôpital auquel vous serez transféré.
- 4) **Limites des prestations** – Lorsque votre état de santé est jugé suffisamment stable pour vous permettre d'entreprendre le voyage de retour dans votre province ou territoire de résidence (avec ou sans accompagnateur médical), suivant le jugement de l'assureur ou parce que vous avez reçu votre congé de l'hôpital, votre urgence médicale est considérée comme ayant pris fin. Toute consultation subséquente, tout *traitement médical* ultérieur, toute rechute ou toute complication liés à cette urgence médicale ne seront plus couverts par le présent contrat.
- 5) **Disponibilité et qualité des soins** – L'assureur n'est pas responsable de la disponibilité, de la qualité ou des résultats de tout *traitement médical* ou de tout transport, ni du fait que vous ne puissiez obtenir un *traitement médical* ou être hospitalisé.
- 6) **Total des prestations limité aux frais engagés** – Le montant total des prestations reçues de toutes les sources ne peut dépasser les frais que vous avez effectivement engagés.

SECTION VI – CONDITIONS LÉGALES

Le contrat – La proposition, la présente police, tout document annexé à la présente police lors de son établissement, ainsi que toute modification au contrat dont l'assureur convient par écrit après l'établissement du contrat, constituent l'intégralité du contrat. Aucun agent n'est autorisé à le modifier ni à déroger à l'une de ses clauses.

Renonciation – L'assureur est réputé n'avoir renoncé à aucune condition du présent contrat, en totalité ou en partie, à moins que la renonciation ne soit clairement exprimée dans un écrit signé par l'assureur.

Copie de la proposition – L'assureur doit fournir, sur demande, à l'assuré ou à l'auteur d'une demande de règlement au titre du contrat une copie de la proposition.

Faits essentiels à l'appréciation du risque – Les déclarations que vous faites à la souscription du présent contrat ne peuvent pas être utilisées pour appuyer une demande de règlement au titre de ce contrat ni pour vous soustraire à l'une des conditions énoncées dans le contrat, à moins de figurer dans la proposition d'assurance ou dans toute autre déclaration ou réponse fournies par écrit comme preuve d'assurabilité.

Avis et preuve de sinistre – Vous ou un bénéficiaire ayant le droit de présenter une demande de règlement, ou le mandataire de l'un ou l'autre, devez :

- 1) donner un avis de sinistre écrit à ACM en le lui remettant ou en le lui envoyant par courrier recommandé au plus tard 30 jours après la date à laquelle survient un sinistre au titre du contrat à la suite d'une blessure ou d'une maladie;

- 2) dans les 90 jours qui suivent la date à laquelle survient un sinistre au titre du contrat à la suite d'une blessure ou d'une maladie, présenter à ACM les preuves qui peuvent raisonnablement être fournies, dans les circonstances, de la survenance de l'accident ou du début de la maladie et du sinistre qui en découle, du droit de l'auteur de la demande de recevoir paiement, de son âge et de l'âge du bénéficiaire, s'il y a lieu;
- 3) si ACM ou l'assureur l'exige, fournir un certificat établissant de façon satisfaisante la cause ou la nature de la blessure ou de la maladie qui peut faire l'objet d'une demande de règlement au titre du contrat.

Omission de donner un avis ou une preuve de sinistre – L'omission de donner un avis ou une preuve de sinistre dans le délai prescrit par la présente condition légale n'invalide pas la demande si l'avis est donné ou la preuve fournie dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, et en aucun cas plus d'un an après la date de la blessure ou la date à laquelle survient un sinistre au titre du contrat à la suite d'une maladie, s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner l'avis ou de fournir la preuve dans le délai prescrit.

Obligation pour l'assureur de fournir les formulaires de preuve de sinistre – L'assureur fournira les formulaires de preuve de sinistre dans les 15 jours suivant la réception de l'avis de sinistre. Toutefois, si l'auteur de la demande de règlement ne reçoit pas les formulaires dans ce délai, il peut soumettre la preuve du sinistre sous la forme d'une déclaration écrite énonçant la cause ou la nature de la blessure ou de la maladie donnant lieu à la demande, ainsi que l'étendue du sinistre.

Droit d'examen – Comme condition préalable au recouvrement des sommes assurées au titre du présent contrat :

- 1) l'auteur de la demande de règlement doit donner à l'assureur et à ACM la possibilité de faire subir à l'assuré un examen lorsque et aussi souvent qu'ils peuvent raisonnablement l'exiger, tant que le règlement est en suspens; et
- 2) si l'assuré est décédé, l'assureur et ACM peuvent exiger une autopsie sous réserve des lois du territoire concerné.

Délai de paiement des prestations – Le droit pour une personne de désigner des personnes à qui ou pour qui des sommes assurées seront payables est restreint. Toutes les sommes exigibles au titre du présent contrat sont versées par l'assureur dans les 60 jours suivant la réception par l'assureur de la preuve du sinistre.

Prescription – Les actions ou instances en recouvrement des sommes exigibles aux termes du contrat intentées contre l'assureur sont irrecevables sauf si elles sont intentées dans les délais prescrits par la loi sur les assurances ou toute autre loi applicable.

