Manuvie

La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie)

Régime d'assurance soins médicaux et soins dentaires Emporte-moi[MC] – Votre contrat

Vous avez fait un excellent choix en souscrivant une assurance maladie complémentaire auprès de Manuvie. Le présent document contient tous les renseignements sur votre contrat et sur la façon de l'utiliser. Votre contrat comprend le document du contrat, les pièces jointes et toutes les modifications. La date d'entrée en vigueur, également appelée « date de début », de ce contrat figure sur la page *Sommaire des renseignements*. Veuillez lire attentivement le présent document afin de vous familiariser avec les caractéristiques de votre contrat et de tirer pleinement avantage de ce dernier.

Les prestations sont fournies par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie). Nous administrons le présent contrat et versons des prestations conformément aux modalités, conditions et limitations du présent contrat, tant que les primes sont payées. La première prime est exigible avant la date d'entrée en vigueur et les primes ultérieures sont exigibles à la date indiquée dans le Sommaire des renseignements.

Avis important : Veuillez noter que le régime Emporte-moi Assurance santé ne procure pas exactement la même couverture que celle que vous aviez au titre de votre régime collectif d'assurance soins de santé et n'a pas pour but de le faire.

Le présent contrat comporte une clause qui supprime ou limite le droit de la personne assurée de désigner des personnes à qui ou pour qui les sommes assurées peuvent être versées.

Signé au nom de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie) à Toronto par :

Roy Gori,
Président et chef de la direction

Sample

Garantie de satisfaction de 30 jours

Les 30 premiers jours de votre contrat d'assurance constituent une période d'examen sans frais. Si, pendant cette période, vous décidez que vous ne voulez plus conserver votre contrat, vous n'avez qu'à nous en aviser.

Nous annulerons votre contrat et vous enverrons un remboursement intégral, moins la charge Vitalité, le cas échéant, et le montant de toute prestation déjà versée. Si le montant des prestations versées est supérieur au montant de la prime acquittée, la différence doit être remboursée. Ce droit d'annulation expire trente (30) jours après la date de réception de votre contrat et ne s'applique pas aux contrats établis de nouveau, remplacés ou consolidés permettant le maintien en vigueur d'une couverture qui a débuté au titre d'un contrat établi antérieurement. Les droits de tout bénéficiaire au titre du contrat sont également assujettis à ce droit d'annulation.

La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers
Assurance individuelle
C.P. 670, succursale Waterloo,
Waterloo (Ontario) N2J 4B8
1 800 268-3763 manuvie.ca

Table des matières

Avant de commencer ____ **3**

1 Fonctionnement de votre contrat ____ **3**

2 Versement des prestations ____ **6**

3 Garanties d'assurance soins médicaux complémentaires ____ **6**

4 Garantie Soins médicaux d'urgence en voyage (facultative) ____ **7**

5 Garantie Programme Manuvie *Vitalité* (facultatif) ____ **7**

6 Dispositions additionnelles ____ **8**

7 Conditions prescrites par la loi ____ **10**

8 Termes employés dans le présent contrat ____ **12**

Sample

Avant de commencer

Le présent contrat est un contrat juridique conclu entre vous et nous. Dans le présent contrat, les termes « vous », « votre », « vos » et « l'assuré » renvoient au titulaire du contrat ou à toute personne assurée. « Nous », « notre », « nos » et « l'assureur » renvoient quant à eux à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie).

Pour que vous soyez admissible à présenter des demandes de règlement, votre contrat doit être en règle, ce qui signifie que les primes doivent être payées intégralement à la date courante. Vous devez être couvert par le régime public d'assurance maladie de votre province ou territoire de résidence. Ce contrat vous fournit une couverture uniquement au Canada. Pour obtenir une couverture à l'étranger, vous devez également souscrire l'assurance voyage pour soins médicaux d'urgence facultative.

Toutes les garanties indiquées dans le présent contrat s'appliquent à chaque personne assurée. Nous ne couvrons que les frais raisonnables et habituels engagés à l'égard de soins et services nécessaires du point de vue médical. Le présent contrat comporte des exclusions, des restrictions, des conditions, des franchises, des maximums et des définitions. **Veuillez le lire attentivement.**

Certains termes employés dans le présent contrat ont un sens particulier et il est très important de lire le présent contrat en tenant compte de ces définitions. Une liste de ces termes est présentée à la section 8 **Termes employés dans le présent contrat** et il est fortement recommandé de vous familiariser avec ces termes et leur définition lorsque vous consultez le présent contrat.

Les garanties décrites dans le présent contrat ne s'appliquent peut-être pas toutes à votre type de couverture. Veuillez consulter le document *Vos garanties* et le sommaire du programme Manuvie *Vitalité*[MC], le cas échéant, pour obtenir des précisions sur la couverture choisie.

Avis important : Nous utilisons parfois l'expression « conformément aux conditions générales du présent contrat ». Nous pouvons modifier nos conditions générales sans préavis pour tenir compte des politiques de l'entreprise, des changements économiques, des révisions des frais raisonnables et habituels ou des changements législatifs, y compris des modifications de la législation relative à l'impôt sur le revenu. Toute modification que nous apportons aux conditions générales peut avoir une incidence sur les garanties découlant du présent contrat. Nous nous réservons le droit de modifier les primes exigées ou les prestations couvertes par le présent contrat pour quelque raison que ce soit. Nous vous informerons de toute modification apportée au présent contrat et à *Vos garanties*.

Vous pouvez consulter la version actuelle et les détails de votre couverture pour chaque garantie en ligne à l'adresse manulife.ca/secureserve.

1 Fonctionnement de votre contrat

Lorsque vous avez souscrit ce contrat d'assurance soins médicaux et soins dentaires, nous nous sommes engagés à vous fournir des garanties conformément aux modalités du présent contrat si vous payez vos primes. Nous indiquons la date d'entrée en vigueur de votre contrat sur la page *Sommaire des renseignements*. Cette date est également appelée « date de début du contrat ».

Toutes les personnes assurées au titre de votre contrat bénéficient de la même couverture en matière de soins de santé et de soins dentaires. *Vos garanties* seront donc les mêmes pour chaque personne assurée.

