



# Police d'assurance voyage médicale d'urgence 2011-2012

Les 11 pages suivantes  
contiennent le libellé  
de la police.

Établi par

 **Financière Manuvie**

| Pour votre avenir™

Veillez lire cette police attentivement pour bien comprendre la protection offerte. Le présent contrat a été souscrit auprès de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (« Financière Manuvie »), laquelle a confié à la société Medipac International certaines tâches administratives dont celles afférentes à l'adhésion et au service à la clientèle, et à la société Medipac Assistance International Inc. (Medipac Assist) les tâches afférentes à l'assistance et aux règlements. La Compagnie versera les prestations stipulées, sous réserve des exclusions, restrictions, définitions et de toute autre disposition de cette police. Pour bien comprendre les exclusions, veuillez vous reporter à la rubrique « RISQUES EXCLUS ». Veuillez lire la rubrique intitulée « DÉFINITIONS » qui contient certains termes de la police, indiqués en italiques, qui ont un sens bien précis.

Cette garantie est réservée aux résidents canadiens et doit être souscrite avant la date du départ. Vous devez être assuré en vertu du régime d'assurance maladie de la province ou du territoire canadien où vous résidez. Vous pouvez bénéficier de taux familiaux si vous avez moins de 61 ans et que votre conjoint et vos enfants vous accompagnent. Un conjoint de plus de 60 ans n'est pas couvert par une police familiale.

Cette police couvre les frais raisonnables et habituels que vous engagez, à l'extérieur de la province ou du territoire où vous résidez; qui découlent d'une urgence médicale qui se produit au cours de la période de garantie (expliquée ci-dessous); et que vous engagez pour un traitement médical nécessaire du point de vue médical. Vous DEVEZ communiquer avec Medipac Assist AVANT même de demander des soins médicaux.

Cette police d'assurance n'entre en vigueur que si Medipac International Inc. a reçu votre demande dûment remplie ainsi que votre prime intégrale, et que si une police a été émise.

### PÉRIODE DE GARANTIE

Pour le régime voyage unique, votre garantie commence à 00 h 01, à la date d'entrée en vigueur de l'assurance et se terminera à la première des éventualités suivantes : a) à 23 h 59, le jour prévu de retour indiqué dans votre proposition d'assurance; b) à la date de votre retour au Canada pour toute raison médicale; ou (c) à la date à laquelle vous demandez des soins médicaux au Canada. À la fin du traitement, demandez le rétablissement de votre police à Medipac Assist. Pour qu'elle soit valide, il faut un avenant.

Si vous avez souscrit l'Option annuelle du régime voyage unique, alors, pour tous les autres voyages :

1. **Hors du Canada**, votre couverture commence à 00 h 01 chaque jour que vous quittez le Canada au cours des 365 jours qui suivent la date d'entrée en vigueur de votre assurance. Votre garantie finit à la première des éventualités suivantes : (a) à 00 h 01 vingt-trois jours après la date à laquelle vous quittez le Canada; (b) à la date de votre retour au Canada; ou (c) 365 jours après la date d'entrée en vigueur de votre assurance.
2. **Au Canada**, votre garantie commence à 00 h 01 chaque jour que vous quittez votre province ou territoire de résidence principale. Votre garantie finit à la première des éventualités suivantes : (a) à 00 h 01 soixante jours après votre départ de votre province ou territoire de résidence principale; (b) à la date de votre retour dans votre province ou territoire de résidence principale; ou (c) 365 jours après la date d'entrée en vigueur de votre assurance.

La période de garantie est assujettie à la disposition de prolongation automatique décrite à la rubrique : « QU'ADVIENT-IL DE MON ASSURANCE SI JE SUIS HOSPITALISÉ ET INCAPABLE DE RENTRER À LA DATE DE RETOUR PRÉVUE? »

La garantie d'assurance doit être souscrite pour la durée complète de votre voyage, à moins d'indication explicite contraire dans la police.

En vertu de la présente police, vous pouvez prolonger le nombre de jours disponibles d'après votre Option annuelle pendant la période de 365 jours de votre police. En cas de prolongation de votre Option annuelle, le même genre de garantie et la même option de franchise DOIVENT être appliqués. Votre Option annuelle ne peut être utilisée conjointement avec votre régime voyage unique.

### QUE FAIRE EN CAS D'URGENCE MÉDICALE?

Si vous avez besoin d'aide en cas d'urgence médicale ou désirez avoir accès à un fournisseur de soins médicaux, veuillez téléphoner immédiatement à Medipac Assist :

sans frais des É.-U. et du Canada au

**1-800-813-9374**

ou de partout ailleurs à frais virés au (416) 441-6337

**AVANT** de demander un traitement médical, vous DEVEZ appeler Medipac Assist ou demander à une autre personne de le faire pour vous (si vous êtes dans l'impossibilité de le faire vous-même).

**Si vous ne prévenez pas Medipac Assist d'avance, seulement 75 % de TOUTES les dépenses qui seraient normalement couvertes vous seront remboursées.**

Si vous n'êtes pas en mesure d'appeler parce que vous n'en êtes pas physiquement capable, vous ou une personne agissant pour votre compte devez contacter Medipac Assist dans les meilleurs délais possibles.

Medipac Assist s'engage à :

- confirmer votre assurance;
- vous diriger ou organiser votre transport vers notre réseau d'hôpitaux, médecins ou autres fournisseurs de services et de soins médicaux recommandés par nous, dans la région où vous vous trouvez, et vous aider à effectuer votre demande de règlement pour frais médicaux d'urgence;
- mettre à votre disposition des interprètes pour communiquer avec les médecins et hôpitaux dans les pays étrangers;
- contacter votre famille et votre médecin;
- payer directement en votre nom les frais couverts aux hôpitaux, médecins et autres fournisseurs de soins médicaux, dans la mesure du possible;
- suivre l'évolution de votre état de santé;
- veiller à votre transport, au besoin, vers un hôpital du Canada.

Un plan de *traitement médical* approuvé par votre médecin traitant et accepté par la Compagnie sera établi afin que vous receviez le *traitement nécessaire du point de vue médical* dans le cadre d'un programme de soins gérés.