SECTION VII – EXCLUSIONS

A – Exclusions relatives aux *problèmes de santé préexistants*

Catégorie de taux	Exclusions relatives aux <i>problèmes de santé préexistants</i> et période de stabilité requise	
	Exclusion	Période de stabilité requise
59 ans ou moins	1	180 jours (90 jours en cas d'hypertension artérielle)
	5 a), b), d)	365 jours
	5 c)	Toujours
60 ans ou plus		
Catégorie de taux 6	1, 2 et 3	90 jours
Catégorie de taux 5	1, 2 et 3	90 jours
Catégorie de taux 4	1, 2 et 3	180 jours (90 jours dans les cas d'hypertension artérielle)
Catégorie de taux 3	1, 2 et 3	180 jours (90 jours dans les cas d'hypertension artérielle)
Catégorie de taux 2	1, 2 et 3	365 jours (90 jours dans les cas d'hypertension artérielle et 180 jours en cas de cancer)
Catégorie de taux 1	1, 2 et 3	365 jours (90 jours dans les cas d'hypertension artérielle et 180 jours dans les cas de cancer)
Régime sans tarification des risques médicaux	1, 2, et 3	90 jours (de 60 à 75 ans)
	4	2 ans (76 ans ou plus)
Régime supplémentaire 40 jours RSSFP	1, 2 et 3	90 jours
Régime Canada	Les exclusions relatives aux <i>problèmes de santé préexistants</i> ne s'appliquent pas au Régime Canada	

Les exclusions suivantes s'appliquent à tout *problème de santé* dont vous êtes atteint, y compris les *problèmes de santé* que vous avez déclarés dans votre proposition (s'il y a lieu). La présente assurance ne couvre pas les sinistres ni les frais qui découlent directement ou indirectement, en tout ou en partie, de ce qui suit :

- 1) Tout *problème de santé* (sauf une *affection bénigne*) qui n'est pas *stable* au cours de la période de stabilité requise avant chaque date de départ.
- 2) Votre affection cardiaque, si **toute** affection cardiaque n'était pas *stable* au cours de la période de stabilité requise avant chaque date de départ.
- 3) Votre affection pulmonaire si :
 - a) **toute** affection pulmonaire n'était pas *stable*; ou
 - b) vous avez fait usage d'oxygène à domicile ou avez été *traité* aux stéroïdes oraux (prednisone, par exemple) pour **toute** affection pulmonaire, au cours de la période de stabilité requise précédant chaque date de départ.
- 4) Tout *problème de santé* (sauf une *affection bénigne*) pour lequel vous avez été *traité* ou avez reçu un *traitement* au cours de la période de stabilité requise avant chaque date de départ.
- 5)
 - a) **toute** affection pulmonaire ayant exigé votre *hospitalisation*, l'usage d'oxygène à domicile ou un *traitement* aux stéroïdes oraux (prednisone, par exemple) au cours de la période de stabilité requise avant chaque date de départ;
 - b) **toute** affection cardiaque qui n'était pas *stable* au cours de la période de stabilité requise avant chaque date de départ;
 - c) une insuffisance cardiaque, si vous avez **déjà** reçu un diagnostic ou été *traité* pour ce problème; ou
 - d) **n'importe lequel** des problèmes suivants, si vous avez reçu un diagnostic ou avez reçu des *traitements* pour un **total d'au moins trois** de ces problèmes au cours de la période de stabilité requise avant chaque date de départ : affection cardiaque, affection pulmonaire, hypertension artérielle ou diabète *traité* avec un médicament pris oralement ou à l'insuline.

B – Exclusions générales

L'assurance ne couvre pas les sinistres ni les frais qui découlent directement ou indirectement, en tout ou en partie, de ce qui suit :

- 1) Tout *traitement* non urgent ou tout *traitement* facultatif comme une chirurgie esthétique, les soins d'une *maladie* chronique, la réadaptation, ainsi que toute complication connexe directe ou indirecte.

- 2) Les frais couverts qui excèdent 80 % de ceux que nous devrions normalement rembourser au titre de cette assurance, si vous ou une personne agissant en votre nom ne communiquez pas avec le Centre d'assistance dès que survient l'*urgence*, sauf si, en raison de votre *problème de santé*, il vous est impossible de téléphoner (dans ce cas, la quote-part de 20 % ne s'applique pas).
- 3) Toute *urgence* si, avant la date de souscription de l'assurance, vous n'aviez pas rempli toutes les conditions d'admissibilité.
- 4) Toute *urgence* si vous n'avez pas répondu avec franchise et exactement à toutes les questions du *questionnaire médical* (s'il y avait lieu de le remplir).
- 5) Les frais excédant 25 000 \$, si vous n'avez pas de couverture valide au titre d'un régime public d'assurance maladie durant votre voyage.
- 6) La perpétration ou tentative de perpétration d'un acte illégal ou criminel.
- 7) Votre participation ou votre exposition volontaire à toute forme de risque attribuable à une guerre, à un *fait de guerre* ou au service dans les forces armées.
- 8) Le mauvais usage, l'usage abusif ou la surdose de médicaments, de drogues, d'alcool ou d'autres substances toxiques, ou encore la chimiodépendance à ces produits (que vous soyez sain d'esprit ou non).
- 9) Le suicide (y compris toute tentative) ou une *blessure* que vous vous infligez volontairement, que vous soyez sain d'esprit ou non.
- 10) La radiothérapie ou chimiothérapie.
- 11) Une *maladie*, un trouble, un état ou des symptômes d'ordre affectif, psychologique ou mental, à moins que vous soyez *hospitalisé*.
- 12) Un *traitement médical*, ou une intervention chirurgicale, subi au cours d'un voyage, lorsque ce dernier est entrepris dans le but d'obtenir des soins médicaux ou hospitaliers, même sur les conseils d'un *médecin*, ou une *maladie*, une *blessure* ou un problème connexe pour lequel il était raisonnable de vous attendre à recevoir des *traitements médicaux* ou à être *hospitalisé* pendant votre voyage assuré, ou que vous aviez l'intention, avant de quitter votre lieu de résidence, de faire ultérieurement évaluer ou *traiter*, ou qui ont provoqué des symptômes qui auraient amené toute personne normalement prudente à se faire soigner avant de quitter son lieu de résidence, et/ou qui avait incité votre *médecin* à vous déconseiller de voyager.
- 13) Le *traitement* ou l'*hospitalisation* de la mère ou des *enfants* à la suite d'une grossesse, d'une fausse couche, d'un accouchement ou de complications connexes survenant dans les neuf semaines précédant ou suivant la date d'accouchement prévue.
- 14) Une *maladie* ou une *blessure* dont la première manifestation, le diagnostic ou le *traitement* ont eu lieu après la date de départ et avant la date d'effet du Régime quotidien voyage unique souscrit comme complément d'un autre produit d'assurance voyage de l'assureur.