Admissibilité

Pour être admissible à la couverture au titre de ce contrat, vous devez satisfaire aux exigences suivantes :

- résider au Canada;
- être couvert au titre d'un régime public d'assurance maladie;
- être inscrit au régime d'assurance médicaments de la RAMQ ou avoir une couverture équivalente au titre d'un régime collectif (pour les résidents du Québec);
- avoir au moins 18 ans à la date de la proposition d'assurance, sauf dans le cas des enfants à charge d'une personne assurée; et

Sample

- avoir été couvert au titre d'un régime collectif d'assurance soins médicaux et soins dentaires au Canada en tant que participant, en tant que conjoint d'un participant ou en tant qu'enfant d'un participant. La couverture au titre de ce régime collectif doit avoir pris fin avant la date d'entrée en vigueur du présent contrat et ne doit pas avoir pris fin plus de :
  - 120 jours avant la date de la proposition au titre du présent contrat si vous participiez à un régime collectif auprès de Manuvie;
  - 90 jours avant la date de la proposition au titre du présent contrat si vous participiez à un autre régime collectif;

  Exceptions : Votre proposition comportait une tarification médicale, ou nous avons renoncé à cette exigence.

Si nous déterminons que vous ou toute autre personne au titre du contrat n'étiez pas admissible ou n'êtes pas actuellement admissible, nous pouvons résilier le présent contrat immédiatement sans remboursement des primes. Nous pouvons également vous demander de nous rembourser toute prestation que nous vous avons versée.

Primes

La prime correspond au montant que nous vous facturons pour votre contrat d'assurance soins médicaux.

La prime changera si vous modifiez votre régime ou si le régime que vous avez choisi comprend une augmentation de prime à une date prévue de renouvellement. Nous nous réservons également le droit de modifier les primes exigibles au titre du présent contrat. Le cas échéant, nous vous enverrons un préavis écrit de 30 jours.

Vos primes sont exigibles chaque mois. Vous pouvez payer vos primes mensuelles par voie de prélèvements automatiques sur votre compte bancaire ou votre carte de crédit. Les paiements doivent être faits en dollars canadiens et prélevés sur un compte établi auprès d'une institution financière canadienne.

La prime peut également changer d'une année à l'autre selon le niveau Vitalité[MD] de l'assuré principal, le cas échéant.

Délai de grâce

Votre contrat reste actif d'un mois à l'autre si les primes exigibles sont payées à l'échéance. Si vous ne payez pas une prime, vous disposerez d'un délai de grâce de 31 jours pour régler le montant en souffrance afin de maintenir votre contrat en vigueur. La couverture prend fin le dernier jour du délai de grâce si nous n'avons pas reçu votre paiement. Si un paiement est retourné en raison d'un manque de fonds, nous vous facturerons des frais d'administration de 25 $.

Comment apporter des changements à votre contrat

À mesure que votre vie change, vous pouvez adapter votre contrat à vos nouveaux besoins. Vous pouvez ajouter ou retirer votre conjoint ou vos enfants de votre contrat en nous avisant en ligne ou par écrit. Nous pouvons exiger un certificat médical lorsque vous ajoutez des personnes à votre couverture après la demande initiale. Le niveau Vitalité de l'assuré principal, le cas échéant, ne saurait se substituer à un certificat médical ou l'emporter sur ce dernier. Nous n'exigeons pas de déclaration d'état de santé pour un nouveau-né si la demande est présentée dans les 30 jours suivant sa naissance. Un seul conjoint à la fois peut être couvert au titre du régime. Le titulaire de contrat est appelé l'assuré principal. Vous ne pouvez pas remplacer l'assuré principal par une autre personne, à moins que celui-ci ne décède.

Vous devez être couvert au titre du présent contrat depuis au moins 12 mois consécutifs avant de pouvoir modifier vos garanties.

Vous devez nous joindre pour retirer les personnes assurées de votre contrat dans les 30 jours qui suivent :

- la date de décès de la personne assurée;
- la date de votre divorce;
- la date à partir de laquelle la résidence principale de toute personne assurée au titre du présent contrat est différente de celle du titulaire du contrat; ou
- la date à partir de laquelle tout enfant assuré atteint l'âge de 21 ans, se marie, devient orphelin ou obtient un emploi à temps plein.

Sample

Transformation

Les personnes retirées de votre contrat ont la possibilité de transformer leur couverture en leur propre contrat si vous communiquez avec nous dans les 30 jours suivant l'annulation de leur couverture. Nous vous fournirons une version révisée du *Sommaire des renseignements* qui affichera le changement apporté à votre contrat et le nouveau montant de votre prime. Tout adulte assuré ou toute personne à charge qui souhaite exercer son droit de transformation peut également adhérer au programme Manuvie *Vitalité* au moment d'effectuer sa demande de transformation, mais ne peut le faire par la suite.

Annulation

Si vous décidez de mettre fin à votre couverture, vous devez communiquer avec nous en ligne ou appeler notre Centre de service à la clientèle.

Si une annulation ne nous est signalée qu'après cette période de 30 jours, tout remboursement de primes prévu à l'égard d'un assuré décédé ou ne répondant pas aux critères d'admissibilité se limite à un montant correspondant aux primes acquittées pour une période maximale de 12 mois.

La charge Vitalité n'est pas remboursable, le cas échéant.

Quand votre contrat prend-il fin

Votre contrat prend fin à la première des dates suivantes :

- la date à partir de laquelle vous n'êtes plus admissible à l'assurance au titre du présent contrat;
- la date à partir de laquelle vous ne résidez plus au Canada;
- la date à partir de laquelle vous n'êtes plus couvert par un régime public canadien d'assurance maladie provincial ou territorial;
- la fin du délai de grâce si vous ne payez pas votre prime;
- la date à laquelle nous recevons votre demande de résiliation de votre contrat;
- la date à laquelle nous vous informons de la résiliation de contrat; ou
- la date de votre décès.

Nouvelle demande

Si votre contrat a été résilié, vous devez attendre 24 mois à compter de la date de la résiliation avant de pouvoir présenter une nouvelle demande d'adhésion aux régimes individuels (non collectifs) de soins de santé et de soins dentaires de Manuvie.

Quand un formulaire d'autorisation préalable est-il requis?

Avant d'acheter certains produits ou services, vous devez nous envoyer un formulaire d'autorisation préalable, signé par un professionnel de la santé. Nous examinerons l'estimation et déterminerons le montant à payer, le cas échéant. Nous pouvons vous recommander des services dans votre secteur.

Comment soumettre un formulaire d'autorisation préalable

Une fois que vous avez rempli toutes les sections et que le médecin, l'infirmier praticien et/ou le représentant du vendeur ont ajouté leurs commentaires, veuillez nous envoyer le formulaire numérisé en ligne en utilisant notre boîte de réception sécurisée à l'adresse manuvie.ca/servicesecurise.

