

## FORFAIT BANCAIRE TOUT INCLUS MANUVIE – CERTIFICAT D'ASSURANCE PERTURBATION DE VOYAGE

### RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE ASSURANCE

Le présent certificat est établi par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie) et La Nord-américaine, première compagnie d'assurance, filiale en propriété exclusive de Manuvie. Manuvie a désigné Active Claims Management Inc. (exerçant ses activités sous le nom d'Active Care Management [Administration des Soins Actifs]) comme seul prestataire de services d'assistance et de règlement au titre du certificat.

Veillez noter que, dans le présent document, les risques marqués du symbole ‡ sont couverts par La Nord-américaine, première compagnie d'assurance.

Manuvie a établi le contrat d'assurance collective portant le numéro 996 à l'intention de la Banque Manuvie du Canada pour couvrir les frais que *vous* engagez durant *votre voyage* en cas de perturbation.

En cas de divergence entre les modalités du présent certificat d'assurance et celles du contrat d'assurance collective, les modalités du contrat d'assurance collective ont préséance, sauf pour les résidents du Québec qui peuvent invoquer les modalités de l'un ou l'autre.

Le présent certificat d'assurance résume les dispositions de la présente assurance collective et contient d'importants renseignements. **Veillez le lire et l'apporter quand vous partez en voyage.**

### EN CAS DE SINISTRE

Veillez téléphoner au Centre d'assistance. *Notre* Centre d'assistance est à *votre* disposition toute l'année, à toute heure du jour ou de la nuit.

Voici les numéros de téléphone pour communiquer avec le Centre d'assistance :

- **1 877 251-4521** (sans frais à partir du Canada ou des États-Unis)
- **+1 519 251-7803** (à frais virés, pour appeler au Canada à partir de tout autre pays, lorsque ce service est offert)

De plus, vous avez accès instantanément au Centre d'assistance au moyen de l'application mobile Aide Voyage. Pour télécharger cette application, rendez-vous à l'une des adresses suivantes :

<https://itunes.apple.com/ca/app/aide-voyage-manuvie/id1433702714?l=fr&mt=8>

[https://play.google.com/store/apps/details?id=com.acm.manulife.travelaid&hl=fr\\_CA](https://play.google.com/store/apps/details?id=com.acm.manulife.travelaid&hl=fr_CA)

### AVIS IMPORTANT À LIRE ATTENTIVEMENT

- Le but de l'assurance voyage est de couvrir les sinistres survenant dans des circonstances soudaines et imprévisibles. Il est important que *vous* lisiez et compreniez *votre* certificat avant *votre* voyage, car *votre* couverture peut être assujettie à certaines restrictions et exclusions.
- Il se peut que *votre* certificat ne couvre pas un *problème de santé* ou des symptômes qui étaient déjà présents avant *votre* voyage. Vérifiez comment cette exclusion s'applique dans le cadre de *votre* certificat et l'importance que peut avoir à cet égard *votre date de votre départ*.
- Advenant un accident, une *blessure* ou une maladie, vos antécédents médicaux peuvent être examinés lorsque *vous* présentez une demande de règlement.

- Si  *votre* certificat prévoit une assistance voyage, il  *vous*  faudra peut-être communiquer avec le Centre d'assistance désigné avant de recevoir un  *traitement* . Si  *vous*  omettez de le faire, les prestations qui  *vous*  seront versées au titre de  *votre*  certificat pourraient être limitées.

**Le présent certificat d'assurance renferme une disposition qui révoque ou limite le droit de l'assuré de désigner des personnes à qui ou pour qui des sommes assurées seront payables.**

## DÉFINITIONS

Les termes en italique ont une signification précise, qui est expliquée ci-après.

**Compte** – Compte bancaire courant de la Banque Manuvie en vertu de votre entente d'utilisation associée au forfait bancaire tout inclus Manuvie.

**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. Un tel acte vise le grand public, les gouvernements, les organisations, les propriétés, les infrastructures ou les systèmes électroniques.