Toutes les interventions et tous les tests (y compris TDM, angiogramme ou cathétérisme cardiaque, IRM ou **TOUTE** chirurgie) doivent avoir été préalablement approuvés par Medipac Assist.

## DEFINITIONS

Les termes suivants ont un sens bien précis :

Par « **assuré** », on entend une personne dont le nom figure sur la proposition d'assurance et au nom de laquelle la prime requise a été acquittée.

Par « **bilan de santé périodique** », on entend tout examen médical qui est effectué par mesure générale de suivi de l'état de santé, ce qui peut comprendre des tests médicaux courants, et qui est sans lien avec un symptôme, une maladie, un état ou une affection en particulier.

Par « **blessure** », on entend toute lésion corporelle

accidentelle qui se produit et entraîne des *frais couverts* pendant que cette police est en vigueur. Une telle *blessure* doit être causée uniquement par un événement externe, violent et accidentel, et être sans rapport avec une *maladie* ou toute autre cause.

Par « **Compagnie** », on entend La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.

Par « **conjoint** », on entend une personne qui cohabite avec l'*assuré* et qui :

- a) est soit mariée légalement avec l'*assuré* ou
- b) qui a vécu avec l'*assuré* dans une relation conjugale pendant une période de douze (12) mois consécutifs immédiatement avant que n'entre en vigueur la garantie en vertu de cette police, et qui est considérée publiquement comme le *conjoint* de l'*assuré* dans la localité où ils vivent.

Par « **date du début de voyage** », on entend la date de chaque départ de votre province ou territoire de résidence principale pendant la période de garantie si vous avez souscrit l'Option annuelle.

Par « **date d'entrée en vigueur de l'assurance** », on entend, pour le régime *voyage* unique, la dernière des éventualités suivantes : 1) la date de départ indiquée dans votre demande d'assurance ou 2) la date à laquelle vous quittez votre province ou territoire de résidence principale. Si vous souscrivez une police de *voyage* unique pour compléter une police d'assurance voyage pour soins médicaux, la *date d'entrée en vigueur* de votre assurance est celle qui est indiquée dans votre demande d'assurance. Si vous souscrivez l'Option annuelle, la date que vous choisissez pour l'entrée en vigueur de votre couverture sera celle inscrite dans votre proposition d'assurance.

Par « **enfants** », on entend des fils ou filles dépendants et célibataires âgés de moins de 19 ans et nés au moins 3 mois avant la *date d'entrée en vigueur* de votre assurance ou la *date du début* de votre voyage.

Par « **état préexistant** » : voir les détails à la page 6 de la police.

Par « **frais couverts** », on entend les *frais raisonnables et habituels* excédant ceux couverts par le régime d'assurance maladie de votre province ou de votre territoire de résidence canadien ou tout régime d'assurance automobile privé, provincial ou territorial pour les fournitures, le traitement ou les services figurant à la rubrique « Garanties », sous réserve des restrictions de la police.

Par « **frais raisonnables et habituels** », on entend les sommes habituellement exigées pour les soins, les services ou les fournitures habituels dans les cas de nature ou de gravité semblables au cas en question, pourvu qu'elles soient conformes aux frais courants dans la région.

Par « **franchise** », on entend le montant des *frais couverts* qu'il vous incombe de payer. Les *frais couverts* sont d'abord payés par votre régime d'assurance-maladie d'État; votre franchise s'applique avant que le reste des *frais couverts* ne soit payé en vertu de la présente police. Le montant de la franchise applicable à cette police, le cas échéant, est indiqué en dollars É.-U. sur l'étiquette de validation jointe à cette police et s'applique à chaque voyage.

Par « **hôpital** », on entend un établissement dûment autorisé qui :

- a) se consacre principalement à la prestation de services médicaux, diagnostiques ou chirurgicaux pour le traitement de malades et de blessés hospitalisés;
- b) fournit des soins médicaux sous la surveillance d'un ensemble de *médecins*, et des soins 24 heures sur 24 par des infirmiers autorisés;
- c) n'est pas reconnu comme centre d'accueil pour les personnes âgées, maison de repos, établissement thermal, maison de soins infirmiers, *hôpital* pour convalescents, hospice, centre de soins palliatifs, établissement spécialisé dans la prise en charge et le traitement des toxicomanes et des alcooliques, établissement de garde ou d'éducation, ou tout établissement de réadaptation.

Par « **hospitalisé** » et « **hospitalisation** », on entend l'alitement dans un *hôpital* défini ci-dessus.

Par « **maladie** », on entend une affection ou maladie qui entraîne des *frais couverts* pendant que la présente protection est en vigueur. La *maladie* doit être suffisamment grave pour obliger une personne raisonnable à obtenir un *traitement médical* auprès d'un *médecin*.

Par « **médecin** », on entend un médecin praticien (autre que l'*assuré*, le *conjoint* ou une personne ayant un lien de parenté avec l'*assuré*) qui était, au moment du traitement, dûment autorisé à prescrire et à administrer un *traitement médical*, ou un chirurgien qui pratique la chirurgie, dans les limites prescrites par leurs permis d'exercice respectifs et dont la situation légale et professionnelle dans leur domaine correspond à celle d'un docteur en médecine dûment autorisé à exercer dans n'importe quel territoire ou province du Canada.

Par « **nécessaire du point de vue médical** », relativement à des services, fournitures ou autres soins, on entend qu'ils ont été prescrits par un *médecin* et que la *Compagnie* juge :

- a) qu'ils ont été administrés pour le diagnostic ou le traitement direct d'une *maladie* ou d'une *blessure*;
- b) qu'ils sont appropriés, compte tenu des symptômes et des résultats de tests ou du diagnostic et du traitement de la *maladie* ou de la *blessure* de l'*assuré*;
- c) qu'ils ne sont pas de nature expérimentale ou exploratrice;
- d) qu'ils sont prodigués conformément aux pratiques médicales généralement admises;
- e) qu'ils ne peuvent pas être reportés jusqu'à votre retour au Canada;
- f) qu'ils correspondent au niveau de service le plus approprié, au coût le moins élevé (par exemple, soins en consultation externe au lieu d'une hospitalisation, fauteuil roulant manuel plutôt qu'électrique, soins médicaux ou autres au lieu de soins chirurgicaux).

