

La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie)

Régimes d'assurance soins médicaux et soins dentaires FlexSanté^{MD}

Vous avez fait un excellent choix en souscrivant une assurance soins médicaux complémentaires auprès de Manuvie. Le présent document contient tous les renseignements sur votre contrat et sur la façon de l'utiliser. Votre contrat comprend le présent document, le Tableau des garanties, les pièces jointes et tout document de modification. La date d'effet (aussi appelée la date d'entrée en vigueur) de votre contrat figure au sommaire des renseignements. Lisez attentivement le présent document pour vous familiariser avec les caractéristiques de votre contrat afin de profiter pleinement des avantages qu'il offre.

Les garanties sont fournies par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie). Nous administrons le présent contrat et versons des prestations conformément aux modalités et aux restrictions du contrat, tant que les primes sont payées. La première prime est exigible avant la date d'effet, et les primes futures sont payées à la date indiquée au sommaire des renseignements.

Le présent contrat renferme des dispositions qui révoquent ou limitent le droit de l'assuré de désigner des personnes à qui ou pour qui des sommes assurées seront payables.

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



Roy Gori

Président et chef de la direction

Garantie de remboursement de 30 jours

Les 30 premiers jours de votre contrat constituent la « période de libre examen ». Si, pendant cette période, vous décidez que vous ne souhaitez pas 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 et le montant de toute prestation déjà versée. Si le montant des prestations versées est supérieur au montant des primes que vous avez acquittées, vous devez rembourser la différence. Ce droit d'annulation expire 30 jours après la date de réception de votre contrat et ne s'applique pas aux contrats rétablis, remplacés ou consolidés permettant le maintien en vigueur d'une couverture qui a débuté au titre d'un contrat établi antérieurement. Les droits du bénéficiaire au titre du présent contrat, le cas échéant, sont subordonnés à ce droit d'annulation.

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

Table des matières

Avant de commencer	4
1 Fonctionnement de votre contrat	4
Admissibilité	4
Primes	5
Comment modifier ou résilier votre contrat	5
Pour nous joindre	6
Quand un formulaire d'autorisation préalable est-il requis?	6
Comment soumettre un formulaire d'autorisation préalable	6
2 Versement des prestations	7
3 Garanties d'assurance soins médicaux	7
Soins médicaux complémentaires	8
Soins dentaires à la suite d'un accident	8
Services ambulanciers	8
Actes diagnostiques – résidents du Québec seulement	8
Appareils auditifs	9
Soins à domicile et soins infirmiers	9
Équipement médical, prothèses et fournitures pour diabétiques	10
Santé mentale et thérapie	11
Orthèses fabriquées sur mesure	11
Services paramédicaux	11
Fractures	11
Soins dentaires	11
Décès ou mutilation par accident	12
Soins de la vue	13
Prestation aux survivants	13
Médicaments sur ordonnance	14
Perte catastrophique	15
Hospitalisation en chambre à un ou deux lits	15
Indemnités d'hospitalisation	16
Exclusions à l'égard de la couverture d'assurance soins médicaux	16

4 Soins médicaux d'urgence en voyage	17
Disponibilité des garanties	17
Description – Soins médicaux d'urgence en voyage	18
Le Centre d'assistance	21
Exclusions – Soins médicaux d'urgence en voyage	21
Conditions – Soins médicaux d'urgence en voyage	23
Présentation d'une demande de règlement d'assurance voyage	23
5 Le programme Manuvie Vitalité	25
Niveaux Vitalité	25
Admissibilité aux niveaux	25
6 Dispositions additionnelles	26
7 Dispositions légales	29
8 Termes utilisés dans le présent contrat	30

SPÉCIMEN

Avant de commencer

Ceci est un contrat juridique entre vous et nous. Dans le présent contrat, « 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 du contrat doivent être payées en entier jusqu'à la date courante. Vous devez être un résident du Canada et être couvert par le régime public d'assurance maladie de votre province ou territoire de résidence.

Nous utiliserons à l'occasion l'expression « conformément aux modalités du présent contrat ». Nous pouvons mettre à jour nos modalités sans préavis pour tenir compte des politiques de la Société, des changements économiques ou des modifications législatives, y compris les modifications à la législation en matière d'impôt sur le revenu. Les modifications que nous apportons, le cas échéant, aux modalités n'influent pas sur les garanties prévues par le présent contrat.