Si vous envoyez le formulaire par la poste, veuillez en conserver une copie pour vos dossiers. L'original des formulaires et des reçus ne vous sera pas retourné. Envoyez le formulaire dûment rempli à :

> Assurance individuelle, Manuvie, Demandes de règlement pour soins médicaux – Autorisation préalable,
> C. P. 670, succursale Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8

Sample

Nous vous informerons de la limite approuvée par courriel ou par la poste. Veuillez joindre à votre demande de règlement en ligne ou par la poste votre avis d'autorisation préalable et la facture complète du fournisseur indiquant le montant remboursé par le régime provincial ou territorial applicable.

Pour communiquer avec nous

Vous pouvez nous envoyer des avis, des demandes d'annulation et des documents en ligne. Allez sur le site : manuvie.ca/servicesecurise, puis cliquez sur Communiquez avec nous.

2 Versement des prestations

Lorsque vous avez souscrit le présent contrat d'assurance soins médicaux complémentaires, nous avons convenu que si vous payez vos primes, nous vous offrirons une couverture d'assurance conformément aux modalités du présent contrat.

Nous rembourserons les frais admissibles par dépôt direct ou par chèque au titulaire du contrat ou au fournisseur de services dans un délai de 60 jours. Si le titulaire du contrat décède, nous verserons les prestations admissibles à sa succession. Toutes les prestations et tous les montants sont en dollars canadiens et ne génèrent pas d'intérêts.

Si vous engagez des frais admissibles pour des soins, des services ou des fournitures décrits dans le présent contrat, ou si vous êtes atteint d'une maladie ou subissez une blessure ou un autre sinistre donnant droit à des prestations, nous verserons ces prestations à l'égard des frais admissibles :

- que nous considérons comme raisonnables, habituels et normaux. Cela signifie que les frais n'excèdent pas les frais normalement exigés par d'autres fournisseurs de services de catégorie similaire dans la même région pour le même traitement;
- en fonction des maximums prévus par votre contrat;
- qui ne sont pas interdits par des exclusions, restrictions, dispositions et modifications du présent contrat;
- que nous considérons comme nécessaires du point de vue médical et qui sont prescrits par un médecin, un infirmier praticien, un dentiste, un denturologiste ou un autre professionnel de la santé autorisé;
- qui ne sont pas couverts au titre d'un régime public d'assurance maladie;
- qui sont payables conformément à la loi; et
- pour lesquels nous recevons toutes les preuves écrites que nous demandons (comme des reçus) dans les 12 mois suivants la date à laquelle ils sont engagés.

Nous ne versons aucune prestation à l'égard de ce qui suit :

- la part des frais déjà couverts ou qui auraient été couverts au titre d'un régime public d'assurance maladie;
- services ou fournitures payables ou disponibles, qu'une liste d'attente existe ou non, au titre d'un régime ou d'un programme offert par le gouvernement, à moins que la présente garantie n'indique qu'ils sont couverts;
- frais engagés à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence; sauf indication contraire dans *Vos garanties*;
- médicaments sur ordonnance, services ou fournitures qui ne sont pas approuvés par Santé Canada ou par un autre organisme de réglementation gouvernemental;
- services, fournitures ou traitement qui ne sont généralement pas reconnus par le corps médical canadien comme étant appropriés, efficaces ou nécessaires pour le traitement d'un accident, d'une blessure ou d'une maladie d'après les critères communément acceptés en matière de soins médicaux au Canada; ou
- services, fournitures, appareils ou articles qui ne sont pas admissibles comme des frais médicaux en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu (Canada)*, sauf s'ils sont couverts au titre du présent contrat.

3 Garanties d'assurance soins médicaux complémentaires

Vos garanties d'assurance soins médicaux complémentaires sont propres aux options de couverture que vous avez choisies. Reportez-vous au *Sommaire des renseignements* pour obtenir des précisions sur votre couverture et au document *Vos*

Sample

garanties à l'adresse manuvie.ca/servicesecurise pour obtenir une liste des garanties, des réductions, des restrictions et des exclusions.

Les frais engagés pour les soins, les services et les fournitures énumérés dans la présente section sont remboursés sous réserve des montants maximums indiqués pour votre contrat. Les frais doivent être engagés dans votre province ou territoire de résidence pour être admissibles. La participation aux programmes de remise des fabricants et aux régimes gouvernementaux pertinents est obligatoire en ce qui concerne toutes les prestations applicables.

4 Garantie Soins médicaux d'urgence en voyage (facultative)

Cette garantie n'est pas automatiquement comprise dans votre régime et doit être souscrite en tant qu'option lorsque vous souscrivez votre contrat. Elle n'est offerte qu'aux personnes de moins de 69 ans. Elle ne peut être ajoutée plus tard. Cette couverture prend fin à 80 ans. Reportez-vous au *Sommaire des renseignements* pour obtenir des précisions sur votre couverture et à *Vos garanties* sur manuvie.ca/servicesecurise pour obtenir la liste des garanties, des limites et des exclusions.

La garantie Soins médicaux d'urgence en voyage est proposée aux résidents du Canada et couvre la partie des frais admissibles non prise en charge par le régime public d'assurance maladie. Les prestations sont versées pour les soins, les services ou les fournitures nécessaires du point de vue médical en raison d'une urgence (maladie ou blessure) survenue à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence. La prestation maximale est de cinq millions de dollars canadiens.

5 Garantie Programme Manuvie *Vitalité* (facultatif)

Seul l'assuré principal peut présenter une demande de détermination du niveau Vitalité dans le cadre du programme Manuvie *Vitalité* pour déterminer le montant du rabais sur les primes à chaque année contractuelle. Ces rabais sur les primes peuvent changer sans préavis. Aucune autre personne assurée au titre du présent contrat ne peut remplacer l'assuré principal.

Niveau Vitalité

Il existe quatre niveaux Vitalité : Platine, Or, Argent et Bronze. Chaque niveau est associé à un rabais sur les primes, comme indiqué dans le sommaire du programme Manuvie *Vitalité* ci-joint. Le sommaire indique également les rabais sur les primes qui s'appliquent lors de la première année de participation au programme. Les rabais sur les primes offerts la première année s'appliquent, peu importe le niveau Vitalité de l'assuré principal, dans le cadre de tout autre contrat assorti du programme Manuvie Vitalité.

Après la première année, le niveau Vitalité de l'assuré principal lors de chaque anniversaire contractuel détermine le montant de rabais sur les primes pour l'année suivante (la période de 12 mois qui suit l'anniversaire contractuel). Le niveau Vitalité de l'assuré principal est déterminé deux mois avant le début de l'année contractuelle.

