

Police d'assurance voyage

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 médical ou dès qu'il est raisonnablement possible de le faire. Le défaut d'aviser ACM pourrait limiter les prestations qui vous sont payables (voir la section V – Limites et restrictions).

AVIS IMPORTANT

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 et que vous compreniez votre police avant de partir en voyage, étant donné que votre couverture peut faire l'objet de certaines restrictions et exclusions.
2. Un problème de santé ou des symptômes apparus avant votre voyage peuvent faire l'objet d'une exclusion pour problèmes de santé préexistants. Vérifiez comment cette exclusion s'applique dans le cadre de votre police 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 une blessure ou une maladie, vos antécédents médicaux seront examinés lorsque vous aurez présenté une demande de règlement.
4. Vous devez communiquer avec ACM pour obtenir son autorisation avant de recevoir un traitement médical. Si vous omettez de le faire, les prestations prévues par la police pourraient être limitées (voir la section V – Limites et restrictions).
5. Dans la présente police, les mots en italique ont une signification particulière et sont définis à la section XII – DÉFINITIONS.
6. Tous les montants sont présentés en dollars canadiens, sauf indication contraire.
7. Si, au cours de votre voyage assuré, vous revenez dans votre province ou territoire de résidence ou au Canada pour un motif quelconque, vous devez communiquer avec Le Groupe D'Assurance Vie McLennan Inc. (TMG) pour déterminer l'incidence de ce retour sur votre couverture.

Veillez lire attentivement votre police avant de partir en voyage.

SECTION I – ADMISSIBILITÉ

Le masculin est utilisé dans cette section uniquement afin d'alléger le texte.

1. Le proposant doit satisfaire aux conditions d'admissibilité suivantes :
 - a) Le proposant doit être un résident canadien couvert par le régime public d'assurance maladie de sa province ou de son territoire de résidence au Canada pour toute la durée de son voyage.
 - b) Le proposant ne doit PAS voyager contre l'avis d'un médecin ni avoir reçu un diagnostic de maladie en phase terminale ou de cancer métastatique. Par maladie en phase terminale, on entend un problème de santé qui, selon l'opinion du médecin, indique une espérance de vie de moins de six mois, ou pour lequel des soins palliatifs ont été reçus.
 - c) Le proposant ne doit PAS souffrir d'une maladie rénale nécessitant la dialyse.
2. Si le proposant est âgé de 55 ans ou plus, les conditions d'admissibilité suivantes s'appliquent également :
 - a) Le proposant ne doit PAS avoir utilisé d'oxygène à domicile au cours des 12 mois précédant la date de son départ, ni avoir reçu d'ordonnance à cet effet.
 - b) Le proposant ne doit JAMAIS avoir reçu un diagnostic de SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise) ni de VIH (virus de l'immunodéficience humaine).
3. Le proposant doit avoir rempli la proposition et la déclaration médicale (s'il y a lieu) avant la date d'effet de l'assurance.
4. Si son état de santé change ou ne demeure pas stable entre la date à laquelle il remplit et soumet sa proposition et la date d'effet de l'assurance, le proposant doit revoir les questions qui figurent sur sa déclaration médicale avec l'agent de vente de TMG afin de réévaluer son admissibilité à l'assurance. **Si le proposant n'est plus admissible au régime d'assurance qu'il a souscrit et qu'il ne communique pas avec TMG, toute demande de règlement sera refusée, l'assureur annulera sa police et lui remboursera la prime versée. Le proposant ne bénéficiera donc d'aucune garantie d'assurance et il devra payer lui-même tous les frais liés à toute maladie ou blessure, y compris les frais de rapatriement.**
5. Si le proposant souscrit un Régime annuel voyages multiples et que son état de santé change ou ne demeure pas stable après la date d'effet de l'assurance, il est toujours admissible à l'assurance, mais son problème de santé pourrait en être exclu (voir la section VI – Exclusions, paragraphe A – Exclusions pour problèmes de santé préexistants).

