



**Assurance voyage Manuvie**

**Certificat d'assurance Soins médicaux d'urgence  
liés à la COVID-19 – Air Transat et Transat Tours Canada**

Entrée en vigueur : septembre 2020

RÉGIME ÉTABLI PAR  
La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie).

 <b>Manuvie</b> Assurance voyage pour les voyageurs canadiens	 <b>Manuvie</b> Assurance voyage pour les voyageurs canadiens
<b>EN CAS D'URGENCE, VOUS DEVEZ AVISER LE CENTRE D'ASSISTANCE :</b>	<b>EN CAS D'URGENCE, VOUS DEVEZ AVISER LE CENTRE D'ASSISTANCE :</b>
<b>1 844 945-1469</b> sans frais, du Canada et des États-Unis	<b>+1 519 945-6029</b> à frais virés, pour appeler au Canada à partir de tout autre pays
<b>1 844 945-1469</b> sans frais, du Canada et des États-Unis	<b>+1 519 945-6029</b> à frais virés, pour appeler au Canada à partir de tout autre pays
NOM _____	NUMÉRO DE POLICE _____
DATE D'EFFET _____	DATE D'EXPIRATION _____
Veuillez conserver cette carte dans votre portefeuille tout au long de votre voyage.	

# ASSURANCE VOYAGE MANUVIE

## CERTIFICAT D'ASSURANCE SOINS MÉDICAUX D'URGENCE LIÉS À LA COVID-19 – AIR TRANSAT ET TRANSAT TOURS CANADA

Entrée en vigueur : septembre 2020

Des formats accessibles et des aides à la communication sont offerts sur demande. Rendez-vous à l'adresse **Manuvie.ca/accessibilite** pour obtenir de plus amples renseignements.

### Table des matières

AVIS IMPORTANT .....	3
EN CAS D'URGENCE.....	3
DÉFINITIONS.....	3
ADMISSIBILITÉ.....	4
SOINS MÉDICAUX D'URGENCE .....	4
Ce qui est couvert par la garantie Soins médicaux d'urgence.....	5
EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS SOINS MÉDICAUX D'URGENCE	
Ce qui n'est pas couvert par la garantie Soins médicaux d'urgence..	6
GARANTIE INTERRUPTION DE VOYAGE.....	6
Ce qui est couvert par la garantie Interruption de voyage .....	6
Ce qui n'est pas couvert par la garantie Interruption de voyage ....	6
QUE FAIRE SI VOUS AVEZ UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT? .....	7
CE QUE VOUS DEVEZ ÉGALEMENT SAVOIR.....	8
AVIS SUR LA VIE PRIVÉE .....	8



Chacun veut voyager sans tracas et devrait pouvoir le faire en se sachant protégé par son assurance voyage. La plupart des gens voyagent sans embûches, mais si quelque chose devait survenir, les sociétés membres de l'Association canadienne de l'assurance voyage (THiA) veulent que vous connaissiez vos droits. La Déclaration des droits et responsabilités en matière d'assurance voyage de la THiA repose sur les règles d'or suivantes de l'assurance voyage :

Connaissez votre état de santé • Connaissez votre voyage  
Connaissez votre police • Connaissez vos droits

Pour en savoir plus, visitez le  
[https://www.thiaonline.com/Travel\\_Insurance\\_Bill\\_of\\_Rights\\_of\\_Responsibilities\\_Fr.html](https://www.thiaonline.com/Travel_Insurance_Bill_of_Rights_of_Responsibilities_Fr.html)

### EN CAS D'URGENCE

Vous devez communiquer immédiatement avec le Centre d'assistance. *Notre* Centre d'assistance vous est accessible tous les jours de l'année, 24 heures sur 24.

**1 844-945-1469** sans frais à partir des États-Unis et du Canada

**+1 519 945-6029** à frais virés, lorsque ce service est offert.

Vous devez appeler le Centre d'assistance avant d'obtenir un *traitement d'urgence* afin que nous puissions fournir une approbation préalable du *traitement*.

S'il vous est impossible d'un point de vue médical d'appeler le Centre d'assistance, veuillez demander à quelqu'un de le faire à *votre* place dès que possible.

Si vous n'appellez pas le Centre d'assistance avant de recevoir un *traitement d'urgence*, vous serez responsable de 20 % des frais médicaux couverts par cette assurance.

### RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE ASSURANCE

Le présent Certificat d'assurance est établi par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie). Manuvie a désigné Active Claims Management Inc. (exerçant ses activités sous le nom d'Active Care Management [Administration des Soins Actifs]) comme prestataire de services d'assistance et de règlement aux termes du présent Certificat d'assurance.

Manuvie a établi le **contrat d'assurance collective numéro 728** à Air Transat et Transat Tours Canada pour couvrir les frais médicaux d'urgence que vous engagez durant *votre* voyage. Ce certificat couvre uniquement les pertes découlant d'une *urgence* liée au coronavirus (COVID-19). **Ce certificat ne couvre pas l'annulation de voyage. De plus, ce certificat ne procure aucune assurance liée directement ou indirectement aux croisières.**

Le présent Certificat d'assurance résume les dispositions de cette assurance collective et contient des renseignements importants.

**Le présent Certificat d'assurance comporte une disposition qui supprime ou limite le droit de l'assuré de désigner des personnes à qui ou pour qui des sommes assurées peuvent être versées.**

Le Centre d'assistance est ouvert tous les jours, 24 heures sur 24.

De plus, vous avez accès instantanément au Centre d'assistance au moyen de l'application mobile TravelAid. Rendez-vous à l'adresse <http://www.active-care.ca/fr/travelaid/> pour télécharger l'application.

Veuillez noter que, vous devez appeler le Centre d'assistance lorsque survient une urgence et avant de recevoir des soins médicaux. Vous devrez autrement payer 20 % des frais médicaux admissibles que nous paierions normalement au titre de la présente police. S'il vous est impossible d'un point de vue médical d'appeler le Centre d'assistance, veuillez demander à quelqu'un de le faire à votre place dès que possible.