Toutes les garanties indiquées dans le présent contrat s'appliquent à chaque assuré. 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.

Remarque : Un sens précis a été attribué à certains des termes utilisés dans le présent contrat. Consultez la section **Termes utilisés dans le présent contrat** pour vous familiariser avec ces termes et la définition de chacun lorsque vous consultez le présent contrat.

La couverture au titre de ce contrat n'est offerte qu'aux résidents du Canada.

1 Fonctionnement de votre contrat

Lorsque vous avez souscrit votre contrat d'assurance soins médicaux et soins dentaires, nous avons convenu de vous fournir des garanties conformément aux modalités du présent contrat si vous payez vos primes. Tout versement, à nous ou par nous, en vertu du présent contrat est effectué en monnaie canadienne et ne génère pas d'intérêts. Nous indiquons la date d'effet de votre contrat dans le sommaire des renseignements. Cette date est également appelée « date d'entrée en vigueur ».

Tous les assurés au titre de votre contrat bénéficient de la même couverture.

Admissibilité

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

- être un résident du Canada;
- être couvert au titre d'un régime public d'assurance maladie;
- les résidents du Québec doivent être inscrits au régime d'assurance médicaments de la RAMQ ou avoir une couverture équivalente au titre d'un régime collectif; et
- avoir au moins 18 ans à la date de la proposition d'assurance ayant donné lieu au présent contrat, sauf dans le cas des enfants à charge d'un assuré.

Si nous décidons que vous ou toute autre personne au titre du contrat n'étiez pas admissible ou n'êtes pas actuellement admissible, nous pouvons résilier l'intégralité du contrat, ou modifier ou résilier seulement la couverture des personnes non admissibles. 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. Les primes pourraient ne pas être remboursées, et nous pourrions également vous demander de nous rembourser toute prestation que nous vous avons versée après que nous vous ayons informés de la résiliation de votre contrat.

Primes

La prime correspond au montant que nous vous facturons pour votre contrat d'assurance soins médicaux. La première prime est exigible avant la date d'effet du contrat.

La prime changera si vous modifiez votre couverture d'assurance ou si la couverture que vous avez choisie augmente à une date prévue de renouvellement. Nous vous enverrons un avis au moment où il est prévu que la prime change.

La première prime est exigible avant la date d'effet, puis chaque paiement mensuel est exigible à une date déterminée par nous. 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.

Votre contrat reste en vigueur de mois en mois tant que les primes exigibles sont payées à leur date d'échéance. Si vous ne payez pas vos primes, un délai de grâce de 31 jours vous est accordé pour acquitter le montant en souffrance et ainsi maintenir votre contrat en vigueur. La couverture prend fin au dernier jour du délai de grâce si nous ne recevons pas votre paiement. Si un paiement est retourné en raison d'un manque de fonds, nous vous facturerons des frais d'administration de 25 \$.

Nous nous réservons le droit de modifier les primes exigibles au titre du présent contrat. Le cas échéant, nous vous enverrons un préavis de 30 jours. La prime peut également changer d'une année à l'autre selon le niveau Vitalité^{MC} de l'assuré principal.

Comment modifier ou résilier 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 pourrions exiger une preuve d'assurabilité lorsque vous ajoutez des personnes à votre couverture après la demande initiale. Nous n'exigeons pas de preuve d'assurabilité pour un nouveau-né si la demande est présentée dans les 30 jours suivant la naissance. Un seul conjoint à la fois peut être couvert au titre du régime.

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

Si vous décidez de modifier votre couverture ou d'y mettre fin, vous devez communiquer avec nous en ligne ou appeler notre Centre de service à la clientèle au 1 800 268-3763.

L'assuré principal doit retirer un assuré au titre du régime si :

- la personne décède;
- il n'est plus le conjoint de l'assuré principal en raison d'un divorce ou de la fin d'une union civile au Québec;
- sa résidence principale est différente de celle de l'assuré principal; ou
- un enfant assuré atteint l'âge de 21 ans, se marie, devient orphelin ou obtient un emploi à temps plein.