Le fait que le *médecin* traitant de l'*assuré* ait prescrit les services ou fournitures ne signifie pas automatiquement que ces services ou fournitures sont *nécessaires du point de vue médical* et couverts par cette police.

Par « **soin médical** », voir les détails à la page 6 de la police.

Par « **stabilisé et contrôlé** », voir les détails à la page 6 de la police.

Par « **traitement médical** », on entend toute mesure, tout service ou toute fourniture d'ordre médical, thérapeutique ou diagnostique, qui est *nécessaire du point de vue médical*, prescrit par un *médecin* de quelque façon que ce soit, y compris sous forme de médicaments, de tests exploratoires raisonnables, d'*hospitalisation*, d'opération chirurgicale ou tout autre traitement prescrit ou recommandé ayant un lien direct avec l'état, le symptôme ou le trouble. Le *traitement médical* ne comprend pas : a) l'usage de médicaments prescrits pour un état de santé, un symptôme ou un trouble maîtrisé lorsque la posologie ou l'usage du médicament sont maintenus; ni b) un bilan de santé lorsque le *médecin* ne constate aucune modification d'un état, d'un symptôme ou d'un trouble qui a déjà été observé.

Par « **urgence médicale** », on entend une *maladie* ou une *blessure* :

- a) qui occasionne des symptômes apparaissant de façon soudaine et imprévue, et

- b) qui nécessite les soins immédiats d'un *médecin* pour éviter *votre* décès ou une détérioration grave de *votre* état de santé ou pour soulager une douleur aiguë, et
- c) qui se produit hors de *votre* province ou territoire canadien de résidence principale.

Par « **vous** » et « **votre** », on entend *l'assuré*, selon la définition ci-dessus.

Par « **voyage** », on entend la période de *voyage* d'une durée définie entre le moment où *vous* quittez *votre* domicile et la date prévue de *votre* retour.

## GARANTIES

Voici ce qui constitue des *frais couverts* s'ils sont engagés par un *assuré* à la suite d'une *urgence médicale*.

### 1. Services médicaux, hospitaliers ou ambulanciers

- a) Pension dans un *hôpital*, à concurrence du tarif pour chambre à deux lits, services, fournitures, frais de soins intensifs et de soins coronariens;
- b) honoraires d'un *médecin* pour soins médicaux ou chirurgicaux;
- c) radiographies et autres tests diagnostiques prescrits par le *médecin* traitant et préalablement approuvés par Medipac Assist;
- d) frais de transport en ambulance locale autorisée jusqu'à l'établissement médical le plus proche qui est en mesure de prodiguer les soins nécessaires;
- e) médicaments dont la loi exige qu'ils soient délivrés sur ordonnance écrite et par un pharmacien, à concurrence d'une provision de 30 jours;
- f) coût ou frais de location de plâtres, d'attelles, de bandages herniaires, d'appareils orthopédiques, de béquilles ou location d'un fauteuil roulant ou d'autres appareils médicaux, lorsque ces articles sont prescrits par un *médecin* et préalablement approuvés par Medipac Assist.

**2. Les soins infirmiers privés** comprennent les services professionnels d'un infirmier autorisé privé pour des soins de santé à l'extérieur de *l'hôpital*, s'ils sont recommandés comme *nécessaires du point de vue médical* par le *médecin* traitant. Les services d'un infirmier autorisé privé ne sont pas couverts si celui-ci est *votre conjoint* ou s'il a un lien de parenté avec *vous*. Le montant maximal de la prestation est de 7 500 \$. Cette prestation doit être approuvée au préalable par Medipac Assist.

**3. Les services chiropratiques** comprennent les services professionnels d'un chiropraticien autorisé pour une *urgence médicale*. Les services d'un chiropraticien autorisé ne sont pas couverts si celui-ci est *votre conjoint* ou s'il a un lien de parenté avec *vous*. Le montant maximal des prestations est de 500 \$.

**4. Les autres services professionnels** comprennent les services professionnels d'un podiatre autorisé, ostéopathe, podologue ou physiothérapeute mais uniquement s'ils sont recommandés en tant que *nécessaires du point de vue médical* par le *médecin* traitant. Les services d'un praticien autorisé ne sont pas couverts si celui-ci est *votre conjoint* ou s'il a un lien de parenté avec *vous*. Le montant maximal des prestations est de 500 \$.

**5. Les frais dentaires d'urgence** comprennent les traitements dentaires que *vous* avez reçus en vue de la restauration ou du remplacement de dents naturelles ou de dents artificielles permanentes, rendus nécessaires par suite d'un coup accidentel au visage (les accidents de mastication ne sont pas couverts). La prestation maximale est de 5 000 \$ par *assuré*. Les soins visant à soulager une douleur dentaire sont couverts, jusqu'à concurrence de 300 \$. Les traitements doivent avoir été administrés dans les 90 jours qui suivent la date du coup accidentel au visage et avant *votre* retour à *votre* province ou territoire canadien de résidence principale.

**6. Le retour du véhicule** comprend les frais engagés lorsque, par suite d'une *maladie*, d'une *blessure* ou d'un décès survenu alors que *vous* voyagez à l'extérieur de *votre* province ou territoire de résidence, *vous-même* et toute personne voyageant en *votre* compagnie êtes dans l'incapacité de rapporter le véhicule qui *vous* appartient ou que *vous* louez. La prestation maximale est de 3 000 \$.

Les *frais couverts* sont le montant le plus bas entre les frais engagés par une agence professionnelle en vue de restituer le véhicule et les frais raisonnables et nécessaires engagés par un particulier en vue de retourner le véhicule pour *vous* : essence, repas, nuitées et billet d'avion aller seulement en classe économique. La *Compagnie* exige les reçus originaux des frais. Les autres frais ne sont pas couverts. Le règlement ne sera accordé que si le retour est préalablement approuvé et/ou organisé par Medipac Assist et au retour du véhicule à *votre* domicile habituel ou à l'agence de location appropriée la plus proche dans les 30 jours de *votre* retour au Canada. Les frais engagés pour la location d'une voiture dans l'attente du retour de *votre* véhicule ne représentent pas une dépense admissible.