Si l'assuré principal est couvert au titre de plus d'un contrat offrant le programme Manuvie *Vitalité* (p. ex., un contrat d'assurance vie et un contrat d'assurance soins médicaux et soins dentaires), le niveau Vitalité de l'assuré sera déterminé en fonction du contrat dont la date d'entrée en vigueur est la plus récente.

Admissibilité aux niveaux

L'assuré principal doit remplir certains critères d'admissibilité pour atteindre ou conserver un niveau autre que le niveau Bronze. Les critères d'admissibilité sont utilisés par l'assureur pour déterminer le niveau Vitalité de l'assuré.

Nous pouvons appliquer les critères d'admissibilité au niveau Vitalité nous-mêmes ou demander à un fournisseur externe de notre choix de le faire. Nous pouvons désigner ou remplacer un fournisseur externe en tout temps, sans en aviser l'assuré.

Nous pouvons parfois modifier les critères d'admissibilité aux niveaux Vitalité sans préavis. Un tel changement pourrait avoir une incidence sur votre capacité de conserver un niveau Vitalité ou d'atteindre un niveau Vitalité plus avantageux. Vous pouvez obtenir des renseignements à jour sur les critères d'admissibilité aux niveaux Vitalité en visitant manuvie.ca/vitalite ou en composant le numéro de téléphone figurant sur le sommaire du programme Manuvie *Vitalité* et sur d'autres communications relatives à ce programme.

Sample

Nous ou le fournisseur externe pouvons vous proposer des offres, par exemple des rabais, des outils ou d'autres services visant à vous encourager à participer à des activités susceptibles de vous aider à remplir les critères d'admissibilité aux niveaux Vitalité. Les offres peuvent parfois changer, sans préavis, et peuvent varier selon votre couverture ou votre type de régime.

La participation au programme Manuvie *Vitalité* prend fin à la première des éventualités suivantes :

- lorsque vous nous demandez d'annuler votre participation au programme;
- lorsque l'assuré principal décède;
- lorsque le contrat tombe en déchéance pour cause de non-paiement des primes; ou
- lorsqu'il y a résiliation du contrat pour toute autre raison.

Lorsque votre participation au programme Manuvie *Vitalité* prend fin, vous perdez le niveau Vitalité que vous aviez atteint et les récompenses que vous aviez obtenues.

Nous ne remboursons aucun coût engagé en vue de remplir un critère d'admissibilité à un niveau Vitalité.

6 Dispositions additionnelles

Propositions

Si nous modifions ou remplaçons le présent contrat, les taux de prime ou toute autre disposition, toutes les propositions présentées après cette date sont considérées comme des propositions d'assurance au titre du contrat et de la couverture modifiés. Nous établirons les contrats conformément aux nouveaux taux et aux nouvelles dispositions. Manuvie, ou un distributeur approuvé par nous, valide toutes les propositions.

Coordination des prestations

Nous suivons les lignes directrices en matière de coordination des prestations établies par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP) en ce qui touche les frais engagés à l'étranger et à l'extérieur de la province ou du territoire.

Le présent régime est un régime d'assurance complémentaire qui couvre les frais qui ne sont assurés par aucun autre régime d'assurance ou d'avantages sociaux. Vous devez d'abord soumettre vos demandes de règlement au titre de tout régime public. Si vous êtes admissible à des garanties semblables au titre d'un autre contrat individuel ou collectif, comme une couverture au titre d'une carte de crédit, une assurance automobile, une assurance privée ou une indemnisation des accidentés du travail, vous devez coordonner les prestations entre le présent contrat et ces autres régimes. Le remboursement ne dépassera jamais les frais admissibles que vous avez payés.

Si votre autre régime :

- ne permet pas la coordination des prestations, présentez d'abord votre demande de règlement au titre de ce régime, ou
- s'il permet la coordination des prestations, les frais seront répartis au prorata entre les régimes, en fonction des montants qui auraient été versés s'il n'y avait eu qu'un seul régime.

Prescription des recours

Aucun recours en justice ne peut être exercé concernant les demandes de règlement avant l'expiration d'un délai de 60 jours à compter de la date à laquelle la preuve de sinistre a été présentée.

Délai de prescription

Les poursuites et recours judiciaires intentés contre nous pour le recouvrement de sommes assurées au titre du contrat sont irrecevables s'ils ne sont pas entamés dans les délais fixés par la *Loi sur les assurances* ou toute autre loi applicable, ou par la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* de l'Ontario, ou toute autre loi applicable dans votre province ou territoire de résidence.

Sample

Limites de la responsabilité

Le versement des prestations est assujetti aux modalités du présent contrat. Nous ne sommes pas responsables de ce qui suit :

- la qualité ou les résultats de tout traitement médical, des soins, des fournitures ni des services fournis par un tiers;
- l'indisponibilité de traitements médicaux, de soins, de fournitures ou de services en raison d'une pandémie, d'actes terroristes, d'une guerre ou d'un d'événement similaire;
- la qualité ou les résultats des services de transport offerts par un tiers;
- tout acte ou toute omission d'un tiers à l'égard de soins, de traitements, de services ou de fournitures; ou
- omission de votre part à demander ou obtenir un traitement médical.

Fausse déclaration et ajustements

Si, dans les deux ans suivant la date d'entrée en vigueur du contrat, une fausse déclaration, une réticence ou un défaut de divulguer des renseignements exacts est constaté au sujet d'une proposition présentée au titre du présent contrat, nous avons la possibilité d'annuler le contrat et de limiter notre responsabilité au remboursement des primes remboursables.

Si plusieurs personnes sont assurées au titre du contrat, nous pouvons annuler l'intégralité du contrat, modifier ou annuler uniquement la couverture des personnes à l'égard desquelles le défaut de divulguer a été commis. Nous maintiendrons en vigueur la couverture des autres personnes assurées au titre du contrat, lesquelles ne sont pas tenues de conserver la couverture dans ces conditions.

De plus, nous avons le droit de soustraire le montant de toute demande de règlement que nous avons payée de tout remboursement de primes. Si vous détenez votre couverture depuis plus de deux ans, nous ne pouvons annuler aucune couverture à moins que vous ne commettiez une fraude.

Toute fausse déclaration, toute réticence ou tout défaut de divulguer des renseignements exacts, de façon intentionnelle ou non, dans le cadre des demandes de règlement nous donne la possibilité d'annuler le contrat ou de vous rendre responsable du montant total de la demande de règlement, ainsi que des frais que nous pourrions engager dans le cadre de notre enquête sur les demandes de règlement en question. Ces frais comprennent les frais juridiques et les services d'un enquêteur privé. Vous et le titulaire du contrat (s'il ne s'agit pas de la même personne) devez solidairement nous dédommager à cet égard, et cette obligation est maintenue même après l'annulation du contrat.