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 la résiliation 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. Si une résiliation 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.

Tout adulte assuré ou toute personne à charge qui souhaite exercer son droit de transformation peut également adhérer au programme Manuvie Vitalité^{MC} au moment d'effectuer sa demande de transformation, mais ne peut le faire par la suite. La charge Vitalité n'est pas remboursable.

Vous ne pouvez pas remplacer l'assuré principal, aussi appelé titulaire du contrat, par une autre personne.

Nouvelle proposition

En cas d'annulation du contrat, il n'est possible de soumettre une autre proposition d'assurance au titre d'un régime individuel (non collectif) d'assurance soins médicaux de la Manuvie qu'après une période de 24 mois.

Pour nous joindre

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**.

Vous pouvez également nous envoyer des documents par courrier affranchi à l'adresse suivante :

Assurance individuelle, Manuvie
P.O. Box 670, Station Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J 4B8
À l'attention de : Service des contrats

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

Avant de procéder à l'achat d'un produit ou d'un service de plus de 300 \$, vous devez nous envoyer un formulaire d'autorisation préalable qui fait état des frais liés à l'achat, à la location à bail et à la location. Nous analyserons l'estimation et déterminerons le montant payable, le cas échéant. Nous pourrions vous recommander des fournisseurs de services dans votre secteur.

Vous devez nous faire parvenir un formulaire d'autorisation préalable signé par un professionnel de la santé avant d'acheter les produits ou de recevoir les services suivants ou de prendre des dispositions à leur égard :

- oxygène;
- fauteuil roulant non électrique standard;
- lit d'hôpital ajustable;
- soins à domicile ou soins infirmiers;
- appareils auditifs;
- prothèses;
- orthèses;
- fournitures et équipement médicaux;
- soins dentaires en cas d'accident.

Comment soumettre un formulaire d'autorisation préalable

Une fois que vous aurez rempli toutes les sections et que le médecin – ou l'infirmier praticien – et le représentant du fournisseur auront ajouté leurs commentaires, vous pourrez numériser le formulaire et l'envoyer en ligne de façon 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 l'adresse suivante :

Assurance individuelle, Manuvie
Demandes de règlement pour soins médicaux – Autorisation préalable
P.O. Box 670, Station Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J 4B8

Nous vous informerons du montant approuvé 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.

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. Vos garanties d'assurance soins médicaux 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 Tableau des garanties pour obtenir une liste des garanties, des réductions, des restrictions et des exclusions.

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 la prestation à sa succession.

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 :

- qui ont été engagés au cours des 12 derniers mois;
- que nous considérons comme raisonnables, habituels et normaux. Cela signifie que les frais ne peuvent pas excéder 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 sont nécessaires du point de vue médical et prescrits par un médecin, un infirmier praticien, un dentiste, un denturologiste ou un autre professionnel de la santé autorisé;
- qui sont payables conformément à la loi.

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

- frais engagés à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence;
- frais couverts au titre d'un régime public d'assurance maladie;
- frais non remboursables conformément aux exclusions, restrictions, dispositions et modifications du présent contrat;
- 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;
- médicaments sur ordonnance, services ou fournitures qui ne sont pas approuvés par Santé Canada ou 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;
- 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* du Canada, sauf s'ils sont couverts au titre du présent contrat.

3 Garanties d'assurance soins médicaux

Les garanties d'assurance soins médicaux offertes au titre du présent contrat sont décrites ci-dessous. Elles sont soumises à des restrictions, des exclusions et des réductions de couverture, lesquelles sont indiquées dans la description de certaines garanties, dans une rubrique distincte ou au Tableau des garanties. Les garanties décrites dans la présente partie du contrat ne s'appliquent peut-être pas toutes à votre cas. Veuillez vous reporter au Tableau des garanties et au sommaire du programme Manuvie *Vitalité*, s'il y a lieu, pour obtenir des précisions sur la couverture choisie. Votre participation aux programmes de remise des fabricants et aux régimes gouvernementaux pertinents est obligatoire en ce qui concerne toutes les prestations applicables. **Les frais doivent être engagés dans votre province ou territoire de résidence pour être admissibles.**

Le fournisseur de services ne doit pas être un membre de votre famille immédiate. Les frais de service sont considérés comme étant les frais raisonnables, habituels et normaux pour chaque service. Les frais engagés pour les soins, les services et les fournitures énumérés dans cette section sont remboursés sous réserve des maximums stipulés au Tableau des garanties du présent contrat.