SECTION II – CONVENTION D'ASSURANCE

A – Le contrat

Le présent contrat offre une couverture d'assurance voyage dans le monde entier sous réserve d'un maximum de 5 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.

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 entrant en vigueur à la date d'expiration d'un autre régime d'assurance.
- c) Prolongations facultatives (voir page 2).
- d) Ce régime offre aussi :
 - i. Régime Canada
 - Couverture pendant **toute** la durée d'un seul voyage effectué exclusivement au Canada (à l'exclusion de votre province ou territoire de résidence)
 - Offert aux proposant de tous âges
 - Prolongations facultatives (voir page 2)
 - NON offert comme complément d'assurance
 - ii. Régime sans tarification des risques médicaux
 - Couverture pour un seul voyage d'une durée maximale de 15 jours
 - Offert aux proposant âgés de 55 ans ou plus
 - Prolongations facultatives (voir page 2)
 - NON offert comme complément d'assurance
- e) Si vous voyagez au Canada, vous devez souscrire votre assurance avant de quitter votre province ou territoire de résidence.

- f) Si *vous* allez en voyage à l'extérieur du Canada, *vous* devez souscrire *votre* assurance avant de quitter le Canada.
 g) L'assurance doit être souscrite pour toute la durée de *votre* voyage, sauf s'il s'agit d'une assurance complémentaire.

Période de couverture

RÉGIME	ÂGE	DURÉE MAXIMALE DU VOYAGE
Régime quotidien voyage unique	Tous âges	Jusqu'à 182 jours (212 pour les résidents de l'Ontario)*
Régime Canada	Tous âges	Jusqu'à 182 jours (212 pour les résidents de l'Ontario)*
Régime sans tarification des risques médicaux	55+	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 le Canada, 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 :

- date de *votre* retour dans *votre* province ou territoire de résidence ou au Canada; ou
- 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 présenté de 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 médical pour un problème de santé (sauf une affection bénigne), *votre* police prendra fin et *vous* pourriez avoir droit à un remboursement (voir la section II F – Remboursements).

Prolongation facultative ou complément d'assurance

1. **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 :

- l'assurance doit être souscrite pour le nombre total de jours qu'il reste au voyage.
- l'assurance peut être souscrite après *votre* départ, mais avant la date d'expiration de l'assurance précédente.

2. **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.

- 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.
- Votre* couverture supplémentaire doit être souscrite pour le nombre total de jours qu'il reste au voyage.
- L'assurance peut être souscrite avant ou après *votre* date de départ, mais au plus 10 jours avant la date d'expiration de l'assurance existante.
- Vous* devez payer la prime requise avant la date d'effet du complément d'assurance.
- Une preuve de départ pourrait être exigée.

Une assurance peut être prolongée ou complétée si les conditions suivantes sont satisfaites :

- Aucune demande de règlement n'a été présentée au titre de la police initiale 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.
- Votre* état de santé n'a pas changé depuis la date d'effet de *votre* assurance ou *votre* date de départ.
- Vous* demeurez admissible à l'assurance.
- La demande de prolongation est reçue par téléphone au plus 10 jours avant la date d'expiration de *votre* assurance.
- 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.
- 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

- 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 le tableau ci-dessous).
- Vous* avez droit à un nombre illimité de jours de voyage au Canada (à l'exclusion de *votre* province ou territoire de résidence).
- Le régime prévoit une assurance Annulation de voyage pouvant aller jusqu'à 1 000 \$ par police, par année (offerte uniquement aux membres de CARP; voir la section IV A, Risque assuré).
- Des compléments d'assurance sont offerts. Consultez la section II B, Prolongation facultative ou complément d'assurance.
- Après chaque voyage, *vous* devez retourner dans *votre* province ou territoire de résidence ou au Canada.
- 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/de l'Immigration) lorsque *vous* présentez une demande de règlement.