Plusieurs contrats

Vous ne pouvez pas :

- être couvert au titre de plus d'un régime individuel d'assurance soins médicaux et soins dentaires établi par Manuvie en même temps;
- être couvert au titre d'un autre régime d'assurance soins médicaux et soins dentaires qui offre le programme Manuvie *Vitalité*; ou
- être couvert au titre de régimes individuels d'assurance soins médicaux et soins dentaires successifs établis par Manuvie, lorsque l'intervalle entre l'établissement du régime subséquent et l'annulation du premier régime est de moins de 24 mois.

Si nous déterminons que vous êtes couvert au titre de plus d'un contrat en même temps, ou au titre de contrats successifs, nous pouvons vous en aviser et annuler un, plusieurs ou l'ensemble des contrats sans remboursement des primes. Nous pouvons recouvrer les prestations payées au titre de l'un ou l'autre de ces contrats.

Attestation d'âge

Nous nous réservons le droit de demander une attestation de l'âge de tout assuré au titre du présent contrat. Si une date de naissance est erronée, la date de naissance exacte sera utilisée, et les rajustements suivants pourront être effectués :

- les taux pourront être rajustés;
- la date de début de la couverture pourra changer;

Sample

- le montant et le type de couverture pourront être réduits ou annulés; et/ou
- les droits ou les prestations prévus au titre du présent contrat pourront être modifiés.

Lois applicables

Le présent contrat sera soumis aux lois de la province ou du territoire canadien où vous résidiez au moment de la proposition d'assurance.

Particularités provinciales

S'il y a lieu, les dispositions décrites dans le présent contrat seront adaptées pour satisfaire aux exigences minimales de la loi dans votre province ou territoire de résidence.

Sans participation

Le présent contrat est sans participation et ne donne pas le droit à recevoir nos excédents distribués. Il n'a aucune valeur de rachat et ne reçoit aucune participation.

Cession

La couverture d'assurance attestée par le présent contrat ne peut être cédée.

Communication de renseignements

En souscrivant le présent contrat, vous nous autorisez à communiquer tout renseignement nécessaire pour déterminer l'admissibilité aux prestations et effectuer le versement des prestations. Manuvie et ses fournisseurs de services peuvent demander des renseignements pertinents aux médecins, aux infirmiers praticiens, aux dentistes, aux hôpitaux, aux cliniques et aux fournisseurs de services. Notre politique de confidentialité se trouve sur le site manuvie.ca.

Subrogation

Lorsque nous vous versons une prestation ou assumons une responsabilité au titre du présent contrat, nous nous réservons le droit de recouvrer des sommes auprès de la partie fautive et, au besoin, d'intenter une poursuite en justice en votre nom. Vous convenez de ne pas porter atteinte à ce droit et de coopérer pleinement avec nous.

Si vous choisissez d'exercer votre droit de recouvrement et d'intenter vous-même une poursuite, vous convenez de nous en informer et de faire tout ce qui est nécessaire pour protéger nos intérêts. Si vous recouvrez des sommes, vous devez d'abord nous rembourser les prestations que nous vous avons versées au titre du présent contrat dans le cadre de la demande de règlement, déduction faite d'un montant raisonnable pour les frais juridiques que vous avez engagés.

Renonciation à nos droits

Si nous renonçons à nos droits dans un cas précis, cela ne nous empêche pas d'exercer nos droits si la même situation ou une situation similaire survient plus tard.

7 Conditions prescrites par la loi

Les conditions prescrites par la loi qui suivent priment sur toute autre disposition ou condition du contrat.

Contrat

La proposition d'assurance, le présent contrat, tout document joint à celui-ci lors de son établissement et toute modification apportée au contrat et acceptée par écrit après l'établissement du présent contrat forment le contrat intégral, et aucun agent n'est habilité à le modifier ou à renoncer à l'une de ses dispositions.

Sample

Copie de la proposition

L'assureur est tenu de fournir, sur demande, au titulaire du contrat ou à un demandeur au titre du contrat, une copie de la proposition.

Faits importants

Les déclarations que le titulaire de contrat ou la personne assurée fait à la souscription du présent contrat ne peuvent pas être utilisées pour appuyer une demande de règlement au titre du présent contrat ni pour vous soustraire à l'une des conditions énoncées dans celui-ci, à moins de figurer dans la proposition d'assurance ou dans toute autre déclaration ou réponse fournie par écrit comme preuve d'assurabilité.

Avis et preuve de sinistre

Le titulaire du contrat, une personne assurée ou un bénéficiaire autorisé à faire une demande de règlement, ou tout mandataire agissant au nom de l'un d'eux, doit :

- nous fournir un avis de sinistre par écrit :
  - en remettant l'avis directement à l'assureur ou en l'envoyant par courrier recommandé au bureau des Marchés des groupes à affinités, ou
  - en le remettant à un agent autorisé de l'assureur dans la province, au plus tard 30 jours après la date à laquelle une demande de règlement prend naissance au titre du contrat à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une invalidité;
- dans les 90 jours qui suivent la date de survenance du sinistre aux termes du contrat à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une invalidité, nous fournir, dans la mesure du possible, la preuve faisant état des circonstances entourant la survenance de l'accident, de la maladie ou de l'invalidité, et des pertes ainsi occasionnées, la preuve qui atteste du droit du demandeur de toucher le paiement et la preuve qui confirme son âge et l'âge du bénéficiaire, s'il y a lieu; et
- si nous l'exigeons, nous fournir un certificat établissant de façon satisfaisante la cause ou la nature de l'accident, de la maladie ou de l'invalidité qui peut faire l'objet d'une demande de règlement au titre du contrat, ainsi que la durée d'une telle invalidité.

Défaut de production de l'avis ou de la preuve

Le défaut de donner avis du sinistre ou d'en fournir la preuve dans le délai prescrit par la présente condition légale n'invalide pas une demande de règlement si l'avis est donné ou la preuve fournie dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, et en aucun cas, pas plus d'une année après la date de l'accident ou la date à laquelle est survenu un sinistre au titre du contrat par suite d'une maladie ou d'une invalidité, s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner l'avis ou de fournir la preuve dans le délai prescrit.

Résiliation par la personne assurée

L'assuré peut, en tout temps, demander que le présent contrat soit résilié. L'assureur devra, dès qu'il le pourra après que l'assuré en aura fait la demande, rembourser le montant de la prime que l'assuré a réellement payée et qui excède la prime à courte échéance, laquelle est calculée à compter de la date de la demande en fonction du tableau utilisé par l'assureur au moment de la résiliation.