Soins médicaux complémentaires

Soins dentaires à la suite d'un accident

Honoraires pour le traitement de dents naturelles requis à la suite d'une blessure accidentelle à la tête ou à la bouche, mais non à cause d'un objet placé intentionnellement ou non dans la bouche. Ne s'applique qu'aux blessures subies après la date d'effet du contrat.

Vous devez :

- obtenir une autorisation préalable avant de commencer tout traitement visant à soulager la douleur, sauf dans le cas d'un traitement d'urgence. Les frais non remboursés sont à votre charge;
- nous envoyer un plan de traitement écrit par le dentiste traitant, décrivant les circonstances de l'accident, l'état des dents avant l'accident, le traitement proposé et son coût. Cette étape est aussi connue sous le nom de détermination préalable des prestations;
- nous signaler la blessure dans les 90 jours suivant la date de l'accident;
- nous signaler si l'assuré a moins de 18 ans au moment de l'accident, avant son 19^e anniversaire de naissance;
- vous assurer que le traitement commence dans les 90 jours suivant la date de l'accident et se termine dans l'année qui suit la date de l'accident.

Nous analyserons le plan de traitement et vous aviserons du montant remboursable. Par ailleurs :

- nous calculerons le montant des prestations d'après les honoraires du guide des tarifs conseillés aux dentistes généralistes en vigueur dans la province ou le territoire où les services sont donnés, au moment où ils sont donnés;
- nous déterminerons le montant payable si le plan de traitement prévoit une fourchette d'honoraires, des frais de laboratoire ou d'autres circonstances particulières.

Nous ne rembourserons pas les frais engagés après l'annulation du présent contrat ou de la couverture d'un assuré au titre du présent contrat.

Nous nous réservons le droit de prendre en considération les autres interventions, services, soins et matériaux disponibles, et d'offrir un remboursement correspondant à l'approche la moins coûteuse qui produirait des résultats professionnels adéquats et conformes aux normes reconnues en pratique dentaire. Le recours antérieur à une intervention, à un service, à des soins ou à des matériaux semblables n'a aucune incidence sur cette disposition. Nous nous réservons également le droit de refuser le remboursement si un plan de traitement n'est pas approuvé avant la fin du traitement.

Services ambulanciers

Nous rembourserons la différence entre le montant remboursé par le régime public d'assurance maladie et les frais raisonnables, habituels et normaux pour le transport, nécessaires du point de vue médical, par service ambulancier terrestre ou aérien, vers un hôpital de votre province ou territoire de résidence. Il n'y a pas de maximum la vie durant. Nous ne payons pas le transport à l'hôpital par service ambulancier privé et les services ambulanciers pour le transport de l'hôpital à une résidence ou une maison de retraite.

Actes diagnostiques – résidents du Québec seulement

Frais pour les actes diagnostiques suivants :

- Tomodensitogrammes
Examens nécessaires pour le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou d'une blessure, prescrits ou demandés par le médecin ou l'infirmier praticien traitant.
- Échographies
Dans une clinique ou un cabinet privé.
- Imagerie par résonance magnétique (IRM)
IRM nécessaire pour le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou d'une blessure, lorsqu'elle est prescrite ou demandée par un médecin ou un infirmier praticien.

- Épreuves de laboratoire
Analyses de sang recommandées par un médecin ou un infirmier praticien et effectuées par un infirmier dans une clinique privée, un laboratoire, une pharmacie ou à la maison, analyses d'urine et prélèvements de gorge effectués dans une clinique privée et nécessaires à la suite d'un accident ou aux fins de diagnostic ou de traitement d'une maladie, jusqu'à concurrence du maximum global payable par catégorie.
- Test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS)
Analyse requise pour le diagnostic ou le traitement d'une maladie, lorsqu'elle est prescrite ou demandée par le médecin ou l'infirmier praticien traitant.
- Analyse CA 125
Analyse requise pour le diagnostic ou le traitement d'une maladie, lorsqu'elle est prescrite ou demandée par le médecin ou l'infirmier praticien traitant.
- Audiologiste
Honoraires de l'audiologiste.