Période de couverture

RÉGIME	ÂGE	DURÉES DE VOYAGE OFFERTES
Régime annuel voyages multiples	0 - 79	9, 16, 30 ou 60 jours consécutifs
	80 +	9 ou 16 jours consécutifs

Date d'effet de l'assurance

- La protection au titre du Régime annuel voyages multiples **début**e à la date d'effet indiquée dans *vo*tre avis de confirmation d'assurance.
- La période de couverture pour chaque voyage assuré au titre du Régime annuel voyages multiples **début**e à la date de *vo*tre départ, pourvu que la protection soit en vigueur au titre du Régime annuel voyages multiples.

Exception : Aucune couverture n'est en vigueur pour un voyage à l'extérieur du Canada qui a débuté avant la date d'effet du Régime annuel voyages multiples.

Fin de l'assurance

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

Complément d'assurance – Un Régime quotidien voyage unique peut être souscrit pour compléter *vo*tre Régime annuel voyages multiples si *vo*tre voyage doit durer plus longtemps que la période couverte par l'option que vous avez sélectionnée au moment de *vo*tre proposition.

Un Régime annuel voyages multiples ne peut pas être utilisé comme complément d'un autre Régime annuel voyages multiples, sauf si *vo*tre voyage débute au cours de la période d'assurance et se prolonge au-delà de la date d'expiration indiquée dans *vo*tre 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

- 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 *vo*tre province ou territoire de résidence.
- Les prestations au titre de cette police sont payables en sus de la première tranche de 500 000 \$ payable par *vo*tre assureur principal.
- Il est possible de compléter cette assurance au moyen d'un Régime quotidien voyage unique.
- Vous devez participer au Régime de soins de santé de la fonction publique.
- Après chaque voyage, vous devez retourner dans *vo*tre province ou territoire de résidence.
- 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

- La protection au titre du Régime annuel supplémentaire voyages multiples 40 jours **début**e à la date d'effet indiquée dans *vo*tre avis de confirmation d'assurance.
- La période de couverture pour chaque voyage assuré au titre du Régime annuel supplémentaire voyages multiples 40 jours **début**e à la date à laquelle vous quittez *vo*tre 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

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

Si vous avez besoin d'**assistance médicale** au cours des 40 premiers jours de *vo*tre voyage, appelez directement la société d'assistance du RSSFP. Veuillez consulter *vo*tre 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 *vo*tre contrat RSSFP au cours des 40 premiers jours de *vo*tre voyage (p. ex., annulation, interruption ou retard du voyage, ou retour du *véhicule*), appelez ACM à l'un des numéros d'urgence figurant dans *vo*tre avis de confirmation d'assurance.

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

C – Prolongation d'office de la couverture

*Vo*tre couverture sera prolongée d'office, sans prime supplémentaire, à condition que vous avisiez ACM, si *vo*tre retour dans *vo*tre 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 :

- Vo*tre 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 :
 - date de *vo*tre retour dans *vo*tre province ou territoire de résidence; ou
 - cinq jours consécutifs suivant la date à laquelle la couverture d'assurance prendrait normalement fin si ce n'était de cette prolongation d'office.
- Le *véhicule* à bord duquel vous voyagez subit un *accident* de la route ou un bris mécanique vous empêchant ainsi de retourner dans *vo*tre 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 *vo*tre police; jusqu'à la plus rapprochée des dates suivantes :
 - date de *vo*tre retour dans *vo*tre province ou territoire de résidence; ou
 - 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 médical* 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.

D – Couverture familiale

- a) **Pour les proposant âgés de 54 ans ou moins** – Couverture offerte au *conjoint* et aux *enfants* de la *personne assurée*. En cas de divorce, toutes les *personnes assurées* nommées dans la confirmation d'assurance demeurent couvertes par la police jusqu'à sa date d'expiration. 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 55 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 55 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 55 ans, il faut souscrire la couverture familiale.

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 de la police. La police 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 police, 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 la police à la fin de cette période de 15 jours.
 - ii) Si une demande de règlement est soumise pendant que la police est en vigueur et qu'une prime est en souffrance, l'assureur pourra déduire du règlement le montant dû.