**7. Le transport d'un membre de la famille à votre chevet** comprend les frais d'un aller-retour par avion, en classe économique, pour permettre à un membre de la famille ou à un ami proche de se rendre à votre chevet à l'hôpital, jusqu'à un maximum de 1 000 \$. Cette garantie couvre en outre les frais personnels du membre de la famille ou de l'ami proche pour son hébergement dans un établissement hôtelier et les repas, à concurrence de 200 \$ par jour et d'un montant global maximal de 1 000 \$. Cette garantie est payable si vous êtes hospitalisé pendant au moins trois nuits consécutives en raison d'une urgence médicale. La Compagnie exige les reçus originaux des frais engagés. Cette prestation doit être préalablement approuvée par Medipac Assist.

**8. Les frais personnels d'un membre de la famille qui vous accompagne** comprennent les frais raisonnables et habituels relatifs à l'hébergement dans un établissement hôtelier, aux repas, aux appels téléphoniques et aux déplacements en taxi essentiels, qu'un membre de la famille qui vous accompagne doit engager si vous êtes hospitalisé à la date prévue de votre retour au Canada indiquée dans la proposition. La prestation maximale est de 200 \$ par jour, à concurrence d'un montant global maximal de 1 800 \$. La Compagnie exige les reçus originaux des frais engagés.

**9. Le retour du conjoint et des enfants** comprend les frais d'un aller simple par avion en classe économique, jusqu'au point de départ, pour le retour de votre conjoint et de vos enfants si la Compagnie demande que vous reveniez au Canada pour recevoir immédiatement un traitement médical ou advenant votre décès. La prestation maximale est de 2 500 \$. Cette prestation doit être préalablement approuvée par Medipac Assist.

**10. Le transport aérien d'urgence** comprend, conséquemment à une maladie ou à une blessure : a) le coût d'un aller simple par avion en classe économique, jusqu'à votre point de départ au Canada ou b) les frais supplémentaires exigés pour occuper des places additionnelles en raison de l'utilisation d'une civière (à la recommandation du médecin traitant). Toute forme de transport aérien doit avoir été préalablement organisée et approuvée par Medipac Assist.

**11. Les services d'un aide médical qualifié** comprennent les frais raisonnables et habituels des services d'un aide médical. Ces services doivent avoir été recommandés par un médecin et approuvés au préalable par Medipac Assist. Les services d'un aide médical ne sont pas couverts si celui-ci est votre conjoint ou s'il a un lien de parenté avec vous.

**12. Le transport par ambulance aérienne** comprend les frais de transport entre hôpitaux par ambulance aérienne, si nécessaire du point de vue médical. Cette prestation doit être préalablement organisée et approuvée par Medipac Assist.

**13. Le rapatriement de la dépouille mortelle** comprend la préparation et le transport au point de départ initial au Canada de la dépouille de l'assuré. Cette garantie couvre, jusqu'à concurrence d'un maximum de 5 000 \$, le coût d'un conteneur de transport ordinaire (mais exclut le prix du cercueil). Pour l'incinération ou l'inhumation de l'assuré là où il est décédé, la prestation maximale est de 2 500 \$. S'il est nécessaire d'identifier l'assuré avant de remettre la dépouille mortelle, la prestation couvre aussi le prix d'un voyage par avion aller-retour en classe économique pour un membre de la famille ou un ami proche, ainsi que ses frais personnels jusqu'à concurrence de 200 \$ par jour, et d'un montant global maximal de 800 \$. La Compagnie exige les reçus originaux des frais engagés. Cette prestation doit être préalablement approuvée par Medipac Assist.

**14. Le retour à la destination** comprend les frais d'un billet d'avion en classe économique afin que vous et/ou votre conjoint assuré puissiez retourner à votre destination d'origine et ainsi continuer votre voyage après votre évacuation d'urgence au Canada approuvée par un médecin. Cette garantie est offerte seulement si aucun autre traitement n'est nécessaire et que Medipac Assist a approuvé votre retour en vertu de votre police actuelle. Pour que cette garantie soit valide, il faut un avenant.

**NOTA : NONOBTANT LES AUTRES DISPOSITIONS DE CETTE POLICE, TOUT SOIN, SERVICE OU FOURNITURE D'ORDRE MÉDICAL NE FIGURANT PAS SPÉCIFIQUEMENT À LA RUBRIQUE « GARANTIES » N'EST PAS COUVERT PAR CETTE POLICE.**

## RISQUES EXCLUS

### ÉTAT PRÉEXISTANT

La présente assurance ne couvre aucune urgence médicale relative, connexe ou attribuable à ce qui suit :

1. Tout état préexistant qui n'a PAS été stabilisé et contrôlé dans les 90 jours précédant la date d'entrée en vigueur de l'assurance ou la date du début de votre voyage. Cela comprend toute réaction à un changement de médicaments prescrits pour l'état en question.

Un « **état préexistant** » signifie un problème physique ou pathologique, un symptôme ou une maladie quelconque ayant fait l'objet de *soins médicaux*, ou pour lequel une personne ordinairement prudente aurait demandé des *soins médicaux* avant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance* ou la *date du début de votre voyage*.

« **Stabilisé et contrôlé** » signifie que dans les 90 jours précédant immédiatement la *date d'entrée en vigueur de l'assurance* ou la *date du début de votre voyage* :

- (a) le problème physique ou pathologique, le symptôme ou la maladie ne s'est pas manifesté pour la première fois; et/ou
- (b) le problème physique ou pathologique, le symptôme ou la maladie n'a pas fait l'objet d'examen pour la première fois; et/ou
- (c) le problème physique ou pathologique, le symptôme ou la maladie n'a pas empiré; et/ou
- (d) aucun changement de médicaments, de leur usage ou de leurs posologies n'est survenu, n'a été prescrit et/ou n'a été recommandé par un médecin; et/ou
- (e) aucun *soin médical* n'a été reçu ni prescrit ni recommandé par un médecin.