Résiliation par l'assureur

L'assureur peut résilier le présent contrat en tout temps en envoyant un avis écrit de résiliation à l'assuré, accompagné du remboursement du montant de la prime qui excède la prime proportionnelle pour le temps écoulé du contrat.

L'avis de résiliation peut être remis à l'assuré, ou il peut être envoyé par courrier recommandé à la dernière adresse de l'assuré indiquée dans les dossiers de l'assureur.

Sample

8 Termes employés dans le présent contrat

Lorsqu'ils sont utilisés dans le présent contrat, ces termes ont le sens qui suit :

accident ou accidentel – événement involontaire, soudain, inattendu et imprévisible attribuable à un événement externe qui entraîne des blessures.

acte de guerre – acte hostile ou guerrier, que la guerre soit déclarée 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.

acte terroriste – toute activité comportant de la violence ou une menace de violence, la perpétration ou la menace d'un acte dangereux ou menaçant, ou l'utilisation de la force contre le public, les gouvernements, les organisations, les immeubles, les infrastructures ou les systèmes électroniques. L'intention est de créer un climat de peur au sein de la population, perturber l'économie, intimider ou renverser le gouvernement au pouvoir ou une puissance occupante, ou faire pression sur celui-ci, ou promouvoir des objectifs politiques, sociaux, religieux ou économiques.

affection mineure – toute affection qui n'exige pas :

- la prise de médicaments pendant plus de 30 jours;
- un suivi ou un renvoi à un professionnel de la santé;
- une hospitalisation; ou
- une intervention chirurgicale.

année civile – chaque période de 12 mois débutant le 1er janvier et prenant fin le 31 décembre.

année contractuelle – période de 12 mois suivant la date d'entrée en vigueur du contrat, et chaque période de 12 mois par la suite.

année de couverture – chaque période de 12 mois consécutifs suivant la date de la première demande de règlement suivant une garantie au titre du contrat.

anniversaire contractuel – mois et jour correspondant à la date d'entrée en vigueur du contrat.

appareil orthopédique – support ou appareil rigide ou semi-rigide moulé ou attaché au corps ou à une partie du corps. Cela exclut les appareils orthodontiques utilisés dans le but de corriger une imperfection, une déficience ou un dommage dentaire.

assuré(s) ou personne(s) assurée(s) – maximum de deux personnes âgées de 18 ans ou plus couvertes au titre du présent contrat et d'un régime public d'assurance maladie, pourvu que les primes continuent d'être payées. Voir également le terme « personne à charge ».

assuré principal – personne désignée comme proposant principal dans la proposition d'assurance. Cette personne est habituellement le titulaire du contrat et est responsable du paiement des primes du contrat.

assureur – La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie). Dans le présent contrat, également désigné par les termes « nous », « notre » ou « nos ».

autorisé/certifié/agréé – autorisé, certifié ou agréé par l'autorité ou l'organisme professionnel approprié dans la région où le traitement ou les services sont fournis.

blessure – lésion corporelle soudaine qui résulte d'une cause d'origine externe et purement accidentelle, indépendamment de toute maladie ou affection, et nécessitant un traitement médical immédiat.

changement de médication – réduction ou augmentation de la fréquence et du dosage d'un médicament, arrêt d'un médicament ou ordonnance d'un nouveau médicament.

charge Vitalité – montant que nous exigeons pour la participation au programme Manuvie *Vitalité*. La charge Vitalité est indiquée dans le sommaire du programme Manuvie *Vitalité* qui accompagne le présent contrat et dans l'avis de renouvellement annuel.

compagnon de voyage – toute personne qui a payé à l'avance l'hébergement ou le transport pour vous accompagner lors d'un voyage couvert.

Sample

conjoint – personne couverte par un régime public d'assurance maladie et légalement mariée à vous ou vivant avec vous dans une relation conjugale depuis au moins 12 mois consécutifs.

conseiller clinicien – professionnel autorisé qui fournit des services de consultation pour aider les gens à comprendre des problèmes concernant leur développement personnel et leur santé mentale et les aider à les régler. Le conseiller clinicien doit détenir une certification ou un diplôme dans son domaine qui soit reconnu dans la province où il exerce, et être agréé ou autorisé par une association de conseillers fédérale ou provinciale.

consulter – demander un conseil ou un traitement à un médecin ou à un autre professionnel de la santé pour toute affection, toute blessure, toute maladie ou tout trouble. Cela inclut les discussions sur d'éventuels tests ou interventions.

contrat – le présent contrat d'assurance, y compris votre proposition d'assurance, les documents que nous y joignons et toute modification ultérieure.

contrôle préalable – processus utilisé par Manuvie pour évaluer de nouveaux médicaments, les nouvelles indications de médicaments existants, des services ou des fournitures dans le but de déterminer leur admissibilité au titre du contrat. Ce processus s'appuie sur les principes de la pharmacoéconomie, sur les renseignements de référence des analyses coût-efficacité des listes de médicaments fédérales ou provinciales, sur les normes reconnues de pratique clinique ou sur les recommandations des organismes consultatifs.

corps médical – médecins, infirmiers praticiens, infirmiers et autres fournisseurs de soins de santé, ainsi que leurs organismes de réglementation, associations et groupes intéressés. Il peut s'agir notamment du ministère de la Santé, de l'Ordre des médecins et chirurgiens et d'organismes provinciaux ou territoriaux et d'associations médicales similaires.

course de vitesse – activité de compétition où la vitesse est le facteur déterminant de réussite.

couverture familiale – vos garanties couvrent un maximum de deux adultes âgés de 18 ans ou plus, ainsi que les enfants admissibles indiqués sur la proposition.

couverture individuelle – les garanties ne couvrent que vous, pas les membres de votre famille.

date de la proposition – date à laquelle nous recevons la proposition à notre bureau de l'Assurance individuelle.

date d'entrée en vigueur – date à laquelle la couverture au titre du présent contrat entre en vigueur. Également appelée « date de début ».

demande de règlement – frais admissibles pour une maladie ou une blessure pendant que le présent contrat est en vigueur, ou le fait de nous présenter une demande de remboursement à l'égard des frais engagés.

demandeur – assuré qui présente une demande de règlement au titre du présent contrat.

dentiste ou denturologiste – praticien de la dentisterie autorisé à fournir des services ou des fournitures dans sa région. Le dentiste ou le denturologiste traitant ne doit pas être vous-même ou l'un des membres de votre famille immédiate.

expérimental – service, médicament, traitement ou appareil médical dont l'utilisation au Canada n'est pas autorisée par la Direction générale de la protection de la santé de Santé Canada ou qui n'est pas reconnu comme valable ou acceptable par le corps médical.

frais admissibles – frais couverts par le présent régime, conformément aux dispositions, aux conditions, aux restrictions et aux exclusions du présent contrat.

habituels, raisonnables et normaux – les frais n'excèdent pas les frais normalement exigés par d'autres fournisseurs de services de catégorie similaire dans la même région pour le même traitement. En ce qui concerne les frais :

- « habituels » désigne les frais courants pour un service donné ou fourni par un fournisseur;
- « raisonnables » signifie que les frais correspondent aux honoraires et tarifs qui seraient normalement facturés en l'absence d'une couverture au titre du présent contrat; et
- « normaux » s'entend d'une gamme de frais normalement facturés par des fournisseurs ayant une expertise et des services comparables.