La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers



Le Centre d'assistance est ouvert tous les jours, 24 heures sur 24.

De plus, vous avez accès instantanément au Centre d'assistance au moyen de l'application mobile TravelAid. Rendez-vous à l'adresse <http://www.active-care.ca/fr/travelaid/> pour télécharger l'application.

Veuillez noter que, vous devez appeler le Centre d'assistance lorsque survient une urgence et avant de recevoir des soins médicaux. Vous devrez autrement payer 20 % des frais médicaux admissibles que nous paierions normalement au titre de la présente police. S'il vous est impossible d'un point de vue médical d'appeler le Centre d'assistance, veuillez demander à quelqu'un de le faire à votre place dès que possible.

La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers



## Avis important

### LISEZ ATTENTIVEMENT CE QUI SUIT AVANT DE VOYAGER

Nous tenons à ce que *vous* compreniez (dans *votre* intérêt supérieur) ce que *votre* certificat couvre, ce qui est exclu et ce qui est limité (c.-à-d. qu'un montant maximum payable s'applique). Veuillez prendre le temps de lire intégralement *votre* certificat avant de partir.

- L'assurance voyage couvre les réclamations liées à des événements soudains et imprévus (c.-à-d. des accidents ou des situations d'urgence); elle ne couvre généralement pas les suivis ni les soins récurrents.
- Pour *vous* prévaloir de cette assurance, *vous* devez remplir toutes les conditions d'admissibilité.
- Cette assurance comporte des restrictions et des exclusions (p. ex., des problèmes de santé qui ne sont pas stables, une grossesse, un enfant né en cours de *voyage*, l'abus d'alcool et les activités à haut risque).
- Cette assurance pourrait ne pas couvrir les réclamations liées à des *problèmes de santé* préexistants, que le problème ait été déclaré ou non au moment de la souscription.
- *Vous* devez communiquer avec le Centre d'assistance avant d'obtenir un *traitement*, sans quoi vos prestations pourraient être réduites.
- Lors d'une réclamation, vos antécédents médicaux pourraient être vérifiés.

**IL EST DE VOTRE RESPONSABILITÉ DE COMPRENDRE VOTRE COUVERTURE. SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS, VEUILLEZ APPELER 1-866-521-8506.**

## DÉFINITIONS

Les mots en italiques ont un sens spécifique comme il est expliqué ci-dessous.

**Acte terroriste** – Toute activité donnant lieu à l'utilisation ou à la menace d'utilisation de la violence, à la perpétration ou à la menace de perpétration d'un acte dangereux ou menaçant, ou à l'utilisation de la force et qui vise le grand public, les gouvernements, les organisations, les propriétés, les infrastructures ou les systèmes électroniques.

L'activité en question a pour but :

- d'effrayer le grand public;
- de perturber l'économie;
- d'intimider, de contraindre ou de renverser le gouvernement au pouvoir ou les autorités en place; et/ou
- de servir des objectifs politiques, sociaux, religieux ou économiques.

**Blessure** – Lésion corporelle soudaine qui résulte directement d'une cause d'origine externe et purement accidentelle.

**Compagnon de voyage** – Personne visée par vos réservations de *voyage* pour le même *voyage*; au plus trois (3) personnes peuvent être considérées comme des *compagnons de voyage*.

**Date de départ** - Date à laquelle *vous* quittez le Canada pour *votre voyage*.

**Date de retour** - La *date de retour* indiquée sur *votre* itinéraire de *voyage* fourni par Air Transat ou Transat Tours Canada.

**Enfant** – *Votre* fils ou *votre* fille, célibataire et à *votre* charge, ou *votre* petitenfant qui *voyage* avec *vous* ou qui *vous* rejoint durant *votre voyage*, et qui i) a moins de vingt et un (21) ans; ou ii) a moins de vingt-six (26) ans et est un étudiant à temps plein; ou iii) a une déficience physique ou mentale, peu importe son âge. De plus, l'*enfant* doit être âgé de 30 jours ou plus.

**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.

**Famille immédiate** – Conjoint, père, mère, tuteur légal, beau-père et belle-mère (conjoint du père ou de la mère), grands-parents, petits-*enfants*, belle-famille (famille du conjoint), *enfants*, y compris les *enfants* adoptifs et les *enfants* du conjoint, frères, soeurs, demi-frères, demi-soeurs, tantes, oncles, nièces, neveux ou cousins.

**Hôpital** – Établissement agréé doté de personnel dispensant des soins et des *traitements* aux patients internes et externes. Les *traitements* doivent être supervisés par des *médecins*, et du personnel infirmier autorisé doit être présent 24 heures sur 24. Des services chirurgicaux et de diagnostic doivent pouvoir être effectués sur place ou dans des installations contrôlées par l'établissement.

Un *hôpital* n'est pas un établissement utilisé principalement en tant que clinique, centre de soins palliatifs ou de longue durée, centre de réadaptation ou de désintoxication, maison de convalescence, de repos ou de soins infirmiers, ou foyer pour personnes âgées ou station thermale.

**Lieu de résidence** – La province ou le territoire où *vous* résidez au Canada.

**Maladie** – Affection ou trouble, ou tout symptôme connexe.

**Médecin** – Une personne autre que *vous-même*, un membre de *votre famille immédiate*, ou *votre compagnon de voyage*, diplômée en médecine autorisée à prescrire et à administrer un *traitement* médical dans le territoire de compétence où les services sont fournis. Nous, notre, nos – Ces termes renvoient à Manuvie.

**Problème de santé** – Trouble de santé ou *maladie* (y compris les symptômes de problèmes non diagnostiqués).

**Raisonnables et habituels** – Frais qui n'excèdent pas les frais normalement exigés par d'autres fournisseurs de services de catégorie similaire dans la même région pour offrir le même *traitement* pour une *maladie* ou une *blessure* semblable, ou des services ou fournitures semblables dans des circonstances similaires.

**Régime public d'assurance maladie** – Couverture d'assurance *maladie* offerte par le gouvernement d'une province ou d'un territoire du Canada à ses résidents.