- 15) Tout *problème de santé* pour lequel vous présentez une demande de règlement après la date de votre départ et avant la date d'effet du complément ou de la prolongation d'assurance si ceux-ci sont souscrits après votre date de départ.
- 16) Un *traitement médical*, une intervention chirurgicale, des médicaments, des services ou des fournitures qui ne sont pas requis pour le soulagement immédiat d'une douleur aiguë ou que vous choisissez de vous procurer à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence, alors que, selon des preuves médicales, vous auriez pu retourner dans votre province ou territoire de résidence pour les obtenir. Le fait de devoir attendre pour recevoir un tel *traitement médical* dans votre province ou territoire de résidence n'influe aucunement sur l'application de cette exclusion.
- 17) Le cathétérisme cardiaque, l'angioplastie ou la chirurgie cardiovasculaire, de même que les épreuves diagnostiques et les frais s'y rattachant, à moins qu'ACM ne les ait préautorisés, exception faite des situations extrêmes où l'intervention chirurgicale est pratiquée en raison d'une *urgence* dès l'admission du patient à l'hôpital.
- 18) L'imagerie par résonance magnétique (IRM), la tomodynamométrie, les ultrasonographies, les échographies ou les biopsies, à moins qu'ACM ne les ait préautorisés.
- 19) L'hospitalisation ou les services rendus en lien avec des examens visant à déterminer l'état de santé général ou des examens périodiques, le *traitement* d'un problème chronique, les soins courants dans le cas d'une *maladie* chronique, les soins à domicile, les tests exploratoires, ou les soins de réadaptation ou de *traitement* continu liés à l'abus de médicaments, d'alcool ou de toute autre substance.
- 20) Le non-respect d'une thérapie médicale prescrite ou d'un *traitement médical* (selon l'avis de l'assureur) ou le défaut de suivre les instructions d'un *médecin*.
- 21) Le *traitement* d'une *maladie* ou d'une *blessure* une fois que l'*urgence* médicale initiale a pris fin (selon l'avis d'ACM).
- 22) Le transport aérien ou la location d'une voiture en raison d'une *urgence*, à moins que ce service ne soit préautorisé et coordonné par ACM.
- 23) Tout *traitement* qui n'est ni donné ni supervisé par un *médecin* ou un dentiste autorisé.
- 24) Les frais engagés pour une infection au VIH, avec ou sans symptôme, le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou les problèmes liés au VIH, y compris les tests et frais diagnostiques.
- 25) Une *urgence* attribuable à la pratique du deltaplane, de l'escalade de rocher, de l'*alpinisme*, du parachutisme ou de la chute libre; à la participation à des courses d'engins motorisés; ou à la participation à titre professionnel à des activités sportives, notamment la plongée libre ou autonome, lorsqu'il s'agit de votre principal emploi rémunéré.
- 26) La mort ou une *blessure* subie en pilotant un aéronef, en apprenant à piloter un aéronef, ou en tant que membre de l'équipage d'un aéronef.
- 27) L'achat ou le remplacement (avec ou sans ordonnance) de prothèses auditives, lunettes, lunettes de soleil, verres de contact, prothèses dentaires, membres artificiels ou appareils perdus ou endommagés, et toute ordonnance qui s'ensuit.
- 28) Les services d'un optométriste ou la chirurgie de la cataracte.
- 29) Le remplacement d'une ordonnance, que ce soit en raison d'une perte, d'un renouvellement ou d'une provision insuffisante, ou l'achat de médicaments (vitamines comprises) que l'on peut normalement se procurer sans ordonnance ou qui ne sont pas enregistrés ou approuvés légalement au Canada ou qui ne sont pas requis à la suite d'une *urgence* médicale.
- 30) Le surclassement et les pénalités d'annulation de billets d'avion, sauf s'ils ont été préautorisés par ACM.
- 31) Tout *problème de santé* dont vous souffrez ou que vous contractez dans une région ou un pays à l'égard duquel le gouvernement du Canada a publié, avant la date de votre départ, un avis "Éviter tout voyage non-essentiel" ou "Éviter tout voyage" ou un avertissement officiel conseillant aux Canadiens d'éviter tout voyage, ou tout voyage non essentiel, dans ce pays ou cette région. Si le gouvernement canadien a publié un avis aux voyageurs ou un avertissement officiel demandant aux Canadiens de quitter une région ou un pays donné, après votre date de départ, votre couverture en cas de *problème de santé* est limitée à une période de 10 jours suivant la publication de l'avis ou à la période raisonnablement nécessaire pour évacuer le pays ou la région en toute sécurité. Dans la présente exclusion, on entend par « *problème de santé* » toute *maladie* ou *blessure* attribuable à la raison pour laquelle l'avis aux voyageurs ou l'avertissement officiel a été publié, ou toute complication qui en découle.
- 32) Les couronnes et *traitements* de canal.
- 33) Un accident de vol (sauf si vous voyagez à titre de passager payant à bord d'un vol commercial).
- 34) Un voyage à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence à bord d'un *véhicule* commercial dans le but de livrer des biens ou de transporter un chargement. Cette exclusion s'applique au chauffeur, à l'opérateur, à un cochauffeur, à un membre de l'équipage ou à tout autre passager du *véhicule* commercial.
- 35) Un *acte terroriste*. Voir la section VII – Protection contre les *actes terroristes*.