F – Remboursements

1. RÉGIME ANNUEL VOYAGES MULTIPLES

La prime acquittée ne peut être remboursée après la date d'effet de l'assurance.

2. RÉGIME QUOTIDIEN VOYAGE UNIQUE

- a) 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.
 - b) 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.
 - c) La prime payée (moins des frais d'administration de 25 \$ par police d'assurance) peut être partiellement remboursée si vous devez retourner dans votre province ou territoire de résidence ou au Canada 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 police, 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 police. 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 ou au Canada, 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 police d'assurance.

G – Risques couverts

Sous réserve des dispositions de la présente police, 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 ou du Canada, pour les prestations définies à la section IV – Prestations (tous les régimes). L'assureur paiera les frais admissibles, jusqu'à concurrence de 5 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 StandbyMD

L'Assurance voyage Travel Choice 1 est heureuse de vous offrir, dans le cadre de toute police comportant une garantie Soins médicaux d'urgence, des services de conciergerie médicale avantageux lorsque vous allez en voyage aux États-Unis, au Mexique ou en République dominicaine. Ces services incluent ce qui suit :

- Consultation téléphonique avec un médecin qualifié, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année
- 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, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année
- Recommandation de médecins spécialistes, de chiropraticiens, de dentistes, de cliniques sans rendez-vous, de cliniques d'urgence ou d'hôpitaux aux fins d'évaluation et de traitement médical, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année
- Accès à un réseau de médecins qui peuvent faire des consultations à domicile, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, dans certaines villes des États-Unis, du Mexique et de la République dominicaine
- Coordination par un médecin de l'envoi en salle d'urgence
- Assistance du médecin consultant pour permettre un traitement rapide en salle d'urgence, dans certaines villes des États-Unis, du Mexique et de la République dominicaine
- Suivi par le médecin consultant auprès de l'hôpital pour veiller à la continuité des soins

Pour bénéficier de ces services, communiquez simplement avec le Centre d'assistance aux numéros de téléphone indiqués sur la carte que vous devez garder dans votre portefeuille.

Ces services de conciergerie médicale sont fournis au titre du programme de 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 de la présente police, StandbyMD n'assume aucune responsabilité pour la disponibilité, la qualité ou les résultats des traitements ou des services, ni pour l'impossibilité d'un titulaire de police d'obtenir les traitements ou services couverts par les présentes dispositions. Les titulaires de police libèrent pour toujours et déchargent à jamais StandbyMD et ses dirigeants, sociétés-mères, compagnies-successeurs et ayants cause de 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 et renoncent entièrement et pour toujours à leurs droits à cet égard. 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. Les services StandbyMD sont offerts par Healthcare Concierge Services Inc.

Le programme de StandbyMD est offert par Healthcare Concierge Services Inc. La Financière Manuvie et ses mandataires n'assument aucune responsabilité en ce qui concerne la disponibilité, la qualité ou les résultats des services fournis au titre du programme de StandbyMD.

Section IV – Prestations (tous les régimes)

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

- 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*).
- Honoraires médicaux** : *Traitement médical par un médecin.*
- Services diagnostiques** : Tests de laboratoire et radiographies prescrits par le *médecin* traitant en raison d'une *urgence*. **Remarque**: La présente police ne couvre pas les frais engagés pour l'imagerie par résonance magnétique (IRM), le cathétérisme cardiaque, la tomographie par émission de positons (TEP), les ultrasonographies, les échographies ou les biopsies, sauf s'ils sont préautorisés par ACM.
- 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.
- 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 médical* 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.
- 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*.
- 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.
- 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.
- Transport aérien d'urgence** : Lorsqu'il est autorisé et organisé d'avance par ACM (voir la section V – Limites et restrictions, point 3) :
 - transport par ambulance aérienne vers l'établissement médical approprié le plus près ou vers un *hôpital* canadien pour recevoir un *traitement médical*;
 - 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;
 - coût des places supplémentaires pour accommoder une civière à bord d'un avion qui vous ramène dans votre province ou territoire de résidence; ou
 - jusqu'à concurrence du coût d'un billet d'avion aller simple en classe économique vers votre province ou territoire de résidence.
- 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).
- 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 police, pour les frais de repas et d'hébergement commercial (reçus originaux requis) de cette personne qui se déplace pour :
 - 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 ou du Canada. 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
 - 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 police.
- 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 transport de la dépouille.
- 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.
- 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.
- 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 police, si une *urgence* couverte vous fait manquer votre retour prévu ou exige que vous soyez relégué 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 payables 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 :
 - a) 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
 - b) 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 année, par année, ce qui suit :