« **Soin médical** » signifie une fourniture ou une intervention ou un service médical, thérapeutique ou diagnostique quelconque prescrit, effectué ou recommandé par un *médecin*, y compris entre autres la prescription de médicaments, un test exploratoire ou une opération chirurgicale. Ni l'utilisation inchangée d'un médicament prescrit pour un problème de santé ou un symptôme qui est *stabilisé et contrôlé* ni un *bilan de santé périodique* ne constitue un *soin médical*.

Un changement de médicaments ne concerne ni les médicaments hypocholestérolémiants, ni le changement d'un médicament d'origine pour un médicament générique (dans la mesure où la posologie n'est pas modifiée). Si *vous* prenez du Coumadin (warfarine) ou de l'insuline et devez faire analyser régulièrement *votre* concentration sanguine et que *vous* devez ajuster la posologie de *vos* médicaments uniquement pour stabiliser *votre* concentration sanguine, nous ne considérerions pas qu'il s'agit d'un changement de médicament, pourvu que *votre* état pathologique demeure stable.

2. Tout problème physique ou pathologique, symptôme ou maladie ayant nécessité une seule *hospitalisation*

pendant plus de 48 heures consécutives ou trois (3) visites ou plus en salle d'urgence dans les 12 mois précédant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance* ou la *date du début de votre voyage*.

3. Tout problème physique ou pathologique, symptôme ou maladie pour lequel on *vous* a recommandé un traitement ou un examen que *vous* n'avez pas encore subi avant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance* ou la *date du début de votre voyage*.

## EXCLUSIONS GÉNÉRALES

La présente assurance ne couvre aucuns frais ou services liés directement ou indirectement à ce qui suit :

4. Guerre, déclarée ou non, tout acte de guerre civile, rébellion, insurrection ou terrorisme ou participation à une émeute ou un trouble de l'ordre public ou manifestation ou le service dans les forces armées de n'importe quel pays.
5. Suicide, tentative de suicide ou *blessure* que *l'assuré* s'inflige (qu'il soit sain d'esprit ou non).
6. a) Grossesse normale; b) accouchement normal; ou c) toute complication, toute affection ou tout symptôme relié à une grossesse, survenant dans les 18 dernières semaines qui précèdent la date prévue de l'accouchement.
7. Tout enfant né pendant un *voyage*.
8. Toute demande de règlement relative à un *voyage* visant une opération chirurgicale ou un *traitement médical*.
9. Trouble, *maladie*, état ou symptôme d'ordre affectif, psychologique ou mental.
10. *Soins médicaux* ou chirurgicaux qui sont principalement de nature esthétique ou tout traitement de nature expérimentale.
11. Tous frais engagés en raison de tout symptôme d'ordre médical ou physique ou d'une maladie et pour lequel, avant la *date du début de votre voyage*, on *vous* a recommandé ou programmé des *soins médicaux* ou un changement de médicaments pour une date suivant la *date du début de votre voyage*.
12. Tout acte pour lequel aucuns frais n'auraient été facturés en l'absence d'assurance.
13. Après que *l'urgence médicale* a pris fin selon la *Compagnie* et le *médecin* traitant, la réadaptation liée à l'affection, la continuation du traitement de l'affection ou le traitement d'une complication de l'affection qui a causé *l'urgence médicale*.

14. Tous frais engagés après la date à laquelle l'assuré a refusé une offre de rapatriement ou une évacuation d'urgence approuvée par un *médecin*.
15. La perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel, répréhensible ou illicite par vous-même.
16. Les soins, services ou fournitures qui ne sont pas *nécessaires du point de vue médical* (selon la définition donnée) ou tout acte ou examen médical (y compris TDM, angiogramme ou cathétérisme cardiaque, IRM ou **TOUTE** chirurgie) non autorisé à l'avance par Medipac Assist. Toute opération chirurgicale doit être préalablement autorisée par Medipac Assist, sauf dans les cas extrêmes où l'opération chirurgicale est faite d'urgence immédiatement après admission dans un *hôpital*.
17. Le transfert médical d'urgence, à moins qu'il n'ait été préalablement organisé et approuvé par Medipac Assist.
18. Tout soin, service ou fourniture dispensé par un centre d'accueil pour les personnes âgées, une maison de repos, un établissement thermal, une maison de soins infirmiers, un *hôpital* pour convalescents, un hospice, un centre de soins palliatifs, un établissement spécialisé dans la prise en charge et le traitement des toxicomanes et des alcooliques, un établissement de garde ou d'éducation, ou tout établissement de réadaptation.
19. Tout service médical ou hospitalier si aucune protection en vertu du régime d'assurance *maladie* de votre province ou territoire canadien de résidence principale n'est en vigueur.
20. Toute perte ou tout dommage à des prothèses auditives, lunettes, lunettes de soleil, lentilles cornéennes, prothèses dentaires ou membres artificiels et toute ordonnance s'y rapportant.
21. Tous frais découlant d'un usage abusif de médicaments, y compris le refus de prendre des médicaments prescrits, l'abus de drogues ou d'alcool, ou le refus d'accepter un *traitement médical* recommandé.
22. Tous frais concernant les examens médicaux généraux, les soins normaux d'une affection existant avant la *date d'entrée en vigueur de votre assurance* ou toute dépense liée aux bilans de santé généraux ou périodiques.
23. Tous frais en rapport direct ou indirect avec un état pathologique lié au VIH ou au SIDA ou para-SIDA.
24. Une greffe du cœur, d'un poumon, du foie, du rein, du pancréas ou de la moelle osseuse.
25. Tous frais survenus pendant un *voyage* couvert par l'Option annuelle pour lequel *vous* n'avez pas donné de preuve de date de départ.
26. Tous frais résultant directement ou indirectement de la participation à des sports professionnels, à des épreuves de vitesse ou d'endurance.
27. Tout problème physique ou pathologique, symptôme ou maladie pour lequel les résultats de test(s) ou d'examen(s) n'ont pas été disponibles avant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance* ou la *date du début de votre voyage*.