Appareils auditifs

Les frais portant sur des appareils auditifs doivent d'abord être présentés au titre du Programme des appareils et accessoires fonctionnels (PAAF) du gouvernement, puis une demande de règlement peut nous être envoyée pour tout solde. Vous devez soumettre un formulaire d'autorisation préalable signé par un professionnel de la santé. Les prestations peuvent être versées jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué dans le Tableau des garanties et comprennent l'achat des premières piles et la réparation des appareils auditifs.

Exclusions – aucune prestation ne sera versée à l'égard de ce qui suit :

- l'examen médical ou audiométrique, ou l'évaluation de l'ouïe; ou
- le remplacement des piles.

Soins à domicile et soins infirmiers

Honoraires :

- d'un infirmier autorisé (inf. aut.), d'un infirmier auxiliaire autorisé (inf.), d'un infirmier auxiliaire (inf. aux.) ou d'un préposé aux services de soutien à la personne;
- d'un ergothérapeute.

Pour être admissibles, les services doivent comprendre des soins personnels dans une large mesure, être certifiés comme étant nécessaires du point de vue médical et ils ne peuvent être fournis qu'à votre résidence principale. Vous devez nous soumettre un formulaire d'autorisation signé par un médecin ou un infirmier praticien. Nous vous informerons du type de soignant et de la durée des services admissibles approuvés. Pour les besoins urgents et immédiats, communiquez avec notre centre d'appels au 1 800 268-3763.

Exclusions – aucune prestation ne sera versée à l'égard de ce qui suit :

- frais et commissions d'agences, heures supplémentaires ou honoraires supérieurs aux frais que nous jugeons habituels, raisonnables et normaux;
- soins dispensés par un membre de la famille;
- services non autorisés par écrit par le médecin traitant ou l'infirmier praticien;
- frais admissibles au titre d'une couverture semblable au titre d'un régime gouvernemental;
- repas et entretien ménager, soins de garde;
- services de répit, services dans un hôpital/un établissement de soins de longue durée/une unité de soins de longue durée/un centre de réadaptation à faible intensité;
- supervision/surveillance, magasinage/transport aller-retour vers le domicile ou vers le bureau d'un professionnel de la santé, et soins dispensés par un aide familial résidant.

Équipement médical, prothèses et fournitures pour diabétiques

Avant de procéder à l'achat de fournitures et d'équipement médicaux, de prothèses et de fournitures pour diabétiques de plus de 300 \$, vous devez nous envoyer un formulaire d'autorisation préalable qui fait état des frais liés à l'achat, à la location à bail et à la location. Nous analyserons l'estimation et déterminerons le montant payable, le cas échéant.

Si la somme des frais de location d'un équipement, pour la durée d'utilisation estimée par le médecin ou l'infirmier praticien, est plus élevée que le coût d'achat de l'équipement, nous pourrions choisir de rembourser un montant correspondant au prix d'achat initial de l'équipement plutôt qu'aux frais de location pour les articles suivants :

- fauteuil roulant non électrique standard;
- lit d'hôpital électrique standard;
- plâtres, canes et béquilles;
- déambulateurs et déambulateurs avec repose-genou;
- fournitures pour diabétiques (aiguilles, seringues, lancettes et bandelettes réactives pour l'autosurveillance de la glycémie);
- oxygène : vous devez toujours soumettre un formulaire d'autorisation préalable signé par un professionnel de la santé;
- membre artificiel standard. Si vous choisissez une prothèse myoélectrique ou une prothèse pour faire du sport, nous ne couvrirons que le coût d'une prothèse ordinaire;
- œil artificiel, attelles, bandages herniaires, plâtres, collets cervicaux, appareils orthopédiques, à l'exclusion des appareils orthodontiques fixes;
- fournitures pour stomisés, s'il y a abouchement chirurgical;
- perruques en cas de diagnostic lié à un cancer et prothèse mammaire externe à la suite d'une mastectomie;
- bandages ou pansements chirurgicaux stériles, vêtements de compression utilisés après une intervention chirurgicale ou traitement de plaies ouvertes.