- 36) Pour les compléments d'assurance : tout *problème de santé* dont la première manifestation, le diagnostic ou le *traitement* ont eu lieu après la date de départ ou avant la date d'effet du complément d'assurance.

SECTION VIII – PROTECTION CONTRE LES ACTES TERRORISTES

Lorsqu'un *acte terroriste* entraîne pour vous, directement ou indirectement, un sinistre pour lequel des prestations seraient autrement exigibles conformément aux dispositions du présent contrat, cette assurance vous procure la couverture suivante :

- 1) Pour les garanties Soins médicaux d'*urgence*, Annulation de voyage et Interruption de voyage, l'assureur paie vos frais couverts, sous réserve des plafonds indiqués dans la présente section;
- 2) Les prestations exigibles décrites ci-dessus sont en excédent de toute autre source potentielle de recouvrement, y compris les options de rechange ou de remplacement offertes par les fournisseurs de services de voyage et tout autre régime d'assurance (même si cette autre couverture est décrite comme étant excédentaire) et elles ne seront versées qu'une fois que vous aurez épuisé toutes vos autres sources de recouvrement.

Toute prestation exigible au titre de l'assurance Soins médicaux d'*urgence* ou de l'assurance Annulation de voyage et Interruption de voyage établie par l'assureur est assujettie à un maximum global exigible pour l'ensemble des contrats d'assurance voyage en vigueur établis par l'assureur, y compris le présent contrat. Si le montant total des demandes de règlement autrement exigibles pour un type de couverture au titre de tous les contrats d'assurance voyage établis par l'assureur et découlant d'un ou de plusieurs *actes terroristes* survenant durant une période applicable excède ce maximum global, la somme alors payée pour chaque demande de règlement sera réduite au prorata afin que la somme totale payée relativement à l'ensemble de ces demandes de règlement corresponde au maximum global. Cette couverture n'est offerte que pour un maximum de deux *actes terroristes* par année civile. Le montant maximum global pour chaque *acte terroriste* s'établit comme suit :

Type de couverture	Maximum global exigible pour chaque acte terroriste (\$ CA)
Soins médicaux d' <i>urgence</i>	35 000 000 \$
Annulation de voyage et Interruption de voyage	2 500 000 \$

Si l'assureur juge que le montant total de toutes les demandes de règlement qui peuvent faire l'objet d'un remboursement à la suite d'un ou de plusieurs *actes terroristes* pourrait excéder les limites applicables, votre demande de règlement évaluée au prorata pourrait être réglée après la fin de l'année civile durant laquelle vous aviez droit à une indemnisation.

Exclusion relative à la Protection contre les actes terroristes

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

SECTION IX – SERVICES D'ASSISTANCE INTERNATIONALE

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

1 866 943-6025 sans frais, à partir des États-Unis et du Canada
519 251-7274 à frais virés, pour appeler au Canada à partir de tout autre pays.

ACM répondra à vos questions en tout temps, à toute heure du jour ou de la nuit. Accès immédiat au Centre d'assistance est aussi disponible au moyen de l'application mobile TravelAid. Rendez-vous à l'adresse <http://Active-Care.ca/TravelAid-Fr.html> pour télécharger l'application.

Centre d'assistance en cas d'urgence – Où que vous alliez en voyage, nos préposés professionnels du service d'assistance sont prêts à prendre votre appel. Veuillez consulter votre *avis de confirmation* d'assurance pour connaître les numéros à composer en cas d'*urgence*. Nous pouvons également vous fournir les instructions et les codes pour Canada Direct afin que vous puissiez traiter uniquement avec des téléphonistes canadiens.

Recommandations – ACM peut vous diriger vers un prestataire de services médicaux (*hôpital*, clinique ou *médecin*) qui se trouve près de l'endroit où vous vous trouvez. Si vous avez obtenu une recommandation, il est moins probable que vous ayez à payer pour les services reçus.

Information sur les garanties – ACM pourra vous fournir, à vous et à vos prestataires de services médicaux, des explications sur les garanties de votre contrat.

Gestion du dossier – Notre équipe de professionnels de la santé, disponible 24 heures sur 24, surveillera les services offerts dans le cas d'une urgence grave. Au besoin, nous vous aiderons à revenir au Canada pour recevoir les soins dont vous avez besoin.

Relais de message urgent – En cas d'urgence, nous communiquerons avec votre compagnon de voyage afin de le tenir informé de votre état de santé et nous vous aiderons à échanger des messages importants avec votre famille.