1. Régime annuel voyages multiples, jusqu'à concurrence de 1 000 \$

a) Annulation de voyage :

- i. 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.
- ii. 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).

2. 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 \$

a) Annulation de voyage :

- i. 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.
- ii. 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).

b) Interruption ou retard de voyage :

- i) la partie non remboursable de *votre* hébergement prépayé, si vous devez interrompre un voyage assuré déjà commencé; et
- ii) 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 médical* 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 pour problèmes de santé préexistants – Cette garantie 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** qui n'était pas *stable* au cours de la période de 90 jours précédant la date de paiement de vos réservations de voyage.
2. **Toute affection cardiaque** qui n'était pas *stable* au cours de la période de 90 jours précédant la date de paiement de vos réservations de voyage.
3. **Toute affection pulmonaire** si :
 - a) elle n'était pas *stable*; ou
 - b) vous avez eu besoin d'oxygène à domicile ou avez été *traité* aux des stéroïdes oraux (prednisone, par exemple) 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 âgées de 60 ans ou plus : 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 – Cette garantie ne couvre pas les sinistres ni les frais qui découlent directement ou indirectement, en tout ou en partie, de ce qui suit :

1. 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.
2. 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.
3. 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

- 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.
- Défaut d'aviser ACM** – Advenant une *urgence* au cours d'un voyage assuré, vous devez communiquer immédiatement avec ACM avant de recevoir un *traitement médical*. Si, en raison de la nature de l'*urgence* médicale, il vous est raisonnablement impossible de communiquer avec ACM avant de recevoir un *traitement médical*, vous devez demander à quelqu'un d'appeler pour vous ou vous devez appeler dès que cela est possible du point de vue médical. Le défaut d'aviser ACM limite les prestations payables :
 - les frais d'hospitalisation admissibles, déterminés en fonction des *frais raisonnables et usuels*, ne seront remboursés qu'à 80 %, jusqu'à concurrence de 25 000 \$; et
 - dans le cas de soins en consultation externe, maximum d'une visite par *maladie* ou *blessure*. Vous devrez payer tous les autres frais.
- 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 :
 - vous transférer chez un fournisseur de soins de santé de son choix; et/ou
 - 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.
- 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 la présente police.
- 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.
- 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 – EXCLUSIONS

A – Exclusions pour problèmes de santé préexistants

Catégorie de taux	Exclusions pour problèmes de santé préexistants et période de stabilité requise	
	Exclusion	Période de stabilité requise
54 ans ou moins	1	180 jours (90 jours en cas d'hypertension artérielle)
	5 a), b), d)	365 jours
	5 c)	Toujours
55 ans ou plus		
6	4	90 jours
5	4	90 jours
4	1, 2 et 3	180 jours (90 jours en cas d'hypertension artérielle)
3	1, 2 et 3	180 jours (90 jours en cas d'hypertension artérielle)
2	1, 2 et 3	365 jours (90 jours en cas d'hypertension artérielle et 180 en cas de cancer)
1	1, 2 et 3	365 jours (90 jours en cas d'hypertension artérielle et 180 en cas de cancer)
Régime sans tarification des risques médicaux	1, 2 et 3	90 jours (de 55 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 pour <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 souffrez, y compris les *problèmes médicaux* 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 :