Nous nous réservons le droit d'exiger que vous achetiez l'équipement auprès d'un fournisseur privilégié.

Exclusions – aucune prestation ne sera versée à l'égard de l'équipement médical suivant :

- les concentrateurs d'oxygène portables et l'oxygène utilisés à l'extérieur de la maison, y compris les concentrateurs d'oxygène et l'oxygène utilisés pendant un voyage effectué par voie aérienne, terrestre, maritime ou ferroviaire, ou par d'autres moyens;
- l'achat ou le financement d'un triporteur ou d'un quadriporteur motorisé, d'un fauteuil roulant motorisé pour enfant ou adulte, d'un fauteuil roulant bariatrique, d'une poussette spécialisée pour enfant (modèle robuste), d'une base de positionnement (à bascule dynamique manuelle) légère pour enfant ou d'un fauteuil roulant léger standard;
- les composantes et la réparation de fauteuils roulants, y compris la rembourrure et le tissu, les composantes des repose-pieds rabattables et amovibles, les repose-pieds ou repose-jambes, l'appui-dos et les composantes de l'appui-dos, les accoudoirs, les freins et les pièces de rechange pour les freins, les rallonges pour les freins, les roulettes avant, les roues, la quincaillerie servant au soutien latéral et les pièces optionnelles fabriquées sur mesure servant au soutien latéral, la quincaillerie pour le pommeau, le pommeau ou le dispositif abducteur, les ceintures de positionnement, le coussin de siège, la quincaillerie pour le coussin de siège, le siège de remplacement, le plateau et le plateau de remplacement, le levier de commande et le levier de commande de remplacement, le dispositif de basculement et d'inclinaison mécaniques, le boîtier de commande ou le dispositif de motorisation d'appoint;
- les frais qui excèdent ceux prévus par nos lignes directrices, qui sont plus élevés que ceux que nous considérons comme raisonnables, habituels et normaux ou qui portent sur des appareils qui ne figurent pas sur notre liste d'appareils approuvés;
- les frais associés à un double ou un remplacement de prothèses, de dispositifs ou de fournitures et équipements médicaux qui ne sont pas conformes à nos lignes directrices à l'égard de tels remplacements;
- glucomètres;
- les appareils ou capteurs flash de surveillance du glucose;
- les appareils, capteurs et transmetteurs pour la surveillance en continu du glucose;
- les appareils de perfusion sous-cutanée en continu d'insuline (pompes à insuline) et fournitures connexes.

Santé mentale et thérapie

Frais liés à des services de consultation directe d'un psychologue autorisé, d'un conseiller clinicien, d'un psychothérapeute autorisé, d'un thérapeute matrimonial et familial autorisé, d'un orthophoniste ou d'un travailleur social autorisé, que l'assuré consulte pour la gestion du stress, des problèmes émotionnels, des problèmes d'apprentissage et de comportement et des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie.

Orthèses fabriquées sur mesure

Frais pour l'achat d'orthèses sur mesure, plâtre ou tomodensitométrie. Vous devez nous soumettre un formulaire d'autorisation signé par un médecin, un infirmier praticien, un podologue ou un podiatre.

Services paramédicaux

Honoraires des praticiens autorisés suivants, jusqu'à concurrence de la différence entre la somme remboursée par votre régime public d'assurance maladie et les frais raisonnables et habituels : acupuncteur, chiropraticien, ostéopathe, naturopathe, chiropodiste, podiatre, physiothérapeute, massothérapeute et diététiste. Nous pourrions exiger une recommandation d'un médecin ou d'un infirmier praticien pour la première consultation. Frais remboursés après épuisement des prestations annuelles payables au titre du régime public d'assurance maladie, le cas échéant.

Exclusions :

- soins dispensés par un membre de la famille;
- soins dispensés par une personne qui n'a pas conclu d'entente avec un régime public d'assurance maladie.

Fractures

Couverture non offerte au titre du régime MédiBase

Si, à la suite d'un accident, un assuré subit une fracture indiquée au Tableau des garanties ci-joint, l'assureur versera la prestation correspondante. Si l'assuré subit plusieurs fractures à la suite d'un même accident, seule la fracture qui donne lieu à la prestation la plus élevée fait l'objet d'une indemnisation.