**Traitement** – Hospitalisation, acte médical prescrit, posé ou recommandé par un *médecin* en lien avec un *problème de santé*. Sans se limiter à ce qui suit, voici quelques exemples : prescription de médicaments, tests médicaux à des fins d'investigation, intervention chirurgicale. **REMARQUE IMPORTANTE** : Toute référence aux mises à l'essai, tests, résultats de test ou examens exclut les tests génétiques. Par test génétique, on entend un test qui analyse l'ADN, l'ARN ou les chromosomes à des fins telles que la prédiction d'une *maladie* ou des risques de transmission verticale, la surveillance, le diagnostic et le pronostic.

**Transporteur public** – Un autocar, 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.

**Troubles mentaux ou émotifs mineurs** désignent :

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

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

**Urgence** – *Problème de santé* soudain et imprévu nécessitant un *traitement* immédiat. Une *urgence* cesse lorsqu'il est établi par le Centre d'assistance qu'aucun *traitement* n'est requis à destination ou que *vous* êtes en mesure de retourner dans *votre* province ou territoire de résidence pour recevoir ces *traitements*.

**Vous, votre, vos** - La personne admissible à la couverture de ce certificat tel qu'indiqué sur *votre* itinéraire de *voyage* fourni par Air Transat ou Transat Tours Canada.

**Voyage** – Période comprise entre la *date de départ* et la *date de retour*.

## ADMISSIBILITÉ

Pour être admissible à cette assurance :

- *Vous* devez être un résident du Canada;
- *Vous* devez être couvert par *votre régime public d'assurance maladie* pendant toute la durée de *votre voyage*. Il *vous* incombe de vérifier que *vous* bénéficiez de cette couverture;
- *Vous* devez avoir réservé *votre voyage* avec Air Transat ou Transat Tours Canada, qui comprend la présente assurance;
- La durée de *votre voyage* hors du Canada ne peut dépasser 21 jours;
- *Vous* doit être âgé d'au moins 31 jours;
- *Vous* ne pas avoir été déconseillé par un *médecin* de voyager actuellement.

## DÉBUT DE VOTRE COUVERTURE

La couverture débute à *votre date de départ*.

## FIN DE VOTRE COUVERTURE

La couverture prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes:

- La date de *votre retour* à *votre lieu de résidence* indiquée sur *votre itinéraire de voyage* fourni par Air Transat ou Transat Tours Canada; ou
- *Vous* retournez à *votre lieu de résidence* plus tôt que *votre date de retour* prévue; ou
- Lorsque le contrat d'assurance collective est annulé par *nous* ou par Air Transat ou par Transat Tours Canada ou qu'il est modifié de façon à ne plus offrir d'assurance Soins médicaux d'urgence; ou
- la date à laquelle *vous* n'êtes plus admissible à la couverture.

## PROLONGATION D'OFFICE

Une prolongation d'office de la couverture soins médicaux d'urgence est fournie si :

- *votre transporteur public* accuse un retard. Dans ce cas, *nous* prolongeons *votre* couverture pour une durée maximale de soixante-douze (72) heures;
- un professionnel de la santé *vous* a recommandé de *vous* mettre en isolement volontaire ou en quarantaine en raison d'un COVID-19, au-delà de la *date de retour*. Dans ce cas, *nous* prolongerons *votre* couverture d'assurance pour la durée de *votre* quarantaine et jusqu'à concurrence de trois (3) jours suivant la date de fin de *votre* période de quarantaine.
- *vous* êtes hospitalisés à la *date de retour*. Dans ce cas, *nous* prolongeons *votre* couverture pour la durée de l'hospitalisation sous réserve d'un maximum de 365 jours ou jusqu'à ce que, à *notre avis*, *votre* état soit stable et *vous* permette d'obtenir *votre* congé de l'hôpital ou d'être évacué vers *votre lieu de résidence*, selon la première éventualité, et pour une période maximale de cinq (5) jours après le congé de l'hôpital.

# SOINS MÉDICAUX D'URGENCE

## CE QUI EST COUVERT PAR LA GARANTIE SOINS MÉDICAUX D'URGENCE?

L'assurance Soins médicaux d'urgence *vous* couvre jusqu'à concurrence de 200 000 \$ CA pour les frais *raisonnables et habituels* que *vous* engagez en raison d'un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19 pendant *votre voyage*.

Une fois que *votre traitement* médical d'urgence a commencé, le Centre d'assistance doit évaluer et approuver au préalable tout autre *traitement* médical. Si *vous* passez des tests dans le cadre d'un examen médical, d'un *traitement* ou d'une intervention chirurgicale, ou si *vous* recevez un *traitement* ou subissez une intervention chirurgicale qui n'a pas été préautorisé, *votre* demande de règlement ne sera pas remboursée. Cela comprend notamment ce qui suit : imagerie par résonance magnétique (IRM), cholangiopancréatographie par résonance magnétique (CPRM), tomographie par ordinateur, angiographie par tomographie par ordinateur, échographies, épreuve d'effort nucléaire, biopsies, angiographie, angioplastie, chirurgie cardiovasculaire incluant tout examen diagnostique associé, cathétérisme cardiaque et toute intervention chirurgicale. Les remboursements sont sujets aux termes et conditions de ce certificat.

Les frais couverts et les prestations sont soumis aux plafonds, exclusions et restrictions.

Les frais couverts admissibles sont les suivants:

### 1. Frais engagés pour recevoir un traitement d'urgence –

Frais engagés pour des soins médicaux liés à la COVID-19 reçus d'un *médecin* à l'intérieur ou à l'extérieur d'un *hôpital*; coût d'une chambre à deux lits dans un *hôpital* (ou une unité de soins intensifs ou coronariens, si cela s'avère nécessaire du point de vue médical), services d'un infirmier personnel autorisé pendant *votre séjour* à l'*hôpital*, location ou achat (s'il est moins coûteux) d'un lit d'*hôpital*, d'un fauteuil roulant, de béquilles, d'appareils orthopédiques et d'autres appareils médicaux, tests effectués afin de diagnostiquer ou de préciser *votre* problème, et médicaments qui *vous* sont prescrits et qui sont délivrés uniquement sur ordonnance d'un *médecin*.