L'activité en question vise à :

- effrayer le grand public;
- perturber l'économie;
- intimider, contraindre ou renverser un gouvernement (que celui-ci soit légitime ou non); et/ou
- servir des objectifs politiques, sociaux, religieux ou économiques.

**Fait 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.

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

**Transporteur public** – Bus, taxi, train, bateau,  *avion*  ou un autre  *véhicule*  commercial exploité en vertu d'un permis de transport de passagers payants et conçu et utilisé à cette fin.

**Date de départ** – Date à laquelle  *vous*  quittez  *votre lieu de résidence* .

**Lieu de résidence** – Province ou territoire où  *vous*  résidez au Canada.

**Hôpital** – Établissement agréé où les malades hospitalisés reçoivent des services médicaux, diagnostiques et chirurgicaux sous la surveillance d'une équipe de  *médecins*  et des soins prodigués en permanence par du personnel infirmier autorisé. Sont exclus les cliniques, établissements de soins palliatifs ou de longue durée, centres de réadaptation, centres de désintoxication, maisons de convalescence et de repos, centres d'hébergement et de soins de longue durée, foyers pour personnes âgées et établissements de cure.

**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*  par le sang ou adoptés,  *enfants*  du conjoint, frères, sœurs, demi-frères, demi-sœurs, tantes, oncles, nièces, neveux, cousins.

**Blessure** – Lésion corporelle soudaine qui résulte directement d'une cause d'origine externe et purement accidentelle, indépendamment de toute  *maladie*  ou affection.

**Personne clé** – Personne qui garde à temps plein *vo*tre enfant et qui ne peut raisonnablement être remplacée, ou associé ou employé indispensable à la conduite des affaires courantes de *vo*tre entreprise pendant le *vo*yage.

**Problème de santé** – *maladie, blessure, affection, symptômes; complications d'une grossesse durant les trente et une (31) premières semaines de grossesse.*

**Troubles mentaux ou émotifs mineurs** – Fait de vivre :

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

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

**Médecin** – Docteur en médecine dûment autorisé à pratiquer sa profession dans le territoire où il exerce et qui donne des soins médicaux dans le cadre de son domaine de compétence attesté. Le *médecin* doit être une autre personne que *vo*us, un *compagnon de voyage* ou un membre de *vo*tre *famille immédiate*.

**Avion** – Aéronef multimoteur exploité par une ligne aérienne ou un voyageur qui assure des liaisons régulières entre des aéroports homologués et qui détient un permis valide de la Commission des transports aériens du Canada, un permis d'exploitation de vols d'affrètement ou un permis étranger équivalent, et qui est piloté par un pilote accrédité.

**Par année** – Année civile.

**Date de retour** – Date de *vo*tre retour à *vo*tre *lieu de résidence*.

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

**Conjoint** – Personne qui est légalement mariée avec *vo*us ou qui entretient avec *vo*us une relation conjugale depuis au moins une année complète.

**Stable** – Se dit d'un *problème de santé* qui remplit tous les critères suivants :

- aucun nouveau symptôme ne s'est manifesté;
- les symptômes existants ne sont ni plus fréquents ni plus marqués;
- un *médecin* n'a pas établi que le *problème de santé* s'est aggravé;
- aucun résultat de tests n'indique une aggravation possible du *problème de santé*;
- un *médecin* n'a pas fourni, prescrit ou recommandé un nouveau médicament, ni prescrit ou recommandé un *changement de médication*;
- un *médecin* n'a pas fourni, prescrit ou recommandé un nouveau *traitement* ou un changement de *traitement*;
- aucune admission dans un *hôpital* ou une clinique spécialisée n'a été requise; et
- un *médecin* n'a pas conseillé qu'un spécialiste soit consulté ni que de nouveaux tests soient effectués, et aucun test pour lequel les résultats n'ont pas encore été communiqués n'a été fait.

**Compagnon de voyage** – Personne avec laquelle *vo*us avez fait vos réservations de *vo*yage et d'hébergement et qui voyagera avec *vo*us. Au plus trois (3) personnes (incluant l'assuré) peuvent être considérées comme des *compagnons de voyage* au cours d'un même *vo*yage.