Soins dentaires

Couverture non offerte au titre des régimes Médicaments Plus ou MédiBase

Veillez consulter le Tableau des garanties pour connaître les montants de couverture au titre de votre régime.

Nous couvrons les frais engagés pour les soins et les services dentaires, jusqu'à concurrence des honoraires du guide des tarifs conseillés aux dentistes généralistes en vigueur dans la province où les services sont donnés, au moment où ils sont donnés. Les prestations sont soumises au pourcentage de remboursement en premier lieu, puis au montant maximum. Aucune prestation n'est payable pour les soins et les services dentaires donnés à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence, et pour les frais engagés avant la date d'effet du contrat.

Disposition relative aux solutions de remplacement : L'assureur se réserve le droit de prendre en considération les autres interventions, services, soins et matériaux disponibles, et d'offrir un remboursement correspondant au traitement le moins coûteux qui produirait des résultats professionnels adéquats et conformes aux normes reconnues en pratique dentaire. Le recours antérieur à une intervention, à un service, à des soins ou à des matériaux semblables n'a aucune incidence sur cette disposition.

Services d'entretien continu

- examens;
- services de diagnostic;
- soins de prévention;
- scellants de puits et fissures – molaires permanentes uniquement (jusqu'à l'âge de 15 ans inclusivement);
- restaurations, y compris amalgames collés au taux des amalgames non collés;
- détartrage;
- surfaçage radiculaire;
- extractions sélectives;
- polissage.

Chirurgie buccale, soins d'endodontie, soins de parodontie et autres services (couverture non offerte au titre du régime de base ou de la garantie initiale)

- services complémentaires;
- appareils de maintien d'espace;
- réparation, regarnissage, rebasage et ajustement de prothèses;
- anesthésie.

Restaurations importantes (couverture non offerte au titre du régime de base ou de la garantie initiale)

- prothèses, y compris les prothèses de qualité supérieure, remboursées au prix des prothèses ordinaires;
- couronnes, y compris les couronnes en amalgame collé, remboursées au prix des couronnes en amalgame non collé;
- ponts;
- soins d'orthodontie.

Si vous avez besoin de soins de restauration importants, vous devez nous envoyer des radiographies et un plan de traitement rempli par votre dentiste avant le début des soins ou du traitement. Nous communiquerons avec vous pour vous indiquer le montant de couverture admissible au titre de votre régime.

Les frais des modèles d'étude ou de laboratoire engagés au cabinet du dentiste ou dans un laboratoire commercial dans le cadre des services couverts sont inclus.

Décès ou mutilation par accident

La prestation prévue par la présente garantie est versée en cas de perte attribuable directement à une blessure ou à un décès accidentels. Cette garantie couvre l'assuré 24 heures sur 24 contre une blessure et le décès qui résultent directement d'un accident et surviennent dans les 365 jours qui suivent l'accident. La prestation payable au décès de l'assuré est versée à ses ayants droit, sauf si l'assuré en a décidé autrement par écrit. Toutes les autres prestations sont versées à l'assuré.

Si l'assuré subit plusieurs pertes à la suite d'un accident, seule la perte donnant lieu à la prestation la plus élevée fait l'objet d'une indemnisation.

Aucune prestation n'est versée pour les pertes attribuables directement ou indirectement, de quelque façon que ce soit et dans quelque mesure que ce soit, à ce qui suit :

- blessure que l'assuré s'inflige;
- suicide ou tentative de suicide;
- maladie ou affection;
- terrorisme, guerre (que les hostilités soient déclarées ou non) ou participation à un désordre civil ou à une émeute;

- perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel;
- conduite d'un véhicule par un assuré dont les facultés sont affaiblies par la drogue, d'autres substances toxiques ou un taux d'alcoolémie supérieur à la limite légale. « Véhicule » s'entend de tout moyen de transport tiré, propulsé ou mû par quelque moyen que ce soit, y compris automobile, camion, motocyclette, mobylette, bicyclette, motoneige et bateau;
- accident aérien, sauf si l'assuré voyage à titre de passager payant dans un appareil ayant une capacité de six passagers ou plus sur une ligne aérienne commerciale ou un vol nolisé;
- participation à des sports professionnels ou à des courses de vitesse au moyen d'un véhicule motorisé (par « véhicule », il faut entendre tout moyen de transport qui est tiré, propulsé ou mû par quelque moyen que ce soit, ce qui inclut notamment les automobiles, les camions, les motocyclettes, les mobylettes, les bicyclettes, les motoneiges et les bateaux), ou pratique du parachutisme, du deltaplane, du saut à l'élastique, de l'escalade, de la spéléologie ou de la plongée autonome (sauf si vous détenez une attestation de plongée sous-marine d'une école autorisée ou d'un autre organisme d'attribution des attestations).