### 2. Frais de transport en ambulance –

Frais pour le service de transport local par ambulance autorisée à destination du fournisseur de soins médicaux approprié le plus près en cas d'urgence liés à la COVID-19.

### 3. Frais consécutifs à votre décès –

Si *vous* décédez durant *votre voyage* en raison de la COVID-19, *nous* remboursons à vos ayants droit les frais suivants:

- jusqu'à 5 000 \$ pour la préparation de *votre* dépouille sur place et le coût du conteneur de transport ordinaire normalement utilisé par la compagnie aérienne, ainsi que le coût du rapatriement de *votre* dépouille à *votre lieu de résidence*;
- jusqu'à 5 000 \$ pour la préparation de *votre* dépouille et le coût d'un cercueil ordinaire, et jusqu'à 5 000 \$ pour l'inhumation de *votre* dépouille sur place; ou
- jusqu'à 5 000 \$ pour l'incinération de *votre* dépouille sur place et le coût du transport de vos cendres à *votre lieu de résidence*.

De plus, si quelqu'un est légalement tenu d'identifier *votre* dépouille et doit se rendre sur place, la garantie couvre le coût d'un billet d'avion aller-retour en classe économique, par l'itinéraire le plus économique et, jusqu'à concurrence de 300 \$, les frais d'hôtel et de repas engagés par cette personne.

### 4. Frais de retour à votre lieu de résidence/Transport aérien d'urgence –

Si *votre médecin* traitant ou *nos* conseillers médicaux *vous* recommandent de retourner à *votre lieu de résidence* en raison de

la COVID-19 ou de complications connexes, nous paierons les frais suivants :

- le coût supplémentaire d'un billet d'avion en classe économique, par l'itinéraire le plus économique; et/ou
- le coût d'un billet d'avion avec civière à bord d'un vol commercial, par l'itinéraire le plus économique, lorsque la civière est nécessaire du point de vue médical; et/ou
- le coût d'un billet d'avion aller-retour en classe économique, par l'itinéraire le plus économique, d'un accompagnateur médical qualifié, ainsi que les honoraires et frais raisonnables que celui-ci exige, lorsque sa présence est nécessaire du point de vue médical ou exigée par la compagnie aérienne; et/ou
- le coût d'un billet d'avion aller-retour en classe économique, par l'itinéraire le plus économique, d'un accompagnateur médical qualifié, ainsi que les honoraires et frais raisonnables que celui-ci exige, lorsque sa présence est nécessaire du point de vue médical ou exigée par la compagnie aérienne; et/ou
- le coût du transport par ambulance aérienne s'il est nécessaire du point de vue médical..

#### 5. Hébergement et repas -

Si votre *urgence* médicale liée à la COVID-19 vous empêche de retourner à votre lieu de résidence ou vous oblige à vous rendre à un endroit différent de votre destination initiale, nous vous rembourserons jusqu'à 150 \$ par jour, sous réserve d'un maximum de 2 100 \$, pour vos frais de repas, d'hôtel et de taxi.

#### 6. Frais de garde d'enfants -

Nous remboursons les frais de garde jusqu'à concurrence de 75 \$ par jour et sous réserve d'un maximum de 500 \$ si vous devez engager ces frais pendant votre voyage pour vos enfants qui voyagent avec vous et demeurent à votre destination pendant votre hospitalisation au cours de votre voyage. L'original des reçus du fournisseur des services de garde professionnels doit être fourni et ce fournisseur ne doit pas être un membre de votre famille immédiate ou votre compagnon de voyage.

#### 7. Frais de rapatriement d'enfants dont vous avez la garde -

Si vous êtes admis à l'hôpital pendant plus de vingt-quatre (24) heures ou si vous devez retourner à votre lieu de résidence en raison d'une *urgence*, nous payons le coût supplémentaire des billets d'avion aller simple en classe économique, par l'itinéraire le plus économique, pour le retour des enfants au lieu de résidence et le coût du billet d'avion aller-retour en classe économique, par l'itinéraire le plus économique, d'un accompagnateur qualifié si la compagnie aérienne exige que les enfants soient accompagnés. Vous devez avoir eu la garde de ces enfants durant votre voyage et ceux-ci doivent être couverts au titre d'une Certificat d'assurance Soins médicaux d'urgence liés à la COVID-19 que nous avons établie.

#### 8. Frais de rapatriement de votre compagnon de voyage -

Nous couvrirons le coût supplémentaire d'un billet d'avion aller simple en classe économique, selon l'itinéraire le plus économique, pour rapatrier votre compagnon de voyage (qui voyage avec vous au moment de votre *urgence*) à son lieu de résidence, si vous êtes rapatrié à votre lieu de résidence ou mis en quarantaine par un professionnel de la santé en raison de la COVID-19. Le compagnon de voyage doit être couvert au titre du Certificat d'assurance Soins médicaux d'urgence liés à la COVID-19 que nous avons établi.

#### 9. Frais accessoires d'hospitalisation -

En cas d'hospitalisation d'une durée de 48 heures ou plus en raison de COVID-19 survenue au cours de votre voyage, nous vous rembourserons 50 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 300 \$ par certificat, pour vos frais accessoires (téléphone, stationnement et téléviseur), pourvu que les reçus originaux soient présentés.

#### 10. Frais d'appels téléphoniques -

Nous remboursons les frais d'appels vers et à partir du Centre d'assistance concernant votre *urgence* médicale. Vous devez fournir les reçus ou d'autres pièces justificatives raisonnables faisant état du coût des appels et du nombre d'appels effectués ou reçus pendant votre voyage.