Service d'interprète – Nous pouvons vous mettre en contact avec un interprète lorsque des services d'urgence sont nécessaires dans un pays étranger.

Facturation directe – Chaque fois que cela est possible, nous demanderons à l'hôpital ou à la clinique de facturer les frais directement à ACM.

Information sur les demandes de règlement – Nous répondrons à vos questions quant à l'admissibilité de votre demande de règlement, notre procédure de vérification habituelle et la gestion des prestations applicables à votre contrat.

SECTION X – PROCÉDURE À SUIVRE POUR PRÉSENTER UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Il vous incombe de fournir tous les renseignements et documents précisés ci-dessous dans les 90 jours suivant la réception de services. Les frais exigés pour l'obtention de ces documents sont à votre charge :

- 1) Votre numéro de contrat et le nom du patient (nom marital et de jeune fille, s'il y a lieu), sa date de naissance et le numéro du régime public d'assurance maladie de votre province ou territoire de résidence au Canada (y compris la date d'expiration ou le code de version, s'il y a lieu).
- 2) Toute facture originale détaillée présentée par le ou les prestataires de soins médicaux, indiquant le nom du patient, le diagnostic, toutes les dates et tous les types de traitements reçus ainsi que le nom de l'établissement médical ou du médecin.
- 3) Dans le cas de médicaments sur ordonnance, les reçus originaux (et non les reçus de paiement en espèces) produits par le pharmacien, le médecin ou l'hôpital, indiquant le nom du médecin ayant prescrit le médicament, le numéro de l'ordonnance, le nom du médicament, la date, la quantité et le coût total.
- 4) Dans le cas d'un Régime annuel voyages multiples, une preuve des dates de départ et de retour.
- 5) Un formulaire de mandat ou d'autorisation dûment rempli et signé. Par formulaire de mandat ou d'autorisation, on entend le formulaire que vous fournit ACM lorsqu'un avis de sinistre est donné. Vous devez remplir ce document et le signer afin de permettre à l'assureur de recouvrer les paiements aux termes d'autres contrats d'assurance ou régimes d'assurance maladie (collectifs, individuels ou publics).
- 6) Dans le cas des dépenses personnelles, une explication des frais engagés, accompagnée des reçus originaux.
- 7) Si vous demandez la prestation de transport aérien d'urgence, la partie inutilisée de votre billet d'avion.

Important : Les documents incomplets vous seront retournés afin que vous les remplissiez correctement. Après avoir reçu votre demande de règlement, ACM pourrait vous demander de fournir des renseignements supplémentaires. Le défaut de fournir les renseignements requis pourrait entraîner un retard dans le traitement de votre demande.

Toutes les prestations auxquelles vous avez droit sont versées en dollars canadiens. Si vous avez payé des frais couverts, vous serez remboursé en dollars canadiens au taux de change en vigueur à la date du paiement de la demande de règlement. Les sommes à verser ne portent pas intérêt.

Après avoir reçu votre demande, ACM pourrait vous demander de fournir des renseignements supplémentaires. Tout renseignement manquant pourrait entraîner un retard dans le traitement de votre demande.

Envoyez tous les documents pertinents à Active Care Management, P.O. Box 1237, Station A, Windsor (Ontario) N9A 6P8.

Téléphone : 1 866 943-6032 (sans frais) à partir du Canada et des États-Unis ou 519 251-7275 (à frais virés, lorsque ce service est offert).

SECTION XI – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Subrogation – Si une personne assurée subit un sinistre couvert aux termes du présent contrat, elle accorde à l'assureur le droit de prendre des mesures pour faire valoir tous les droits, pouvoirs, privilèges et recours de l'assuré au moment du versement des prestations ou de l'acceptation de la demande de règlement dans la mesure du sinistre subi, contre toute personne physique ou morale ayant causé le sinistre. De plus, si la personne assurée a droit, sans égard à la faute, à des indemnités ou au paiement de ses frais par d'autres sources, l'assureur obtient le droit de demander ces montants et de les recouvrer. Si l'assureur entame une action en justice, il le fait à ses propres frais au nom de la personne assurée et celle-ci doit

participer à la procédure au lieu du sinistre. Si la personne assurée présente une requête ou intente une action en justice relativement à un sinistre couvert, elle doit en aviser immédiatement l'assureur afin que celui-ci puisse protéger ses droits. Après un sinistre, la personne assurée doit faire le nécessaire pour protéger les droits de l'assureur au titre du présent paragraphe et ne prendre aucune mesure pouvant porter atteinte à ces droits.

Autre assurance – La présente assurance est de type « second payeur ». À l'égard des pertes ou dommages assurés aux termes de tout autre régime ou contrat d'assurance de responsabilité civile, d'assurance maladie de base ou complémentaire, collective ou individuelle, y compris tout régime d'assurance automobile privé, provincial ou territorial, couvrant les frais d'hospitalisation, médicaux ou thérapeutiques, ou aux termes de toute autre assurance en vigueur en même temps que la présente couverture, ainsi qu'en ce qui concerne les demandes de règlement payables au titre desdits régimes, contrats ou assurances, les prestations exigibles au titre de la présente assurance se limitent uniquement à la portion des frais engagés à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence en excédent des sommes assurées par ces autres régimes, contrats ou assurances.

Les règles de coordination avec les régimes liés à l'emploi sont soumises aux normes de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes. En aucun cas l'assureur ne tentera de recouvrer des sommes exigibles au titre d'un régime lié à l'emploi si le maximum viager pour toutes les couvertures à l'intérieur et à l'extérieur du pays n'excède pas 50 000 \$. Si votre maximum viager est supérieur à 50 000 \$, l'assureur coordonnera les prestations uniquement au-delà de ce montant.