- 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.
- Toute** affection cardiaque qui n'était pas *stable* au cours de la période de stabilité requise avant chaque date de départ.
- Toute** affection pulmonaire si :
 - elle n'était pas *stable*; ou
 - vous avez eu besoin d'oxygène à domicile ou avez été *traité* aux stéroïdes oraux (prednisone, par exemple) au cours de la période préalable applicable avant chaque date de départ.
- Tout *problème de santé* (sauf une *affection bénigne*) pour lequel vous avez été hospitalisé, des médicaments vous ont été prescrits (y compris des médicaments à prendre au besoin), vous avez pris des médicaments ou avez subi une procédure médicale ou une intervention chirurgicale au cours de la période de stabilité requise avant chaque date de départ.
- 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 préalable applicable avant chaque date de départ;
 - toute** affection cardiaque qui n'était pas *stable* au cours de la période préalable applicable avant chaque date de départ;
 - une insuffisance cardiaque si vous avez **déjà** reçu un diagnostic ou été *traité* pour ce problème; ou

d) **tout** état suivant si *vous* avez reçu un diagnostic ou été *traité* pour **trois de ces problèmes ou plus** 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 oral ou de 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. Les dépenses pour lesquelles des frais n'auraient normalement pas été exigés en l'absence d'assurance.
2. La perpétration ou tentative de perpétration d'un acte illégal ou criminel.
3. *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.
4. 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).
5. Le suicide (y compris toute tentative) ou une *blessure* que *vous* vous infligez volontairement, que *vous* soyez sain d'esprit ou non.
6. La radiothérapie ou chimiothérapie.
7. Une *maladie*, un trouble, un état ou des symptômes d'ordre affectif, psychologique ou mental, à moins que *vous* soyez *hospitalisé*.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. Tout *problème de santé* pour lequel *vous* effectuez 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.
12. 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* choisissiez 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.
13. 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.
14. L'imagerie par résonance magnétique (IRM), la tomodesitométrie (scanographie), les ultrasonographies, les échographies ou les biopsies, à moins qu'*ACM* ne les ait préautorisés.
15. 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.
16. 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*.
17. Le traitement d'une *maladie* ou d'une *blessure* une fois que l'*urgence* médicale initiale a pris fin (selon l'avis d'*ACM*).
18. 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*.
19. Tout traitement qui n'est ni donné ni supervisé par un *médecin* ou un dentiste autorisé.
20. 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.
21. La participation à :
 - a) des sports à titre d'athlète professionnel (participant rémunéré);
 - b) des compétitions sportives motorisées, des courses ou des épreuves de vitesse.
22. 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.
23. Les services d'un optométriste ou la chirurgie de la cataracte.
24. 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.
25. Le surclassement et les pénalités d'annulation de billets d'avion, sauf s'ils ont été préautorisés par *ACM*.
26. Une chirurgie ou un traitement esthétique ou non urgent, qu'il soit effectué pour des raisons psychologiques ou non.
27. Tout *problème de santé* dont *vous* souffrez ou que *vous* contractez dans une région ou un pays à l'égard duquel le ministère canadien des Affaires étrangères et du Commerce international a publié, avant la date de *votre* départ, un avis aux voyageurs ou un avertissement officiel conseillant aux Canadiens d'éviter 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* ou tout *problème de santé* attribuable à la raison pour laquelle l'avis aux voyageurs ou l'avertissement officiel a été publié, ou toute complication qui en découle.
28. Les couronnes et traitements de canal.
29. Un *accident* de vol (sauf si *vous* voyagez à titre de passager payant à bord d'un vol commercial).
30. 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.
31. Un *acte terroriste*. Voir la section VII – Protection contre les *actes terroristes*.