#### 11. Couverture en cas de terrorisme -

Lorsqu'un acte terroriste cause directement ou indirectement un sinistre admissible aux termes des dispositions contractuelles décrites dans le présent certificat, le régime couvre un maximum de deux (2) actes terroristes au cours d'une année civile, et le maximum global est de 35 millions de dollars pour tous les contrats admissibles en vigueur, prévoyant une couverture des soins médicaux en cas d'urgence, que nous avons établis et que nous administrons. La prestation pouvant être versée pour chaque demande de règlement admissible est en excédent de toutes les autres sources de recouvrement, y compris les options de rechange ou de remplacement de voyage et toute autre assurance. La somme versée pour toutes ces demandes de règlement sera réduite au prorata de façon à ne pas dépasser le maximum global, lequel sera versé après la fin de l'année civile et après l'évaluation de toutes les demandes de règlement se rapportant aux actes terroristes.

## EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS SOINS MÉDICAUX D'URGENCE

### CE QUI N'EST PAS COUVERT PAR LA GARANTIE SOINS MÉDICAUX D'URGENCE

Nous ne payons ni les frais ni les prestations découlant directement ou indirectement des situations suivantes:

1. Si dans les trente (30) jours précédant votre date de départ, Tous les frais liés à la COVID-19 ou à toute complication connexe à la COVID-19, si :
  - vous avez subi un test de dépistage de la COVID-19 et vous avez obtenu un résultat positif; ou
  - vous avez reçu un diagnostic de COVID-19 par un professionnel de la santé; ou
  - en raison du repérage des contacts, vous avez été mis en quarantaine ou vous êtes placé en isolement volontaire.
2. Si dans les 15 jours précédant votre date de départ vous rencontrez des symptômes de la COVID-19 et que ces symptômes conduisent à un résultat de test positif à la COVID-19 durant votre voyage. Les symptômes peuvent inclure mais sans se limiter à : toux nouvelle ou aggravée, essoufflement ou difficultés respiratoires, fièvre, frissons, fatigue ou faiblesse, douleurs musculaires ou corporelle, nouvelle perte d'odorat ou de goût, mal de tête, symptômes gastro-intestinaux (douleur abdominale, diarrhée, vomissements) ou se sentir très mal. Cette exclusion ne s'applique pas si dans les 15 jours précédant votre date de départ, vous avez été testé pour les symptômes de la COVID-19 et que vous avez reçu un test négatif à la suite de ces symptômes.
3. Tout traitement médical pour toute affection médicale non liée à la COVID-19 ou aux complications connexes à la COVID-19.
4. Toute blessure.
5. Tout problème de santé dont vous souffrez ou contractez pendant votre croisière ou à une destination incluse dans votre itinéraire de croisière.
6. Toute urgence si vous n'avez pas rempli toutes les conditions d'admissibilité.

7. Imagerie par résonance magnétique (IRM), tomogrammes, sonogrammes, échographies ou biopsies, cathétérisme cardiaque, angioplastie et/ou chirurgie cardiovasculaire incluant tout test diagnostique associé ou frais connexes, à moins que ceux-ci ne soient approuvés au préalable par le Centre d'assistance avant d'être pratiqués. Toutes les interventions chirurgicales requièrent l'autorisation du Centre d'assistance avant d'être pratiquées, sauf dans les cas extrêmes où l'intervention chirurgicale est pratiquée d'*urgence* immédiatement après l'admission à l'*hôpital*.
8. Tout *traitement non urgent*, expérimental ou facultatif comme une chirurgie esthétique, des soins chroniques ou la réadaptation, incluant les frais découlant de complications directes ou indirectes.
9. La poursuite du *traitement* d'un *problème de santé* ou de toute affection connexe lorsque *vous* avez déjà reçu un *traitement d'urgence* pour ce problème durant  *votre voyage*, si nos conseillers médicaux établissent que  *votre urgence* médicale a pris fin.
10. Tout *problème de santé* ou tout symptôme:
  - pour lequel *vous* saviez ou pour lequel il était raisonnable de prévoir, avant que *vous* quittiez  *votre lieu de résidence* ou avant la date d'effet de la couverture, qu'un *traitement* serait requis durant  *votre voyage*; et/ou
  - pour lequel une investigation future ou un *traitement* ultérieur était prévu avant même que *vous* quittiez  *votre lieu de résidence*; et/ou
  - dont les symptômes auraient amené toute personne normalement prudente à se faire soigner dans les trois (3) mois précédant le *depart* du *lieu de résidence*; et/ou
  - qui avait incité  *votre médecin* à *vous* déconseiller de voyager.
11. Un *voyage* entrepris dans le but de recevoir un diagnostic, un *traitement*, une intervention chirurgicale, une évaluation, des soins palliatifs ou toute autre forme de thérapie, ainsi que de toute complication directe ou indirecte qui en résulte.
12. Vos  *blessures* auto-infligées, à moins qu'une attestation médicale établisse qu'elles sont reliées à une condition de santé mentale.
13. Toutes réclamations si les frais résultent de  *votre* participation à un acte criminel ou à un acte illégal ou d'une tentative de commettre de tels actes.
14. Tout *problème de santé* résultant du fait que *vous* n'avez pas respecté le *traitement* prescrit, y compris la prise d'un médicament avec ordonnance.
15. Tout sinistre attribuable à vos *troubles mentaux ou émotifs mineurs*.
16.  *Votre enfant* né en cours de  *votre voyage*.
17. Toute prestation devant être autorisée et coordonnée préalablement par le Centre d'assistance, mais qui ne l'a pas été.
18. Tout *traitement* subséquent si nos conseillers médicaux établissent que *vous* devriez être transféré à un autre établissement ou que *vous* devriez revenir dans  *votre* province ou territoire de résidence pour recevoir un *traitement*, et que *vous* choisissiez de ne pas le faire.
19. Tout *acte de terroriste* ou tout *problème de santé* dont *vous* souffrez ou que *vous* contractez lorsque le gouvernement du Canada a émis un avertissement officiel aux voyageurs faisant mention « d'éviter tout voyage » dans ce pays, cette région ou cette ville, avant  *votre date de départ*.  
Pour consulter les avertissements aux voyageurs, rendez-vous sur le site lié aux voyages du gouvernement du Canada.