### RESTRICTIONS GÉNÉRALES

S'il survient, après la souscription de cette police et avant la *date d'entrée en vigueur de votre assurance*, un changement dans votre état de santé, *vous* devez communiquer sans tarder avec Medipac International Inc. en composant le 1-800-267-6440, à défaut de quoi il sera considéré qu'il y a eu une déclaration inexacte, ce qui pourrait rendre la police nulle et non avenue. Nous devons réévaluer votre admissibilité et le tarif de votre police. Si *vous* ne communiquez pas avec Medipac International, votre réclamation pourrait être refusée ou *vous* pourriez ne recevoir de règlement que pour une partie des *frais couverts*.

#### **Personnes n'ayant pas droit à la garantie**

*Vous* ne pouvez pas être *assuré* en vertu de cette police, cette assurance est nulle et non avenue, et la responsabilité de la *Compagnie* se limite au remboursement de la prime, si entre la date de votre demande et la *date d'entrée en vigueur de votre assurance* :

1. *Vous* avez reçu un diagnostic de maladie en phase terminale, un *médecin* *vous* a recommandé de ne pas voyager, ou *vous* aviez le VIH, le SIDA ou le para-SIDA.
2. *Vous* avez reçu un diagnostic de fibrose pulmonaire.
3. *Vous* avez reçu une greffe d'organe ou de la moelle osseuse (sauf une greffe de peau ou de la cornée).
4. *Vous* avez subi un *traitement médical*, reçu une ordonnance, pris des médicaments ou reçu un diagnostic relativement à un cancer du poumon ou à un cancer métastatique.
5. *Vous* aviez des problèmes cardiaques et une fraction d'éjection de moins de 40 % ou une fonction ventriculaire de grade 3 ou 4.

6. *Vous souffriez d'un rétrécissement valvulaire modérément grave ou grave.*
7. *Vous souffriez d'un anévrisme d'une taille supérieure à 4,0 cm (diamètre, largeur ou longueur) pour lequel vous n'avez pas subi d'intervention chirurgicale.*
8. *Vous avez subi une chimiothérapie pour un cancer ou une/ des tumeur(s) maligne(s).*
9. *Vous vous êtes fait implanter un stimulateur cardiaque, vous avez reçu un pontage coronarien ou avez subi une chirurgie à toute artère.*
10. *Vous avez subi toute autre chirurgie cardiaque (y compris l'implantation d'un défibrillateur cardiaque et/ou d'une endoprothèse coronaire [stent] ou une angioplastie), ou souffert d'une crise cardiaque ou d'un épisode d'insuffisance cardiaque congestive.*
11. *Vous avez subi un accident vasculaire cérébral, un accident ischémique transitoire (AIT) ou une mini-attaque.*
12. *Vous souffriez de toute affection pulmonaire chronique (y compris l'emphysème, une maladie pulmonaire obstructive chronique [MPOC], une bronchite chronique ou de l'asthme) pour laquelle vous avez été hospitalisé pendant plus de 24 heures consécutives ou pour laquelle vous avez pris de la Prednisone ou du Solu-Medrol ou avez reçu une ordonnance à cet effet.*
13. *Vous avez utilisé un dispensateur d'oxygène à domicile ou reçu une ordonnance à cet effet pour quelque raison que ce soit.*
14. *Vous avez pris deux (2) médicaments oraux ou plus ou de l'insuline pour le diabète et des médicaments pour des problèmes cardiaques ou avez reçu une ordonnance à cet effet. Le terme « médicament » comprend tous les genres de nitroglycérine.*

**Si vous avez moins de 61 ans et que votre voyage doit durer moins de 41 jours, les articles 1 à 14 ci-dessus sont sans effet.**

15. *La garantie n'est pas souscrite pour toute la durée de votre voyage (sauf indication contraire expresse dans la présente police).*
16. *La proposition d'assurance est faite après que vous ayez quitté le Canada (à l'exception des demandes de prolongation de garantie faites après le départ).*
17. *Toute déclaration inexacte d'un fait important est faite dans la proposition ou en rapport avec une demande de règlement liée à cette police.*

## **Déclaration erronée**

Si vous faites une déclaration erronée en réponse à toute question de la partie A de la demande et que vous étiez autrement inadmissible à une couverture en vertu de la présente police si une réponse exacte était donnée à ladite question, la présente police sera alors annulée et votre prime vous sera remboursée.

Si vous faites une déclaration erronée en réponse à toute question de la demande et qu'en conséquence de ladite déclaration vous payez une prime moins élevée que la prime exigée, la présente police ne couvrira les *frais couverts* que dans le même rapport que celui qui existe entre la prime payée et la prime exigée. Vous serez responsable de la portion restante des *frais couverts*.

## **MODIFICATION DE LA DATE DE DÉPART**

Pour le régime *voyage* unique, si vous devez changer la date de votre départ, vous devez aviser Medipac International Inc. avant la date de départ figurant dans votre proposition. L'avis doit être envoyé du Canada. Si vous avez souscrit l'Option annuelle, vous n'êtes pas obligé de donner un préavis de la date de votre départ pour d'autres voyages. **Cependant, vous devrez fournir la preuve de ces dates si vous soumettez une réclamation.**

## **AUTRES RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS**

Les dispositions générales suivantes régissent votre assurance en vertu de la présente police :

- A. *Les frais couverts par la présente police sont remboursés à concurrence d'un montant maximal de 2 000 000 \$ US par assuré.*
- B. *La Compagnie et ses agents ne peuvent pas être tenus responsables de la disponibilité, de la qualité ou des résultats de tout traitement médical ou de tout transport, ni du défaut de l'assuré d'obtenir le traitement médical ou l'hospitalisation appropriés.*
- C. *La Compagnie a le droit de demander votre retour au Canada ou votre transfert à un fournisseur de soins de santé de son choix pour que vous y receviez des soins médicaux. Si vous refusez de vous conformer à la demande de transfert ou de retour au Canada, la police est annulée, et votre couverture en vertu de la présente police prend fin. La Compagnie a le droit de demander que vous soyez examiné par un professionnel de la santé indépendant et vous devez vous conformer à sa demande.*