Fausse déclaration et omission de dévoiler des faits essentiels – La proposition, accompagnée de la Déclaration médicale (le cas échéant), dûment remplie est essentielle à l'appréciation du risque par l'assureur et elle fait partie intégrante de votre contrat. Toute réponse erronée qui y figure constitue une fausse déclaration ou une réticence quant à un élément essentiel du contrat, qui entraîne l'annulation de votre assurance. Par conséquent et en cas de sinistre, l'assureur ne versera aucune prestation et vous devrez assumer tous les frais engagés, incluant les frais de rapatriement.

La présente assurance est également susceptible d'annulation si l'assureur établit qu'avant ou après un sinistre, vous avez dissimulé, faussement déclaré ou omis de déclarer des faits essentiels relativement à votre contrat ou à votre intérêt dans celui-ci, ou si vous refusez de communiquer des renseignements ou de permettre l'utilisation de renseignements concernant toute personne assurée aux termes du présent contrat d'assurance.

Arbitrage – Nonobstant les autres clauses du présent contrat, les parties conviennent de soumettre tout litige actuel ou futur lié à une demande de règlement à une procédure d'arbitrage selon les lois sur l'arbitrage en vigueur dans la province ou territoire de résidence de l'assuré au Canada, et non devant les tribunaux. Les parties acceptent que toute poursuite soit renvoyée à l'arbitrage.

Prescription – Les actions ou instances en recouvrement des sommes exigibles aux termes du contrat intentées contre l'assureur sont irrecevables, sauf si elles sont intentées dans les délais prescrits par la Loi sur les assurances ou toute autre loi applicable.

Lois applicables – Le présent contrat d'assurance est régi par les lois de la province ou du territoire canadien de résidence de l'assuré. Vous, vos héritiers ou ayants droit devez tenter toute procédure judiciaire devant les tribunaux de la province ou du territoire canadien de résidence de l'assuré.

Nonobstant les autres dispositions y afférentes, le contrat est soumis aux conditions statutaires de la loi sur les assurances concernant les contrats d'assurance contre les accidents et les maladies, telles qu'elles s'appliquent dans votre province ou territoire de résidence.

Avis sur la vie privée

Vous consentez à ce que l'assureur, ses agents et les administrateurs, ainsi que le Groupe McLennan (TMG), l'Association canadienne des retraités (CARP) et Assurance CanAm (CanAm) utilisent aux fins susmentionnées vos renseignements personnels et médicaux qui figurent dans la présente et dans tous les documents et renseignements fournis relativement à votre ou vos contrats d'assurance. Ces parties peuvent se communiquer l'une à l'autre vos renseignements personnels et médicaux aux fins mentionnées ci-dessus.

La protection de votre vie privée nous tient à cœur. Nous nous engageons à préserver le caractère confidentiel des renseignements qui nous sont fournis à votre sujet pour les besoins de l'assurance que vous avez choisie. Nos employés doivent avoir accès à ces renseignements, mais nous avons pris des mesures pour protéger votre vie privée. De plus, nous nous assurons que les autres personnes ou fournisseurs avec qui nous travaillons à vous offrir les services dont vous avez besoin au titre de votre assurance ont 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 demandés dans la proposition et le questionnaire médical sont nécessaires au traitement de votre proposition d'assurance. 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 demande d'assurance, offrir et administrer les services et traiter les demandes de règlement. L'accès à ce dossier

est limité aux employés, mandataires, administrateurs et agents responsables de l'évaluation des risques (tarification), du marketing, de l'administration des services et de l'évaluation des sinistres de Manuvie, ainsi qu'à toute autre personne ayant reçu votre autorisation ou ayant été autorisée en vertu de la loi. Ces personnes, organisations et fournisseurs de services peuvent se trouver dans des territoires de compétence situés à l'étranger et être soumis aux lois en vigueur dans ces territoires. Votre consentement quant à l'utilisation des renseignements personnels pour vous offrir des produits et des services est facultatif, et vous pouvez y mettre fin, si vous le voulez, en écrivant à Manuvie à l'adresse indiquée ci-après.

Votre dossier est 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, Del. Stn. 500-4-A, Waterloo (Ontario) N2J 4C6.

SECTION XII – DÉFINITIONS

ACM – Active Care Management, société désignée par l'assureur pour fournir des services d'assistance médicale et des services de règlement dans le cadre de votre assurance.

Acte terroriste – Toute activité survenant dans une période de 72 heures, excluant tout fait de guerre, menée contre des personnes, des organismes, des biens (matériels ou immatériels) ou une infrastructure de quelque nature que ce soit par une personne ou un groupe situé dans n'importe quel pays et donnant lieu aux actes suivants ou à la préparation de ces actes :

- utilisation, ou menace d'utilisation, de la force ou de la violence;
- perpétration, ou menace de perpétration, d'un acte dangereux; ou
- perpétration, ou menace de perpétration, d'un acte qui perturbe ou interrompt un système électronique, informatique ou mécanique;

et ayant pour effet ou but :

- d'intimider, de contraindre ou de renverser un gouvernement (de fait ou de droit), d'influencer ou de toucher sa conduite ou ses politiques, ou encore de protester contre celles-ci;
- d'intimider, de contraindre ou d'effrayer une population civile ou une partie de celle-ci;
- de perturber tout secteur de l'économie; ou
- de servir des objectifs politiques, idéologiques, religieux, sociaux ou économiques ou d'exprimer une philosophie ou une idéologie (ou de s'opposer à celle-ci).