20. Tout *acte terroriste* attribuable à l'utilisation d'agents biologiques, chimiques, nucléaires ou radioactifs.

21. Un *fait de guerre*.

## Garantie Interruption de voyage

### CE QUI EST COUVERT PAR LA GARANTIE INTERRUPTION DE VOYAGE

La garantie Interruption de  *voyage* n'est offerte qu'après  *votre* départ à toute destination comprise dans  *votre voyage* et uniquement lorsque *vous* engagez des frais liés au COVID-19. **Cette couverture ne comprend aucune garantie d'annulation de voyage.**

#### Prestations –

Si, après  *votre* départ, un professionnel de la santé exige de façon inattendue que *vous* vous mettiez en isolement volontaire ou en quarantaine,  *nous* paierons:

- Jusqu'à concurrence de 150 \$ par personne assurée par jour pour vos frais additionnels et imprévus de repas et d'hébergement dans un établissement commercial, jusqu'à concurrence de 14 jours. Le montant maximum pour la couverture familiale est de 300 \$ par famille assurée par jour, jusqu'à concurrence de 14 jours.

Cette prestation n'est payable que si *vous* devez payer les frais imprévus liés à vos nouvelles mesures d'aménagement ou à vos repas lorsque *vous* devez *vous* mettre en quarantaine. Il *vous* incombe de trouver des mesures d'aménagement pendant  *votre* quarantaine. Si *vous* devez faire l'objet d'une mise en quarantaine dans un établissement médical et que *vous* n'avez pas besoin de *traitement* médical,  *nous* verserons des prestations jusqu'à concurrence des maximums indiqués ci-dessus uniquement.

Ces prestations sont payables si *vous* faites face à l'un des risques couverts suivants:

1. *Vous* ou  *votre compagnon de voyage*, *vous* êtes vu refuser l'entrée dans l'une des destinations comprises dans  *votre voyage* et *vous* êtes mis en isolement volontaire ou en quarantaine à la demande d'un professionnel de la santé;
2. En raison d'un résultat positif au test de dépistage du COVID-19 ou d'un repérage des contacts à toute destination comprise dans  *votre voyage*, *vous* ou  *votre compagnon de voyage* devez *vous* mettre en isolement volontaire ou en quarantaine à  *votre* destination comme exigé par un professionnel de la santé, après  *votre date de retour* initiale.

### CE QUI N'EST PAS COUVERT PAR LA GARANTIE INTERRUPTION DE VOYAGE

Au titre de la garantie Interruption de  *voyage*,  *nous* ne payons ni les frais ni les prestations découlant des situations suivantes:

1. Tous les frais engagés en raison d'un avis officiel aux voyageurs émis par le gouvernement du Canada avant  *votre date de départ* indiquant d'éviter tout voyage pour  *votre* pays, région ou ville de destination. Pour consulter les avertissements aux voyageurs, rendez-vous sur le site lié aux voyages du gouvernement du Canada.
2. Tous les frais que *vous* engagez lorsque *vous* ou  *votre compagnon de voyage* *vous* voyez refuser l'entrée dans une région ou un pays compris dans  *votre voyage*, et qu'avant  *votre date de départ*, des directives ou des restrictions en matière de voyages étaient mises en place par un gouvernement étranger ou régional interdisant l'entrée des résidents du Canada en raison du COVID-19.
3. Les frais que *vous* engagez à toute destination comprise dans

*vosre voyage* quand avant la date de *vosre* départ, des directives ou de restrictions d'un gouvernement étranger ou régional étaient mises en place et *vous* obligeaient, *vous* ou *vosre compagnon de voyage*, à *vous* mettre en isolement volontaire ou en quarantaine pendant une période déterminée pendant *vosre voyage*.

4. Toute portion prépayée et inutilisée de *vos* réservations de *voyage*.

5. Les frais que *vous* engagez :

- pendant *vosre* croisière; et/ou
- Après *vosre* date initiale de fin de croisière, suite à un résultat positif au test de dépistage du COVID-19 ou par un repérage des contacts pendant *vosre* croisière, ou à toutes destinations incluses dans *vosre* itinéraire de croisière, et que *vous* ou *vosre compagnon de voyage* êtes exigés de *vous* placer en isolement volontaire ou en quarantaine.

## QUE FAIRE SI VOUS AVEZ UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT?

Veillez téléphoner au Centre d'assistance au moment de *vosre* urgence médicale; *vous* y recevrez l'aide nécessaire pour les demandes de règlement. Si *vosre* état de santé ne *vous* permet pas d'appeler lorsque l'urgence se produit, veuillez demander à quelqu'un de le faire en *vosre* nom.

**Pour présenter une demande de règlement au titre de la garantie Soins médicaux d'urgence**, *vous* devez *nous* fournir les documents suivants:

- les reçus originaux détaillés de toutes les notes et factures;
- une preuve de paiement pour les frais que *vous* avez *vous*-même payés ou qui ont été payés par un autre régime d'assurance;
- les dossiers médicaux, y compris le diagnostic complet rendu par le *médecin* traitant ou les documents produits par l'*hôpital*, lesquels doivent confirmer que le *traitement* donné était nécessaire du point de vue médical;
- une preuve du *voyage* (indiquant notamment les *dates de départ* et *de retour*); et
- *vosre* dossier médical indiquant *vos* antécédents (si *nous* jugeons ce document nécessaire).

**Si *vous* présentez une demande de règlement au titre de la garantie Interruption de voyage**, *vous* devez *nous* fournir une preuve du motif de la demande, notamment:

- un certificat médical rempli par le *médecin* traitant et expliquant pourquoi le *voyage* n'a pas pu être effectué conformément aux réservations, si la demande est en lien avec une mise en isolement volontaire ou en quarantaine; ou
- un rapport d'une autorité compétente qui confirme la raison de la mise en isolement volontaire ou en quarantaine; et
- les originaux des reçus pour les frais additionnels que *vous* avez pu engager pour l'hébergement et les repas; et
- toute autre facture ou tout autre reçu étayant *vosre* demande.