Sample

hôpital – tout hôpital public autorisé en vertu de la *Loi sur les hôpitaux publics* ou d'une loi similaire de la province ou du territoire de résidence en question, ou reconnu par le ministère de la Santé de la province ou du territoire visés comme hôpital public ou comme centre hospitalier de soins de courte durée dûment autorisé dans d'autres juridictions. Sauf indication contraire dans le présent contrat sont exclus les hôpitaux fédéraux, les hôpitaux privés, les maisons de repos, les maisons de soins infirmiers, les maisons de convalescence, les établissements pour le traitement des maladies chroniques, les hôtels ou les centres d'esthétique corporelle, les foyers pour personnes âgées, les centres de réadaptation et les institutions offrant essentiellement des services d'internement ou de traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie. Dans le cadre de la garantie Soins médicaux d'urgence en voyage, un établissement habilité à fournir des services de santé, dûment autorisé et exploité à cette fin, doté du personnel nécessaire pour soigner et traiter les patients hospitalisés et les patients en consultation externe. Les traitements doivent être supervisés par un médecin et du personnel infirmier autorisé doit être en service 24 heures sur 24. L'établissement doit aussi disposer d'installations de diagnostic et d'une salle d'opération sur place ou dans des lieux sous sa direction. Sont exclus les établissements qui sont principalement des cliniques, des établissements de soins palliatifs ou de longue durée, des centres de réadaptation, des centres de désintoxication, des maisons de convalescence, de repos ou de soins infirmiers, des centres d'hébergement et de soins de longue durée, des foyers pour personnes âgées et des stations thermales.

hôpital de soins de courte durée – établissement autorisé et reconnu comme hôpital pour le soin et le traitement des personnes hospitalisées, où un infirmier autorisé (inf. aut.) est toujours en service, et qui comporte un laboratoire et une salle d'opération (sur place ou dans un autre lieu géré par l'hôpital) dans laquelle des interventions chirurgicales sont effectuées par un chirurgien autorisé, à l'exclusion de tout hôpital ou établissement, ou de toute partie de ceux-ci, autorisé ou utilisé principalement comme clinique, établissement de traitement des maladies chroniques ou de soins de longue durée, maison de convalescence, centre de réadaptation, maison de repos, maison de soins infirmiers ou foyer pour personnes âgées, centre d'esthétique corporelle ou centre de traitement de la toxicomanie ou de l'alcoolisme.

hôpital privé – hôpital privé défini au sens de la *Loi sur les hôpitaux privés (Ontario)* et autorisé par le ministère de la Santé, ou hôpital de même vocation situé à l'extérieur de l'Ontario.

hospitalisation – admission dans un établissement agréé où les patients hospitalisés reçoivent des services médicaux, diagnostiques et chirurgicaux sous la surveillance d'une équipe de médecins ou d'infirmiers praticiens et où se trouve du personnel infirmier autorisé de garde en tout temps.

infirmier – personne autorisée ou agréée par l'organisme de réglementation, l'ordre ou l'association régissant les soins infirmiers dans la province ou le territoire où elle travaille.

infirmier autorisé – personne qui :

- est titulaire d'un certificat d'infirmier autorisé (inf. aut.) aux termes de la *loi sur les professions médicales et paramédicales* de sa province ou de son territoire de résidence, ou de toute autre loi similaire; ou
- est autorisée dans une autre région à donner des services équivalents à ceux d'un infirmier autorisé; et
- n'est pas un infirmier auxiliaire autorisé (inf. aux. aut.); et
- n'est pas vous ou un membre de votre famille immédiate.

infirmier auxiliaire autorisé (inf. aux. aut.) – personne autorisée, certifiée ou agréée dans la région où les services sont donnés et qui n'est pas vous ou un membre de votre famille immédiate.

infirmier praticien (IP) – infirmier autorisé ayant obtenu un diplôme d'études supérieures en soins infirmiers et détenant un permis d'exercice dans sa région pour :

- fournir des soins directs aux patients pour le diagnostic et la gestion des affections et des maladies;
- prescrire des médicaments;
- demander et interpréter des analyses de laboratoire;
- faire des renvois à des spécialistes; et
- il ne doit pas s'agir de l'assuré ou d'un membre de sa famille immédiate.

médecin – docteur en médecine dûment autorisé à pratiquer la médecine et à effectuer des interventions chirurgicales sans restriction dans la région où les services sont fournis. Le médecin traitant ne doit pas être vous-même ou un membre de votre famille immédiate.

Sample

médicament interchangeable – comprend notamment :

- tout produit générique équivalant au médicament de marque qui est jugé interchangeable selon la loi applicable dans la province où l'ordonnance est exécutée; ou
- un médicament qui contient le même ingrédient actif qui n'a pas été jugé interchangeable dans la province où l'ordonnance est exécutée, mais qui a été reconnu comme étant interchangeable par Manuvie.

membre(s) de la famille immédiate – le conjoint, les enfants (naturels, adoptés ou par alliance), les parents, les frères et sœurs, les grands-parents, les grands-parents ou les membres de la belle-famille d'une personne assurée.

nécessaire du point de vue médical – soins, services ou fournitures que vous recevez d'un médecin, d'un infirmier praticien ou d'un professionnel de la santé et qui, selon nous :

- sont appropriés, compte tenu des symptômes et des résultats de tests ou du diagnostic et du traitement de votre maladie ou blessure,
- constituent une pratique médicale généralement reconnue au Canada, et
- présentent un bon rapport coût-efficacité.