Affection bénigne – *Maladie* ou *blessure* qui n'exige pas la prise de médicaments pendant plus de 14 jours, ni d'une consultation de suivi auprès d'un médecin, une hospitalisation, une intervention chirurgicale ni la consultation d'un spécialiste et qui prend fin au moins 30 jours consécutifs avant la date de départ de chaque voyage. Toutefois, un état chronique ou les complications qui en découlent ne sont pas considérés comme une affection bénigne.

Alpinisme – Ascension ou descente d'une montagne exigeant l'utilisation d'un matériel spécialisé, y compris crampons, piolets, ancrages, mousquetons et équipement pour faire du premier de cordée et de la moulinette.

Assuré, personne assurée, vous, votre, vos – Se rapporte à toute personne désignée comme assuré dans l'avis de confirmation d'assurance, pour qui l'assurance a été proposée et la prime payée.

Avis de confirmation – Le document ou l'ensemble des documents confirmant votre couverture d'assurance au titre du présent contrat et, le cas échéant, vos réservations de voyage. Ces documents comprennent le questionnaire médical et la proposition d'assurance, une fois que nous les avons reçus dûment remplis, signés et accompagnés de la prime requise. Ils peuvent également comprendre les billets ou reçus établis par une compagnie aérienne, un agent de voyage, un voyageur, une agence de location, un croisiériste ou tout autre fournisseur de services d'hébergement ou de voyage auprès de qui vous avez effectué vos réservations de voyage.

Blessure – Lésion corporelle soudaine que vous subissez pendant que votre contrat est en vigueur, qui résulte uniquement et directement d'une cause d'origine externe et purement accidentelle, indépendamment d'une maladie.

Changement de médication – Diminution ou augmentation de la dose ou de la fréquence d'utilisation d'un médicament, arrêt d'un médicament et/ou prescription d'un nouveau médicament. **Exceptions** : le rajustement périodique du Coumadin, de la warfarine ou de l'insuline (à condition que ce médicament ne soit pas une nouvelle ordonnance ou que vous n'ayez pas cessé de le prendre) lorsqu'aucun changement n'est survenu dans votre problème de santé; et le remplacement d'un médicament de marque par un médicament générique dont la posologie est la même.

Compagnon de voyage – Personne qui partage l'hébergement et le transport avec vous. Il ne peut pas y avoir plus de trois compagnons de voyage (y compris l'assuré) par voyage. Le conjoint fait parti des compagnons de voyage.

Conjoint – Personne à laquelle l'assuré est légalement marié ou avec laquelle

il cohabite maritalement depuis au moins 12 mois avant la date d'effet de l'assurance.

Enfant – *Enfant* célibataire de l'assuré ou de son conjoint, qui, à la date de souscription de l'assurance, dépend de vous pour son soutien, est désigné à titre d'assuré et :

- a) est âgé de moins de 21 ans; ou
- b) est âgé de moins de 26 ans et fréquente à plein temps un établissement d'enseignement; ou
- c) souffre d'un handicap physique permanent ou d'une déficience mentale permanente, quel que soit son âge.

Fait de guerre – Acte hostile ou guerrier, déclaré ou non, commis en temps de paix ou de guerre par un gouvernement local ou étranger ou un groupe étranger, agitation civile, insurrection, rébellion ou guerre civile.

Frais raisonnables et usuels – Frais engagés pour les traitements, services ou fournitures permettant d'obtenir un niveau de soins approprié étant donné la gravité de la maladie ou de la blessure, qui n'excèdent pas les frais normalement exigés par d'autres fournisseurs de services dans la région où les traitements, services ou fournitures sont reçus.

Franchise – Montant des frais couverts que vous devez payer par personne, par urgence pour chaque demande de règlement pour soins médicaux d'urgence. Votre franchise en dollars américains s'applique au solde une fois que les frais couverts par votre régime public d'assurance maladie ont été payés. Le montant de la franchise est précisé dans votre avis de confirmation et s'applique à chaque demande de règlement.

Gardien – Personne chargée de s'occuper à temps plein et de façon permanente de vos enfants et dont les services ne peuvent raisonnablement être remplacés.

Hôpital – Établissement dûment autorisé pour offrir des services médicaux, diagnostiques et chirurgicaux aux personnes malades ou blessées hospitalisées, ayant une équipe d'infirmiers autorisés de garde en tout temps et disposant d'un bloc opératoire dans lequel opèrent des médecins. Sont exclus les hôpitaux pour convalescents, maisons de repos et maisons de soins infirmiers, foyers pour personnes âgées, établissements de soins corporels, centres de traitement des toxicomanes ou des alcooliques, et tout autre établissement de garde, d'éducation ou de réadaptation.

Hospitalisation ou hospitalisé(e) – Admission dans un hôpital tel qu'il est défini ci-dessus.

Maladie – Toute affection ou tout trouble physique qui donne lieu à un sinistre pendant que la présente assurance est en vigueur. La maladie doit être suffisamment grave pour amener une personne raisonnable à consulter un médecin pour recevoir un traitement médical.

Médecin – Praticien qui, lorsqu'il donne le traitement médical, est autorisé à exercer la médecine dans le territoire où il donne le traitement et qui fournit des soins médicaux dans les limites définies par les règles de sa profession. Le médecin ne doit être ni vous-même ni un membre de la famille immédiate.