Si *vous* présentez une demande de règlement, *vous* devrez fournir une preuve attestant *vosre* date de départ et *vosre* date de retour. Il peut s'agir de *vosre* billet d'*avion*, de *vosre* billet de train ou de *vosre* passeport tamponné.

**À qui versons-nous vos prestations advenant une demande de règlement?**

Sauf dans le cas de *vosre* décès, *nous* versons les frais couverts au titre de la présente assurance à *vous*-même ou au fournisseur de services. Toute somme payable en cas de décès est versée à *vos* ayants droit. *Vous* devez *nous* rembourser toute somme que *nous* avons versée ou autorisée en *vosre* nom si *nous* établissons que cette somme n'a pas à être versée au titre de *vosre* certificat d'assurance.

Tous les montants indiqués dans le présent certificat sont en dollars

canadiens. Si une conversion de devises s'impose, *nous* appliquons *notre* taux de change en vigueur à la date à laquelle le service stipulé dans *vosre* demande de règlement *vous* a été fourni. *Nous* ne payons pas d'intérêts au titre de la présente assurance.

**Y a-t-il autre chose à savoir à propos des demandes de règlement?**

Les actions ou instances intentées contre un assureur pour le recouvrement de sommes assurées aux termes du certificat sont irrecevables si elles ne sont pas introduites dans les délais fixés par une loi sur les assurances, toute autre loi applicable, ou la Loi de 2002 sur la prescription des actions de l'Ontario.

Si *vous* décidez de payer les frais admissibles directement à un prestataire de soins de santé sans avoir obtenu l'autorisation préalable du Centre d'assistance, les frais pour ces services *vous* seront remboursés sur la base des *frais raisonnables et habituels* que *nous* aurions payés directement à ce fournisseur. Il peut arriver que les frais médicaux que *vous* payez soient plus élevés que ce montant. Par conséquent, toute différence entre la somme que *vous* avez déboursée et les *frais usuels et raisonnables* que *nous* *vous* rembourserons sera à *vosre* charge.

Certains frais engagés ne sont pas admissibles s'ils n'ont pas été autorisés et organisés par le Centre d'assistance.

**Avis et preuve de sinistre.** *Nous* devons être informés du sinistre dans les trente (30) jours qui suivent la date à laquelle celui-ci survient. *Vous* devez *nous* envoyer une preuve de sinistre dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date à laquelle survient le sinistre ou la date de prestation du service.

**Défaut de fournir l'avis ou la preuve de sinistre.** Le fait de ne pas fournir l'avis ou la preuve de sinistre dans le délai prescrit n'invalide pas la demande de règlement si l'avis est donné, ou la preuve est fournie, dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, mais en aucun cas plus d'un (1) an après la date à laquelle une demande de règlement prend naissance au titre du contrat, s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner l'avis ou de fournir la preuve dans le délai prescrit.

**Formulaires de Preuve de sinistre.** Dans les quinze (15) jours suivant la réception de l'avis de sinistre, le Centre d'assistance fournira les formulaires nécessaires pour présenter la preuve de sinistre. Si *vous* n'avez pas reçu les formulaires requis dans ce délai, *vous* pouvez soumettre la preuve de sinistre sous forme de déclaration écrite indiquant la cause ou la nature de l'accident, de la *maladie*, de la *blessure* ou de la survenance du risque assuré donnant lieu à la demande de règlement, ainsi que la gravité du sinistre.

Toute correspondance relative aux règlements doit être envoyée à :

Assurance voyage Manuvie

a/s de Active Care Management

P.O. Box 1237, Stn A

Windsor (Ontario) N9A 6P8

*Nous* verserons toute somme payable au titre du contrat dans les soixante (60) jours qui suivent la réception de la preuve de sinistre et de tous les documents requis.

## QUE DEVEZ-VOUS ÉGALEMENT SAVOIR?

Le présent Certificat d'assurance résume *vosre* couverture en vertu du contrat d'assurance collective. Le contrat d'assurance collective a préséance. *Nous* pouvons annuler ou modifier la couverture du présent Certificat en tout temps sans préavis.

Toute fraude ou tentative de fraude, ou toute dissimulation ou fausse déclaration sur des circonstances ou des faits importants concernant ce Certificat d'assurance entraîne la nullité de l'assurance. *Vous*

devez en tout temps *nous* transmettre des renseignements précis et complets. *Nous* ne paierons pas la réclamation si *vous*, ou toute personne assurée aux termes de le présent certificat d'assurance, ou quiconque agissant en *votre* nom tente de *nous* tromper ou fait une déclaration ou une réclamation frauduleuse, mensongère ou exagérée.

### **Limitation de responsabilité**

*Notre* responsabilité au titre de le présent certificat se limite strictement au paiement des prestations admissibles, jusqu'à concurrence du maximum souscrit, pour tout sinistre ou toute dépense.

Ni *nous*, lorsque des prestations sont versées au titre de la présent certificat, ni *nos* agents ou administrateurs n'assumons quelque responsabilité que ce soit pour la disponibilité, la qualité ou les résultats des *traitements* ou des services, ou pour l'impossibilité d'obtenir les *traitements* ou les services couverts par les dispositions contractuelles.

Le droit d'une personne de désigner des personnes à qui ou pour qui des sommes assurées seront versées est limité.

### **Comment cette assurance est-elle coordonnée avec les autres couvertures que *vous* pourriez avoir?**

Les régimes énoncés dans le présent certificat d'assurance sont de type « second payeur ». Si *vous* bénéficiez d'autres régimes ou contrats d'assurance de responsabilité civile, collectifs ou individuels, privés ou publics, de base ou complémentaires, y compris tout régime d'assurance automobile privé, provincial ou territorial, couvrant *vos* frais d'hospitalisation ou *vos* frais médicaux ou thérapeutiques, ou si *vous* avez toute autre assurance de responsabilité civile en vigueur en même temps que la présente couverture, les prestations payables au titre de la présente assurance s'appliquent 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.