**Traitement** – Hospitalisation, prescription de médicaments (incluant ceux à prendre au besoin), actes de nature médicale, thérapeutique, diagnostique ou chirurgicale prescrits, accomplis ou recommandés par un praticien autorisé. **IMPORTANT** : Toute référence aux tests, aux résultats de tests ou aux 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..

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

**Véhicule** – Voiture de tourisme, bateau, véhicule récréatif, camionnette de camping ou caravane motorisée, personnels ou de location, que  *vous* utilisez durant  *votre voyage* exclusivement pour le transport de passagers non payants.

**Nous, notre, nos** – La Nord-américaine, première compagnie d'assurance, et Manuvie. La participation des assureurs est individuelle et non conjointe, et en aucun cas un assureur n'est partie aux intérêts et responsabilités des autres assureurs.

**Vous, votre, vos** – Titulaire d'un compte bancaire courant de la Banque Manuvie en vertu de l'entente d'utilisation associée au forfait bancaire tout inclus Manuvie.

### **ADMISSIBILITÉ**

Pour que  *vous* soyez admissible à l'assurance :

- *vous* devez résider au Canada;
- *votre compte* doit être ouvert.

### **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;*
- la date de fermeture du  *compte;*
- lorsque le contrat d'assurance collective est annulé par  *nous* ou par la Banque Manuvie ou qu'il est modifié de façon à ne plus offrir d'assurance Perturbation;
- la date à laquelle  *vous* n'êtes plus admissible à la couverture.

### **CE QUI EST COUVERT PAR L'ASSURANCE PERTURBATION DE VOYAGE**

Si  *votre voyage* est perturbé et que  *vous* devez retourner à  *votre lieu de résidence* plus tôt ou plus tard que  *votre date de retour* prévue, à cause d'un risque couvert indiqué ci-après qui survient après  *votre date de départ,*

*Nous*  *vous* verserons jusqu'à 2 000 \$ par  *voyage* (maximum global de 10 000 \$ sur le  *compte par année*) pour :

1. la portion inutilisée de vos réservations de voyage qui a été payée avant  *votre date de départ* et qui n'est ni remboursable ni transférable à une autre date, sauf la portion prépayée mais non utilisée pour le transport jusqu'au  *lieu de résidence;*
2. le billet d'avion aller simple en classe économique, selon l'itinéraire le plus économique, pour  *vous* rendre à la destination suivante; ou
3. le billet d'avion aller simple en classe économique pour  *votre retour* à  *votre lieu de résidence.*

Ces prestations sont payables si l'un des risques couverts suivants survient :

1.  *Vous* ou  *votre compagnon de voyage* êtes victime d'un  *problème de santé* ou décédez.

2. Un membre de  *votre famille immédiate*, un membre de la  *famille immédiate* de  *votre compagnon de voyage* ou  *votre personne clé* est victime d'un  *problème de santé* ou décède, de façon soudaine et imprévue.
3. L'hôte qui devait  *vous* héberger durant  *votre voyage* est hospitalisé de façon imprévue ou décède.
4.  *Vous* ou  *votre compagnon de voyage* adoptez légalement un  *enfant*, et l'avis de garde est reçu après  *votre date de départ* et la date de la garde de l'enfant est prévue avant  *votre date de retour*.
5. ‡Durant  *votre voyage*,  *vous* ou  *votre compagnon de voyage* êtes appelés à servir comme réserviste, pompier, militaire ou membre des forces policières.
6. ‡ *Vous* ou  *votre compagnon de voyage* êtes mis en quarantaine ou victime d'un détournement.
7. ‡ *Vous* ou  *votre compagnon de voyage* ne pouvez plus habiter  *vos* résidences principales respectives ou exploiter  *vos* établissements commerciaux respectifs en raison d'une catastrophe naturelle.
8. ‡Les autorités canadiennes publient, après  *votre date de départ*, un avis aux voyageurs (« Éviter tout voyage non essentiel » ou « Éviter tout voyage ») conseillant ou recommandant aux résidents du Canada de ne pas se rendre à une destination comprise dans  *votre voyage*.
9. ‡ *Vous* manquez une correspondance ou devez interrompre  *votre voyage* en raison du retard du  *véhicule* de tourisme privé ou du  *transporteur public* assurant  *votre* correspondance, lorsque le retard est causé par une panne mécanique du  *véhicule* ou du  *transporteur public* en question, un accident de la route, un barrage routier ordonné d'urgence par la police ou encore les conditions météorologiques, un tremblement de terre ou une éruption volcanique. L'arrivée du  *véhicule* de tourisme privé ou du  *transporteur public* assurant  *votre* correspondance à  *votre* point d'embarquement devait être prévue au moins deux (2) heures avant l'heure prévue du départ.
10. ‡L' *avion* à bord duquel  *vous* devez voyager part plus tôt ou plus tard que prévu.  *plane you are ticketed to fly on leaves earlier or later than scheduled.*