SECTION VII – PROTECTION CONTRE LES ACTES TERRORISTES

Lorsqu'un *acte terroriste* entraîne pour vous, directement ou indirectement, un sinistre pour lequel des prestations seraient autrement payables conformément aux dispositions de la présente police, cette assurance vous offre la couverture suivante :

1. Pour l'assurance Soins médicaux d'urgence et l'assurance 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 payables 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 payable 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 payable pour l'ensemble des polices d'assurance voyage en vigueur établies par l'assureur, y compris la présente police. Si le montant total des demandes de règlement autrement payables pour un type de couverture au titre de toutes les polices d'assurance voyage établies par l'assureur et découlant d'un ou de plusieurs *actes terroristes* survenant durant une période applicable excède ce maximum global, le montant alors payé pour chaque demande de règlement sera réduit au prorata afin que le montant total payé relativement à l'ensemble de ces demandes de règlement corresponde au maximum global. Cette protection 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 payable pour chaque <i>acte terroriste</i> (\$) CA
Soins médicaux d'urgence	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 payables à la suite d'un ou de plusieurs *actes terroristes* pourrait excéder les limites applicables, votre demande de règlement évaluée au prorata pourrait vous être payée après la fin de l'année civile durant laquelle vous aviez droit à indemnisation.

Exclusion relative à la Protection contre les actes terroristes

Nonobstant toute disposition contraire dans la présente police ou dans tout avenant y afférent, cette police 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 concurremment ou dans toute autre séquence à la responsabilité, au sinistre, aux coûts ou aux frais.

SECTION VIII – SERVICES D'ASSISTANCE INTERNATIONALE

ACM répondra à vos questions 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

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 police.

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 police.

SECTION IX – 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 :

- a) Votre numéro de police 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).
- b) 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 et(ou) du *médecin*.
- c) 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.
- d) Dans le cas d'un Régime annuel voyages multiples, une preuve des dates de départ et de retour.
- e) Un formulaire de mandat/d'autorisation dûment rempli et signé. Par formulaire de mandat/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).
- f) Dépenses personnelles : une explication des frais engagés, accompagnée des reçus originaux.
- g) 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 qui vous sont payables sont versées en dollar canadien. Si vous avez payé des frais couverts, vous serez remboursé en dollar canadien au taux de change en vigueur à la date du paiement de la demande de règlement. Les sommes payables 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 X – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Subrogation – Si une *personne assurée* subit un sinistre couvert aux termes de la présente police, 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 payables 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 payables 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* police ou à *votre* intérêt dans celle-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 de la présente police, 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 le 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 – Une poursuite, un arbitrage ou une procédure similaire contre l'assureur pour un recouvrement au titre du présent contrat ne peut être intenté plus d'un an (deux ans dans les Territoires du Nord-Ouest, trois ans dans la province de Québec) après la date à laquelle les sommes assurées sont devenues exigibles ou l'auraient été si la demande de règlement avait été valide. Cependant, si ce délai est illégal dans *votre* province ou territoire de résidence, il est remplacé par le délai le plus court permis par les lois de cette province ou ce territoire de résidence. Le délai de prescription indiqué au présent alinéa s'applique à tous les régimes et à toutes les garanties prévus par la présente police ainsi qu'à tous ses avenants.

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*.

Avis sur la vie privée

Vous consentez à ce que l'assureur, ses agents et 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 polices 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. L'assureur s'engage à préserver le caractère confidentiel des renseignements qui lui sont fournis à *votre* sujet afin de *vous* procurer l'assurance que *vous* avez choisie. Bien que ses employés doivent avoir accès à ces renseignements, l'assureur a pris des mesures pour les protéger. De plus, il s'assure que les autres professionnels avec qui il travaille 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 l'assureur protège *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, l'assureur créera un « dossier de services financiers » contenant les renseignements qui seront utilisés pour traiter la proposition, offrir et administrer les services et évaluer 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 règlements de l'assureur, ainsi qu'à toute autre personne ayant reçu *votre* autorisation ou autorisée en vertu de la loi. Ces personnes, organisations et fournisseurs de services peuvent se trouver dans des territoires situés à l'extérieur du Canada et être soumis aux lois qui y sont en vigueur. *Votre* dossier est gardé en lieu sûr dans les bureaux de l'assureur ou de ses administrateurs ou agents. *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, Marchés des groupes à affinités, Financière Manuvie, P.O. Box 4262, Station A, Toronto (Ontario) M5W 5T4.