Les prestations totales qui *vous* sont versées par l'ensemble des assureurs ne peuvent pas dépasser les frais que *vous* avez effectivement engagés. *Nous* appliquons la coordination des prestations avec tous les assureurs *vous* versant des prestations semblables à celles prévues par la présente assurance (sauf si *vous* détenez auprès de *votre* employeur actuel ou précédent un régime d'assurance *maladie* complémentaire *vous* offrant une couverture viagère maximale de 50 000 \$ ou moins), jusqu'à concurrence de la somme la plus élevée stipulée par chaque assureur.

De plus, *nous* disposons d'un plein droit de subrogation. En cas de règlement au titre de le présent certificat d'assurance, *nous* avons le droit d'intenter des poursuites, en *votre* nom mais à *nos* frais, contre les tiers pouvant être à l'origine du sinistre faisant l'objet de la demande de règlement au titre de le présent certificat d'assurance. *Vous* devez signer et produire les documents nécessaires et collaborer entièrement avec *nous* pour *nous* permettre de faire valoir pleinement *nos* droits. *Vous* ne devez rien entreprendre qui puisse nuire à ces droits.

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

## **Avis Sur la vie privée**

**La protection de *votre* vie privée *nous* tient à cœur.** *Nous* *nous* engageons à préserver le caractère confidentiel des renseignements qui *nous* sont fournis à *votre* sujet afin de *vous* procurer l'assurance que *vous* avez choisie. Bien que *nos* employés doivent avoir accès à ces renseignements, *nous* avons pris des mesures pour protéger *votre* vie privée.

De plus, *nous* *nous* assurons que les autres professionnels avec qui *nous* travaillons à *vous* offrir les services dont *vous* avez besoin au titre de *votre* assurance aient également pris des mesures à cet effet.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la façon dont *nous* protégeons *votre* vie privée, veuillez lire l'Avis sur la vie privée et la confidentialité.

**Avis sur la vie privée et la confidentialité.** Manuvie recueille des informations *vous* concernant en provenance d'Air Transat ou de Transat Tours Canada afin d'administrer la présente couverture d'assurance. Afin de préserver le caractère confidentiel de ces renseignements, Manuvie créera un dossier de services financiers contenant les renseignements qui seront utilisés pour traiter la proposition, offrir et administrer les services et traiter les demandes de règlement. L'accès à ce dossier est limité aux employés, mandataires, administrateurs et agents responsables de l'évaluation des risques (tarification), du marketing, de l'administration des services et de l'évaluation des sinistres, ainsi qu'à toute autre personne ayant reçu *votre* autorisation ou autorisée en vertu de la loi. Ces personnes, organismes et fournisseurs de services peuvent se trouver dans des territoires de compétence situés à l'étranger et être soumis aux lois en vigueur dans ces territoires.

*Votre* dossier est gardé en lieu sûr dans *nos* bureaux ou ceux de *notre* administrateur ou agent. *Vous* pouvez demander à examiner les renseignements personnels qu'il contient et y faire apporter des corrections en écrivant à l'adresse suivante : Responsable de la protection des renseignements personnels, Manuvie, P.O. Box 1602, Waterloo (Ontario) N2J 4C6. Pour en savoir plus sur la Politique de protection des renseignements personnels de Manuvie – Division canadienne, veuillez visiter

<https://www.manulife.com/fr/privacy-policy.html>.



**EN CAS D'URGENCE,  
COMMUNIQUEZ IMMÉDIATEMENT AVEC LE CENTRE D'ASSISTANCE :  
1 844 945-1469**

sans frais, du Canada et des États-Unis.

**+1 519 945-6029**

à frais virés, pour appeler au Canada à partir de tout autre pays.

*Notre Centre d'assistance est à votre service tous les jours, 24 heures sur 24.*

### **DE L'AIDE AU BOUT DU FIL**

Profitez pleinement de  *votre voyage*! Notre Centre d'assistance multilingue est à  *votre service* tous les jours, 24 heures sur 24.

### **Renseignements avant le voyage**

- Passeport et visa
- Avis sur les risques pour la santé
- Météo
- Taux de change
- Emplacements des consulats et des ambassades

### **En cas d'urgence médicale**

- Vérification et explication de la couverture
- Recommandation d'un  *médecin*, d'un  *hôpital* ou de tout autre fournisseur de soins médicaux
- Suivi de  *votre urgence* médicale et communication avec  *votre famille*
- Coordination du rapatriement au  *lieu de résidence* s'il est nécessaire du point de vue médical
- Facturation directe des frais couverts (si possible)

### **Autres services**

- Assistance pour les bagages perdus, volés ou retardés
- Assistance pour l'obtention de fonds d'urgence
- Services de traduction et d'interprétation en cas d' *urgence* médicale
- Services de messages d'urgence
- Aide pour le remplacement des billets d' *avion* perdus ou volés
- Assistance pour l'obtention de médicaments sur ordonnance
- Assistance pour l'obtention de conseils juridiques ou d'un cautionnement

### **NUMÉROS DE TÉLÉPHONE IMPORTANTS :**

Toute correspondance écrite doit être envoyée à :

#### **Assurance voyage Manuvie**

a/s de Active Care Management

P.O. Box 1237, Stn A

Windsor (Ontario) N9A 6P8

*Vous pouvez également communiquer directement avec le Centre d'assistance pour vous renseigner sur la façon de présenter une demande de règlement ou sur une demande déjà soumise en composant le 1 844 945-1469 ou le +1 519 945-6029.*



Les régimes sont établis par  
La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie).

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

TravelAid<sup>MC</sup> est une marque de commerce d'Active Claims Management (2018) Inc. et est utilisée par Manuvie et ses sociétés affiliées sous licence.

© La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, 2020. Tous droits réservés. Manuvie, P.O. Box 670, Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8.

**Site web** : [www.manuvie.ca](http://www.manuvie.ca) **Téléphone** : 1 866 521-8506.