## LIMITE DE COUVERTURE

### Acte terroriste –

Lorsqu'un  *acte terroriste* cause directement ou indirectement un sinistre admissible aux termes des modalités du présent certificat, l'assurance couvre un maximum de deux (2)  *actes terroristes* au cours d'une année civile et jusqu'à concurrence d'un montant global de 2,5 millions de dollars pour l'ensemble des contrats et certificats d'assurance Perturbation de voyage admissibles en vigueur établis et administrés par  *nous*. 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*.

## CE QUI N'EST PAS COUVERT PAR L'ASSURANCE PERTURBATION DE VOYAGE

*Nous* ne remboursons pas les frais engagés et  *nous* ne versons aucune prestation dans les cas suivants :

1. Tout  *problème de santé* qui n'était pas  *stable* au cours des trois (3) mois précédant  *votre date de départ*.

Toute affection cardiaque dont *vous* ou *votre compagnon de voyage* souffrez si, au cours des trois (3) mois précédant la date de souscription ou la date de la proposition liée à la présente assurance, tel qu'il est indiqué dans *votre avis de confirmation*, *vous* ou *votre compagnon de voyage* avez pris une forme quelconque de nitroglycérine pour soulager des douleurs angineuses.

Toute affection pulmonaire dont *vous* ou *votre compagnon de voyage* souffrez, si au cours des trois (3) mois précédant la date de souscription ou la date de la proposition pour la présente assurance, tel qu'il est indiqué dans *votre avis de confirmation*, *vous* ou *votre compagnon de voyage* avez eu besoin d'un *traitement* à l'oxygène à domicile ou à la prednisone.

2. Une situation dont *vous* ou *votre compagnon de voyage* étiez au courant avant *votre date de départ* ou qui, selon toute probabilité raisonnable, pouvait *vous* empêcher d'effectuer *votre voyage* tel qu'il a été convenu au moment de la réservation.
3. Les frais d'annulation de *voyage* engagés avant *votre date de départ*.
4. Le *problème de santé* ou le décès d'une personne malade lorsque le but de *votre voyage* est de rendre visite à cette personne.
5. *Votre* décès directement ou indirectement lié à des blessures ou maladies auto-infligées.
6. La perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel de *votre* part.
7. Le fait de ne pas suivre la thérapie ou le *traitement* prescrits.
8. Un sinistre, une *blessure* ou un décès attribuables à une intoxication, au mauvais usage, à la consommation abusive ou à une surdose de médicaments, de drogues, d'alcool ou d'autres substances intoxicantes, ou à la chimiodépendance à ceux-ci.
9. *Vos troubles mentaux ou affectifs mineurs*.
10. Les soins prénatals courants; b) une grossesse ou un accouchement ou les complications d'une grossesse ou d'un accouchement survenant dans les neuf (9) semaines précédant ou suivant la date prévue de l'accouchement; c) la naissance d'un enfant survenant après *votre* départ de *votre lieu de résidence*.
11. Tout problème de santé :
  - si *vous* saviez ou s'il était raisonnable de prévoir, avant *votre date de départ*, que *vous* auriez besoin de recevoir ou de solliciter un *traitement* pour ce problème;
  - pour lequel une investigation ou un *traitement* ultérieurs étaient déjà prévus avant *votre date de départ*;
  - dont les symptômes auraient amené toute personne normalement prudente à solliciter un *traitement* dans les trois (3) mois précédant *votre date de départ*; ou
  - qui avait amené un *médecin* à *vous* déconseiller de voyager, et ce, avant *votre date de départ*.
12. Tout *traitement* non urgent, tout *traitement* d'investigation ou tout *traitement* facultatif comme une chirurgie esthétique, le *traitement* d'une maladie chronique, la réadaptation, ainsi que toute complication connexe directe ou indirecte.
13. La non-délivrance d'un visa de voyage en raison de la présentation tardive de la demande.