Membre de la famille immédiate – Mère, père, frère, sœur, enfant, conjoint, grand-père, grand-mère, petit-fils, petite-fille, tante, oncle, nièce, neveu, belle-mère, beau-père, bru, gendre, beau-frère ou belle-sœur.

Nécessaire du point de vue médical – Services, fournitures ou autres soins prescrits par le médecin et qui :

- a) servent au diagnostic ou au traitement direct d'une blessure ou d'une maladie;
- b) sont appropriés aux symptômes ou au diagnostic et au traitement de la blessure ou de la maladie de l'assuré;
- c) ne sont pas de nature expérimentale ou investigatrice;
- d) sont conformes aux normes de pratique médicale généralement reconnues;
- e) ne peuvent pas être retardés jusqu'à votre retour au Canada, ou qui vous empêcheraient de retourner au Canada;
- f) ne peuvent pas être omis sans nuire à votre état de santé ou à la qualité des soins médicaux;
- g) ne visent pas uniquement une plus grande commodité pour vous ou pour un médecin ou un chirurgien ou un autre fournisseur de soins autorisés;
- h) constituent le service ou niveau de soins le plus approprié, rentable et sans danger.

Le fait que le médecin traitant de l'assuré ait prescrit les services ou fournitures ne signifie pas que ceux-ci sont automatiquement considérés comme nécessaires du point de vue médical et assurés aux termes du présent contrat.

Nous, notre, nos – Ces termes renvoient à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie) pour toutes les garanties au titre du présent contrat.

Problème de santé – Blessure, maladie ou symptôme; complications de la grossesse durant les trente et une (31) premières semaines de grossesse; troubles mentaux ou affectifs nécessitant l'admission à l'hôpital ou psychose aiguë.

Problème de santé préexistant – Maladie, blessure ou symptôme qui existait avant la date d'effet de votre assurance. Les affections bénignes ne sont pas considérées comme des problèmes de santé préexistants.

Questionnaire médical – Toutes les questions médicales incluses dans *votre* proposition d'assurance au titre du présent contrat.

Stable – Qualifie un *problème de santé* si tous les énoncés ci-dessous s'appliquent :

- a) aucun nouveau symptôme n'est apparu;
- b) les symptômes existants ne sont ni plus fréquents ni plus marqués;
- c) le *médecin* n'a pas établi que le *problème de santé* s'était aggravé;
- d) aucun résultat de test n'indique une aggravation possible du *problème de santé* ;
- e) aucun nouveau médicament ou changement de médicament n'a été fourni, prescrit ou recommandé par un *médecin* ;
- f) aucun nouveau *traitement* ou changement de *traitement* n'a été dispensé, prescrit ou recommandé par un *médecin* ;
- g) il n'y avait aucune admission à l' *hôpital* ou à une clinique spécialisée;
- h) aucun *médecin* n'a recommandé qu'un spécialiste soit consulté ou que des tests supplémentaires soient effectués, et il n'y a pas de résultats de test en attente.

Traitement/Traitement médical/traité – Tout acte médical, thérapeutique ou diagnostique qui est prescrit, posé ou recommandé par le *médecin* , y compris mais non exclusivement l' *hospitalisation* , la prescription de médicaments (incluant ceux à prendre au besoin), les tests à des fins d'investigation, les interventions chirurgicales ou tout autre *traitement* directement lié à une *maladie* , une *blessure* ou un symptôme.

Transport public ou transporteur public – Moyen de transport (autobus, taxi, train, bateau, avion ou autre *véhicule*) exploité en vertu d'un permis de transport de passagers payants et conçu et utilisé essentiellement à cette fin.

Urgence – *Problème de santé* survenu de manière soudaine et imprévue durant un voyage assuré, qui met la vie ou la santé en danger et qui exige un *traitement* immédiat. Il cesse d'y avoir *urgence* lorsque *ACM* établit que *vous* êtes en mesure de poursuivre *votre* voyage ou de retourner dans *votre* province ou territoire de résidence permanente. Une fois l' *urgence* terminée, aucune autre prestation n'est versée à l'égard du problème qui a causé l' *urgence* .

Véhicule – Automobile, familiale, fourgonnette, *véhicule* utilitaire sport (destiné à un usage routier), motocyclette, bateau, camionnette ou *véhicule* récréatif, fourgonnette de camping ou caravane non motorisée de moins de 11 m (36 pi) de longueur, servant exclusivement pour le transport de passagers (non payants) et dont *vous* êtes un passager ou le conducteur durant *votre* voyage. Cette définition ne s'applique pas à l'exclusion 30 (voir la section VI – Exclusions).

Identification de l'assureur

Cette assurance voyage est établie par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie) et administrée par Assurance CanAM. Manuvie a désigné Active Claims Management Inc. (exerçant ses activités sous le nom d'Active Care Management [Administration des Soins Actifs]) comme prestataire de services d'assistance et de règlement au titre de la présente police.

Veuillez lire la présente police et *votre avis de confirmation* d'assurance, et communiquer immédiatement avec Le Groupe D'Assurance Vie McLennan Inc. pour toute modification à la couverture souscrite. *ACM* doit être immédiatement informé de toute situation qui pourrait motiver une demande de règlement au titre de la présente assurance.

Des formats accessibles et l'appui en matière de communication sont disponibles sur demande. Rendez-vous à l'adresse **Manulife.com/accessibilite** pour plus de détails.