SECTION XI – 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 de la police, 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 :

- 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'un *accident* ou d'une *maladie*;

- b) dans les 90 jours qui suivent la date à laquelle survient un sinistre au titre du contrat à la suite d'un *accident* 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; et
- c) si *ACM* ou l'assureur l'exige, fournir un certificat établissant de façon satisfaisante la cause ou la nature de l'*accident* 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 l'*accident* 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 l'*accident* 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 :

- a) 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
- b) si l'*assuré* est décédé, l'assureur et *ACM* peuvent exiger une autopsie sous réserve des lois du territoire concerné.

Délaï de paiement des prestations – Toutes les sommes payables 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 – Une poursuite, un arbitrage ou une procédure similaire contre l'assureur pour un recouvrement au titre du présent contrat ne peut être intenté plus d'un an (deux ans dans les Territoires du Nord-Ouest, trois ans dans la province de Québec) après la date à laquelle les sommes assurées sont devenues exigibles ou l'auraient été si la demande de règlement avait été valide. Cependant, si ce délai est illégal dans la province ou le territoire d'établissement du contrat, il est remplacé par le délai le plus court permis par les lois de cette province ou ce territoire. Le délai de prescription indiqué au présent alinéa s'applique à tous les régimes et à toutes les garanties du présent contrat ainsi qu'à tous ses avenants.

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; ou
- 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, plus 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*.

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.

Blessure – Lésion corporelle soudaine subie au cours de l'existence de la police et résultant exclusivement et directement d'une cause externe et accidentelle, et qui est indépendante de toute *maladie*.

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 – Somme, en dollars US, que la *personne assurée* doit payer avant le remboursement du solde des frais couverts au titre de la présente police. La *franchise* s'applique une seule fois par *personne assurée*, par voyage.

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 autorisé;
- 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 par la police.

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*.

Problème médical ou problème de santé – *Blessure* ou *maladie*, ou complication de la grossesse au cours des 31 premières semaines, ou trouble mental ou affectif qui exige l’admission à l’hôpital.

Stable – Tout *problème de santé* (sauf une *affection bénigne*) qui :

- a) n’a pas fait l’objet d’un nouveau diagnostic ou *traitement médical*;
- b) n’a pas fait l’objet d’un changement de *traitement médical*, notamment quant à sa fréquence ou à son type, ni d’un changement de médication, notamment en ce qui concerne la dose, la fréquence d’utilisation ou le type de médicament.
Exceptions : le rajustement périodique du Coumadin, de la warfarine, de l’insuline ou d’un médicament oral servant à contrôler le diabète (à condition que ce médicament ne soit pas une nouvelle ordonnance ou que *vous* n’ayez pas cessé de le prendre) et le remplacement d’un médicament de marque par un médicament générique dont la posologie est la même;
- c) ne présente aucun nouveau symptôme et dont les symptômes existants ne sont ni plus fréquents ni plus graves;
- d) ne s’est pas détérioré, selon les résultats des tests subis;
- e) n’a pas nécessité une *hospitalisation* ni la consultation d’un spécialiste (effective ou recommandée) et pour lequel *vous* n’attendez pas les résultats d’une investigation plus poussée.

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 médical* survenu de manière soudaine et imprévue durant un voyage assuré, qui met la vie ou la santé en danger et qui exige un *traitement médical* immédiat. Il n’y a plus *urgence* lorsqu’*ACM* détermine que *vous* êtes en mesure de poursuivre *votre* voyage ou de retourner dans *votre* province ou territoire de résidence. Une fois l’*urgence* terminée, aucune autre prestation n’est payable à l’égard du *problème médical* 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 et administrée par Assurance CanAm.

Veillez lire la présente police et *votre* 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 informée de toute situation qui pourrait motiver une demande de règlement au titre de la présente assurance.