14. Le défaut de tout fournisseur de services de voyage de *vous* procurer les services qu'il s'est engagé par contrat à *vous* fournir. Aucune protection n'est prévue en cas de défaillance d'un agent de voyage, d'une agence de voyages ou d'un courtier en voyages.
15. Tout sinistre survenant après la date de fermeture du *compte*.
16. Tout sinistre que *vous* subissez ou tout *problème de santé* dont *vous* souffrez ou que *vous* contractez dans un pays, une région ou une ville en particulier au sujet desquels le gouvernement du Canada a publié, avant *votre date de départ*, un avis aux voyageurs conseillant aux Canadiens d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non essentiel dans ce pays, cette région ou cette ville. Au titre de la présente exclusion, « sinistre » et « problème de santé » sont limités, liés ou attribuables à la raison invoquée dans l'avis aux voyageurs.
17. Tout *acte terroriste* attribuable ou lié directement ou indirectement à l'utilisation d'agents biologiques, chimiques, nucléaires ou radioactifs.
18. Un *fait de guerre*.

## **MARCHE À SUIVRE POUR PRÉSENTER UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT**

Veillez téléphoner au Centre d'assistance au moment où  *votre voyage*  est interrompu;  *vous*  recevrez alors l'aide nécessaire pour les demandes de règlement.

*Nous*  exigeons des pièces justificatives à l'appui de la demande de règlement, 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 de règlement est motivée par des raisons médicales; ou
- un rapport de la police ou des autorités compétentes confirmant la raison du retard, si  *votre*  demande de règlement se rapporte à une correspondance manquée.

*Vous*  devez également  *nous*  fournir les pièces justificatives suivantes, le cas échéant :

- tous les originaux des billets de transport et des bons non utilisés;
- les originaux des reçus pour les nouveaux billets de transport que  *vous*  avez dû acheter;
- les originaux des reçus pour les frais de voyage que  *vous*  aviez payés d'avance;
- le dossier médical intégral de toute personne dont l'état de santé ou le  *problème de santé*  constitue la raison de  *votre*  demande de règlement; et
- toute autre facture ou tout autre reçu étayant  *votre*  demande.

*Nous*  verserons toute somme exigible au titre du présent contrat dans un délai de trente (30) jours pour les demandes de règlement qui ne se rapportent pas à des frais médicaux.

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

*Nous*  vous versons, à  *vous* -même, le montant des frais couverts au titre de la présente assurance.

Advenant votre décès, toute somme exigible sera versée à  *vos*  ayants droit.  *Vous*  devez  *nous*  rembourser toute somme que  *nous*  avons versée ou que  *nous*  avons autorisée en  *votre*  nom si  *nous*  établissons que cette somme n'a pas à être versée au titre de  *votre*  certificat.

Tous les montants indiqués dans le présent certificat sont exprimés 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 indiqué dans  *votre*  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?**

Si  *vous*  contestez  *notre*  décision relative à  *votre*  demande de règlement, le cas pourra être soumis à l'arbitrage en vertu des lois régissant l'arbitrage dans la province ou le territoire où  *vous*  résidiez au Canada au moment de la souscription du présent certificat.