- D. Aucune garantie n'est consentie si la prime n'est pas effectivement reçue par Medipac International Inc. à cause d'un chèque sans provision ou d'une transaction non valable par carte de crédit.
- E. Tout recours et toute poursuite en justice doivent être intentés dans la province ou dans le territoire du Canada dans lequel *vous* résidez en permanence, et ne pourra être entamé plus d'un an (trois ans au Québec) après la date à laquelle le montant d'assurance est exigible ou le deviendrait si la demande de règlement avait été valide.
- F. En aucun cas une réclamation ne sera acceptée un an ou plus après la date de l'événement.
- G. Toute fraude, tentative de fraude, déclaration inexacte ou non-divulgateur d'un fait important ayant trait à la présente assurance ou à une demande de règlement en vertu de cette police rend cette dernière nulle et non avenue. Si l'âge que *vous* avez déclaré est inexact et qu'une telle déclaration erronée a pour conséquence le paiement d'une prime moins élevée que la prime exigée, la présente police ne couvrira les *frais couverts* que dans le même rapport que celui qui existe entre la prime payée et la prime exigée.
- H. La *Compagnie* est en droit de revendiquer la totalité des prestations qu'elle *vous* verse ou qu'elle verse en *votre* nom et qui représentent les *frais couverts* que *vous* avez engagés par la faute d'une tierce personne. *Vous* devez entreprendre toutes les démarches raisonnables pour protéger la *Compagnie* et faire progresser son cas contre ladite tierce personne. *Vous* devez, entre autres, tenir la *Compagnie* informée de toutes les poursuites judiciaires et négociations d'indemnités avec ladite tierce personne, faire une demande de règlement au nom de la *Compagnie* lors desdites poursuites judiciaires et négociations et n'accepter aucun règlement sans d'abord donner la possibilité à la *Compagnie* de commencer ou de continuer un procès en *votre* nom contre ladite tierce personne, en vue de récupérer les prestations que la *Compagnie* a versées ou versera. Le montant des règlements doit d'abord s'appliquer aux dépenses que la *Compagnie* a payées en *votre* nom.
- I. Lorsque la *Compagnie* a préalablement réglé des frais pour *soins médicaux* ou hospitaliers en *votre* nom, *vous* devez signer le formulaire d'autorisation joint à cette police, permettant à la *Compagnie* de récupérer ces prestations auprès de *votre* régime d'assurance maladie provincial, d'autres régimes d'assurance maladie, ou d'autres assureurs. *Vous* devez aider la *Compagnie* à recouvrer les frais en question en vertu de ces régimes. Si la *Compagnie* a déjà acquitté des frais qui ne sont pas couverts par la présente police, *vous* êtes tenu de rembourser la *Compagnie*.
- Si *vous* avez engagé des *frais couverts* que la *Compagnie* n'a pas payés directement, *vous* devez *vous* procurer un document auprès du *médecin* traitant ou de l'*hôpital* indiquant le diagnostic, les soins dispensés ainsi que toutes sommes payées ou dues.
- J. Toutes les prestations en vertu de la présente assurance sont indiquées en monnaie américaine, sauf indication contraire. Si *vous* avez acquitté des *frais couverts* dans une monnaie autre que le dollar américain ou canadien, tout remboursement s'effectue en dollars canadiens au taux de change en vigueur le jour où le service a été dispensé. Aucune somme payable en vertu de la présente assurance n'est productive d'intérêts.
- K. La présente assurance est une assurance maladie complémentaire : elle couvre les frais dépassant ceux pris en charge par *votre* régime d'assurance maladie d'État ou toute autre assurance, tout régime d'assurance automobile privé, provincial ou territorial. Si *vous* êtes à la retraite et si *vous* avez une assurance frais médicaux engagés à l'étranger semblable assortie d'un maximum viager : a) de 100 000 \$CA ou moins, la *Compagnie* ne coordonne pas le paiement avec cette garantie; ou b) de plus de 100 000 \$CA, la *Compagnie* coordonne le paiement avec cette garantie des frais en excédent de 100 000 \$CA.
- L. Afin de déterminer l'admissibilité conformément à la section « Personnes n'ayant pas droit à la garantie » des restrictions générales de la présente police ou le bien-fondé d'une demande de règlement, les dossiers médicaux de *votre* (*vos*) *médecin*(s) traitant(s) pourront être examinés par la *Compagnie* [y compris *votre* (*vos*) *médecin*(s) régulier(s) canadien(s)].
- La *Compagnie* a le droit d'exiger que *vous* passiez un examen médical et *vous* devez lui en donner l'occasion à un moment et à une fréquence aussi raisonnables que possible dans le cadre de la réclamation ou du paiement des réclamations en vertu de la présente police. Advenant *votre* décès, la *Compagnie* a le droit de demander une autopsie, à moins que cela soit interdit par la loi.

M. Dispositions légales – La présente police est assujettie aux dispositions légales applicables stipulées dans la *Loi sur les assurances de votre province ou territoire canadien de résidence*.

### **QU'ADVIENT-IL DE MON ASSURANCE SI JE SUIS HOSPITALISÉ ET INCAPABLE DE RENTRER À LA DATE DE RETOUR PRÉVUE?**

Cette police prévoit une prolongation automatique de la garantie, sans que *vous* n'assumiez de frais supplémentaires, dans les cas suivants :

1. Si *vous* êtes *hospitalisé*, par suite d'une *blessure* ou d'une *maladie*, à la date prévue de *votre* retour, la garantie reste en vigueur pendant *votre* période d'*hospitalisation* et pendant les 72 heures qui suivent *votre* sortie de l'*hôpital*.
2. Si *votre* retour est retardé après *votre* date de retour prévue, par suite du retard d'un transporteur public à bord duquel *vous* deviez voyager; ou, alors que *vous* voyagez en automobile, par suite d'un accident ou de problèmes mécaniques, la garantie reste en vigueur jusqu'à *votre* retour à *votre* point de départ ou pendant les 72 heures qui suivent la date à laquelle la garantie aurait normalement pris fin, selon la première de ces éventualités.