Toutefois, le fait que votre médecin ou infirmier praticien prescrive un service ou des fournitures ne signifie pas automatiquement qu'ils sont nécessaires du point de vue médical et qu'ils sont assurés au titre du contrat.

niveau Vitalité – niveau de l'assuré principal dans le cadre du programme Manuvie *Vitalité*. Les niveaux sont décrits plus en détail dans le sommaire du programme Manuvie *Vitalité*.

numérisation(s) – une image ou un fichier PDF de votre proposition et de tout formulaire d'autorisation préalable applicable, qui sont aussi valides et contraignants que les documents originaux. Cela ne s'applique pas aux reçus, car les originaux doivent être envoyés si on les demande.

pandémie – maladie contagieuse se propageant dans le monde entier et touchant un grand nombre de personnes.

patient hospitalisé – personne demeurant dans un hôpital pendant plus de 24 heures consécutives, sur la recommandation du médecin traitant ou de l'infirmier praticien.

période de couverture – nombre de jours de couverture selon l'option choisie.

personne à charge – un enfant indiqué dans la proposition et dont vous êtes responsable en vertu de la loi. Un enfant assuré a moins de 21 ans, n'est pas marié, ne travaille pas à temps plein et dépend financièrement de vous.

perte – lorsqu'un membre est complètement sectionné au niveau de l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus, et perte totale et irrévocable de la vue.

pharmacoéconomie – discipline scientifique qui évalue la valeur des médicaments pharmaceutiques, des services cliniques ou des fournitures. Cette discipline comprend notamment les études cliniques, l'analyse des risques, la valeur économique et les incidences des coûts des médicaments sur les régimes. Les études pharmacoéconomiques nous aident à déterminer comment répartir les ressources de soins de santé, d'une façon normalisée et basée sur des données scientifiques.

pourcentage de remboursement – pourcentage des frais que nous remboursons à l'égard des prestations admissibles.

problème de santé – affection, maladie ou blessure (y compris les symptômes d'affections non diagnostiquées).

professionnel de la santé – tout professionnel de la santé autorisé dont la profession est réglementée et dont les tâches consistent à fournir des traitements, des conseils, des consultations, des diagnostics ou des services en cas d'hospitalisation.

régime public d'assurance maladie– tout régime ou arrangement fourni par un organisme gouvernemental canadien (sauf dans la province de Québec) ou sous la supervision de celui-ci pour couvrir ou rembourser les frais engagés pour des services ou des fournitures médicaux, entre autres le régime d'assurance maladie de votre province ou territoire de résidence, les programmes de soins à domicile, le programme des appareils et accessoires fonctionnels et la *Loi sur les accidents du travail* ou une loi similaire de votre province ou territoire de résidence. Toutefois, le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) n'est pas considéré comme un équivalent pour le remplacement du régime public d'assurance maladie.

Sample

résident – personne qui :

- possède une carte d'assurance maladie provinciale valide;
- a une résidence permanente au Canada; et
- a été au pays pendant au moins 183 jours au cours des 12 derniers mois.

stable – problème de santé auquel tous les énoncés suivants s'appliquent :
1. Aucun nouveau traitement n'a été prescrit ou recommandé ou le traitement en cours n'a pas été modifié ni interrompu, et
2. Aucun changement de médication n'a été effectué, ou aucun autre médicament n'a été recommandé ou prescrit; et
3. Aucune aggravation du problème de santé n'est survenue, et
4. Aucun nouveau symptôme n'est apparu ou il n'y a eu aucune aggravation ou augmentation de la fréquence des symptômes existants, et
5. Aucune hospitalisation ou recommandation de consulter un spécialiste n'a été nécessaire; et
6. Il n'y a aucun examen, test médical à des fins d'enquête ou traitement recommandé, mais non complété ou pour lequel les résultats sont attendus, et
7. Il n'y a aucun traitement planifié ou en attente.

Toutes ces conditions doivent être remplies pour qu'un problème de santé soit jugé stable.

titulaire du contrat – la personne à qui le présent contrat a été délivré et avec qui Manuvie a conclu un contrat d'assurance.

traitement – toute mesure médicale, thérapeutique ou diagnostique raisonnable prescrite par un dentiste, un médecin, un infirmier praticien ou un autre professionnel de la santé sous quelque forme que ce soit. Cela comprend les médicaments prescrits, tests diagnostiques raisonnables, hospitalisations, interventions chirurgicales ou autres soins médicaux prescrits ou recommandés et directement liés à la maladie, au symptôme ou au problème. Dans le cadre de la garantie Soins médicaux d'urgence en voyage, il s'agit d'un acte prescrit, accompli ou recommandé par un médecin pour un problème de santé. Cela comprend notamment la prescription de médicaments, les méthodes d'enquête et les interventions chirurgicales.

urgence – maladie ou blessure accidentelle grave, imprévue ou imprévisible, qui entraîne la maladie ou des lésions corporelles accidentelles chez la personne assurée. Dans le cadre de la garantie Soins médicaux d'urgence en voyage, un problème de santé soudain et imprévu qui nécessite un traitement immédiat. Votre problème de santé n'est plus considéré comme une urgence si les preuves examinées par le Centre d'assistance indiquent qu'aucun autre traitement n'est requis à destination ou que vous êtes en mesure de retourner dans votre province ou territoire de résidence pour recevoir d'autres traitements.

véhicule – automobile, motocyclette, autocaravane, camion, véhicule récréatif et tous les véhicules de classes A, B et C de moins de 11 mètres ou 36 pieds qui ne sont pas autorisés à transporter des passagers payants.

voyage – toute excursion effectuée à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence au Canada.

Sample

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

L'admissibilité aux récompenses peut changer au fil du temps et les récompenses ne sont pas garanties pour toute la durée du contrat d'assurance.

The Vitality Group International inc. offre le programme Manuvie *Vitalité* conjointement avec La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. Le programme Manuvie *Vitalité* est offert avec certains contrats. Les noms Vitalité et niveau Vitalité sont des marques de commerce de Vitality Group International, inc., que La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et ses sociétés affiliées utilisent sous licence. La marque de commerce de Manuvie est aussi utilisée par Vitality Group International inc. et les sociétés de son groupe, sous licence.

Emporte-moi, ServiceSécurisé, Manuvie, le M stylisé et Manuvie & M stylisé sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie) et sont utilisées par elle, ainsi que par ses sociétés affiliées sous licence.
© La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie), 2024. Tous droits réservés
C. P. 670 succursale Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8, 1 800 268-3763

Manuvie

Des formats accessibles et des aides à la communication sont offerts sur demande.
Pour en savoir plus, rendez-vous à l'adresse manuvie.ca/accessibilite.