Les actions intentées contre l'assureur pour recouvrer des sommes assurées exigibles au titre du contrat sont irrecevables si elles ne sont pas introduites dans les délais fixés par la Loi sur les assurances en ce qui a trait à la prescription des actions en Alberta, en Colombie-Britannique ou au Manitoba, par la Loi de 2002 sur la prescription des actions de l'Ontario ou par toute autre loi applicable. En ce qui concerne les actions régies par les lois du Québec, le délai prescrit est stipulé dans le Code civil du Québec.

**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 au titre du présent certificat.  *Vous*  devez  *nous*  faire parvenir une preuve de sinistre dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date du 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, fournie, dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, mais en aucun cas plus d'un an après la date à laquelle une demande de règlement prend naissance au titre du présent certificat, s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner l'avis ou de fournir la preuve dans le délai prescrit.



**Preuve de sinistre** – Le Centre d'assistance fournira les formulaires de preuve de sinistre dans les quinze (15) jours suivant la réception de l'avis 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* ou de la *blessure* ou de la survenance du risque couvert donnant lieu à la demande de règlement, ainsi que l'étendue du sinistre.

Toute correspondance relative aux règlements doit être envoyée à l'adresse suivante :

Assurance voyage Manuvie a/s Active Care Management

P.O. Box 1237, Stn. A

Windsor (Ontario) N9A 6P8

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

### **CE QUE VOUS DEVEZ ÉGALEMENT SAVOIR**

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

Toute fraude ou tentative de fraude, ou toute dissimulation ou déclaration mensongère de *votre* part portant sur des faits ou circonstances importants à l'égard du présent certificat d'assurance entraîne la nullité de l'assurance.

Le présent certificat est incessible et il est sans participation. *Vous* n'avez pas droit à *nos* bénéfices répartisables.

Nonobstant toutes les autres dispositions qu'il contient, le présent contrat est assujéti aux dispositions de la Loi sur les assurances régissant les contrats d'assurance accidents et maladies qui s'appliquent dans *votre* province ou territoire de résidence.

En cas de divergence entre les modalités du présent certificat d'assurance et celles du contrat d'assurance collective, les modalités du contrat d'assurance collective ont préséance.

*Vous* pouvez également obtenir sur demande et moyennant un préavis raisonnable une copie du contrat d'assurance collective, à l'exclusion des parties comportant des renseignements confidentiels ou sans rapport avec une demande de règlement ou le refus d'une demande de règlement.

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

Le régime énoncé dans le présent certificat d'assurance est de type « second payeur ». Si *vous* bénéficiez d'autres régimes ou contrats d'assurance de responsabilité civile, d'assurance soins médicaux de base ou complémentaire, collective ou individuelle, y compris tout régime d'assurance automobile privé, provincial ou territorial, couvrant vos frais d'hospitalisation, 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 couvertures.

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 qui *vous* versent des prestations semblables à celles prévues par la présente assurance, 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 du 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 ayant fait l'objet de la demande de règlement au titre du 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 assuré au titre de plusieurs contrats ou certificats d'assurance que *nous* avons établis, 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 tout contrat ou certificat d'assurance.

**Protection des renseignements personnels** – *Nous nous* engageons à protéger *votre* droit à la vie privée et la confidentialité de *vos* renseignements personnels. *Nous* recueillerons, utiliserons et divulguerons les renseignements personnels seulement aux fins de l'administration des couvertures prévues au titre du présent certificat. Afin de préserver le caractère confidentiel de *vos* renseignements personnels, *nous* créerons un dossier de services financiers contenant les renseignements qui seront utilisés pour 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 et de l'instruction des sinistres de Manuvie, ainsi qu'à toute autre personne ayant reçu *votre* autorisation ou ayant été autorisée en vertu de la loi. Ces personnes, organisations et fournisseurs de services peuvent se trouver dans des territoires de compétence situés à l'étranger et être soumis aux lois en vigueur dans ces territoires. *Votre* dossier est gardé en lieu sûr dans les bureaux de Manuvie. *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, 500 King Street North, P.O. Box 1602, Waterloo (Ontario) N2J 4C6.