Toutefois, dans tous les cas, la garantie ne sera pas prolongée au delà de douze mois consécutifs immédiatement après la date de l'*urgence médicale* qui *vous* a forcé à retarder *votre* retour.

### **COMMENT PRÉSENTER MA DEMANDE DE RÈGLEMENT?**

Lorsque *vous* contactez Medipac Assist au moment de *votre urgence médicale*, nous *vous* ferons parvenir une trousse de demande de règlement dans un délai de 10 jours. Celle-ci contient tous les renseignements nécessaires à la soumission de *votre* demande de règlement, y compris les instructions et les formulaires. **Ces formulaires doivent être retournés à nos bureaux dans les 30 jours** suivant la date de *votre* demande de règlement. Autrement, tout montant payable en vertu de la présente police peut être réduit du montant que *votre* régime d'assurance maladie d'État aurait payé si la demande avait été soumise en temps voulu.

La *Compagnie* exige un formulaire de réclamation, d'autorisation et de quittance, les factures originales et/ou les reçus originaux ainsi que le paiement de *votre franchise*, le cas échéant, et dans le cas d'une réclamation au titre de l'Option annuelle, la preuve de la date de *votre* départ.

Pour obtenir un règlement rapide, veuillez soumettre **UNIQUEMENT** les originaux des factures, le formulaire HCFA-1500, le formulaire UB-04 (avec déclaration détaillée) OU l'original de la facture détaillée du *médecin* avec :

- Papier à en-tête officiel avec nom et adresse complets
- Identification aux fins de l'impôt
- Codes de procédures et de diagnostic avec les montants en dollars
- Signature originale du *médecin* (les signatures photocopées et estampillées ne sont pas acceptées).

*Vous* devez envoyer les originaux des reçus relatifs à toutes les dépenses remboursables.

Pour *vous* procurer une trousse de demande de règlement, veuillez appeler Medipac Assist : sans frais des É.-U. et du Canada au

**1-888-311-4761**

ou de partout ailleurs à frais virés au (416) 441-7073

### **PROLONGATIONS DE GARANTIE**

La prolongation de garantie doit être demandée à Medipac International Inc. et approuvée par elle avant la date prévue de *votre* retour. Afin de demander la prolongation de la couverture, *vous* devez être en bonne santé et *vous* ne devez avoir aucun trouble pour lequel on prévoit une opération ou une *hospitalisation*. Aucune prolongation ne pourra être accordée si un règlement a été consenti. Pour demander une prolongation de la garantie, veuillez téléphoner à Medipac International Inc. au 1-800-267-6440. Une déclaration de bonne santé doit être faite avant qu'une prolongation puisse être accordée. Des frais d'administration s'appliquent pour chaque personne et chaque prolongation.

### **Exclusion :**

La présente assurance ne fournit aucun service, ne prévoit aucune indemnité et n'offre aucune couverture pour toute dépense découlant de façon directe ou indirecte de toute *maladie* ou *blessure* qui s'est d'abord manifestée, a d'abord été diagnostiquée ou a d'abord été traitée après la *date d'entrée en vigueur de votre assurance* ou la *date du début de votre voyage* et avant la date à laquelle *votre* demande de prolongation de *votre* période de couverture en vertu de la présente assurance a été approuvée.

## POLITIQUE DE REMBOURSEMENT

Aucun remboursement ne sera accordé si un règlement a été consenti.

La prime de l'Option annuelle ne peut être remboursée après l'entrée en vigueur de la garantie.

Toutes les demandes de remboursement doivent être faites par écrit à partir du Canada.

L'assuré a droit à un remboursement dans les cas suivants :

**Un REMBOURSEMENT INTÉGRAL** si, avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance :

- l'assuré ou son conjoint se trouve dans l'incapacité de voyager à cause d'une maladie ou d'une blessure (la déclaration d'un médecin est demandée);
- l'assuré se trouve dans l'incapacité de voyager à cause d'un décès dans sa famille proche.

**Un REMBOURSEMENT INTÉGRAL** moins frais d'administration de 50 \$ par personne si la police est annulée pour une autre raison avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance.

La résiliation du régime voyage unique entraînera la résiliation de l'Option annuelle.

**REMBOURSEMENT PARTIEL** moins frais d'administration de 20 \$ par personne si l'assuré retourne au Canada au moins 10 jours avant la date de retour prévue. Un remboursement au prorata sera calculé selon la date du cachet postal de la demande écrite ou la date d'annulation demandée, selon la dernière de ces dates. Toutefois, si vous avez acheté l'Option annuelle, seule la prime qui dépasse une police de voyage unique d'au moins 23 jours sera admissible à un remboursement.

**Votre demande doit comporter une déclaration attestant qu'aucun règlement n'a été consenti.**

**Toute demande de remboursement peut être postée à :**

**Medipac International Inc.**

**180 Lesmill Road, Toronto (ON) M3B 2T5**

Le président et chef de la direction,  
La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers



Établi par

 **Financière Manuvie**

Pour votre avenir<sup>SM</sup>

La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers  
C.P. 4262, succursale A, Toronto (Ontario) M2W 5T4

Les noms Manuvie et Financière Manuvie, le logo qui les accompagne et le titre d'appel « Pour votre avenir » sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers qu'elle et ses sociétés affiliées utilisent sous licence.

## AVIS IMPORTANT – VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT

- L'assurance voyage est conçue pour couvrir les pertes découlant de 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 être assujettie à certaines restrictions ou exclusions.
- Une exclusion pour état préexistant peut s'appliquer à une affection et/ou à des symptômes d'ordre médical qui se sont manifestés avant votre départ. Vérifiez la façon dont ce type d'exclusion peut s'appliquer à votre police et influencer la date de votre départ, la date de souscription ou la date d'entrée en vigueur.
- En cas d'accident, de maladie ou de blessure, il est possible que vos antécédents médicaux soient examinés si une demande de règlement est soumise.
- Si votre police offre une aide de voyage, il est possible que l'on vous demande d'informer le service d'aide désigné avant le traitement. Votre police peut limiter les prestations si vous ne communiquez pas avec le service d'aide dans un délai déterminé.

**Veillez lire votre police avec soin avant de partir en voyage.**