Soins de la vue

Nous tiendrons compte des frais ci-après engagés si les soins et services sont prescrits par un ophtalmologiste ou un optométriste autorisés et fournis par un ophtalmologiste, un optométriste ou un opticien autorisés, sous réserve du maximum indiqué dans le Tableau des garanties :

- lunettes prescrites, y compris les verres correcteurs et les montures;
- lentilles cornéennes;
- correction de la vue au laser;
- consultation de l'optométriste, dans les provinces où elle n'est pas couverte au titre d'un régime public d'assurance maladie.

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

- les lunettes de sécurité et les lunettes de soleil vendues sans ordonnance;
- les services et les fournitures non destinés à votre usage personnel;
- les produits de nettoyage et accessoires pour articles de lunetterie.

Prestation aux survivants

Au titre de cette garantie, pour une période d'une année suivant le décès d'un assuré adulte, la couverture sur la tête de tout autre adulte assuré ou des personnes à charge admissibles, s'il y a lieu, sera maintenue en vigueur et le paiement des primes ne sera pas exigé. L'exonération de primes ne s'applique pas à la charge Vitalité.

En cas de décès de l'assuré principal, la participation au programme Manuvie *Vitalité* sera immédiatement révoquée. À la fin de la période prévue par la prestation aux survivants, seul le nouvel assuré principal peut demander à souscrire un nouveau contrat qui comprend le programme Manuvie *Vitalité*.

En cas de décès d'un conjoint ou d'un coassuré, la participation au programme Manuvie *Vitalité* de l'assuré principal demeurera inchangée.

Médicaments sur ordonnance

Couverture non offerte au titre des régimes Dentaire Plus ou MédiBase.

Voir le Tableau des garanties pour connaître les montants assurés.

Nous rembourserons les frais engagés pour des médicaments génériques qui figurent sur la liste de médicaments de Manuvie (« la liste ») lorsque la demande de règlement est présentée.

Exception : Les résidents du Québec sont remboursés pour les médicaments génériques figurant sur la liste de médicaments ou sur la liste de la *Régie de l'assurance maladie du Québec* (RAMQ), mais seulement pour les frais qui ne sont pas déjà couverts au titre du régime de la RAMQ.

La liste, établie et gérée par nous, indique tous les médicaments admissibles, ainsi que les teneurs, les formes posologiques et les numéros d'identification des médicaments (DIN). Elle est dynamique et peut changer en fonction des études pharmoéconomiques. Lorsqu'un médicament tout aussi sûr et efficace, mais moins coûteux est disponible, nous mettons la liste à jour en conséquence.

Nous pourrions vous demander d'essayer d'abord les médicaments moins chers.

Nous déterminons le montant payable en fonction du montant le moins élevé entre le coût du médicament et le coût de l'équivalent générique le moins cher. Les médicaments doivent être prescrits par un médecin, un infirmier praticien ou un dentiste et délivrés par un pharmacien autorisé. Certains médicaments nécessitent une autorisation préalable.

Exclusions :

- les vaccins et médicaments préventifs (par voie orale et injection);
- les médicaments contre l'obésité, suppléments alimentaires et produits destinés au grand public, qu'ils soient prescrits ou non;
- les suppléments diététiques, vitamines et aliments pour nourrissons, y compris les produits de santé naturels, les produits nutritionnels, les suppléments de fer, les suppléments de potassium, les produits antivieillessement, les produits cosmétiques et pour la pousse de cheveux;
- les médicaments en vente libre;
- les vitamines (autres que les vitamines injectables), préparations vitaminiques ou minérales, produits homéopathiques, probiotiques;
- le coût des injections, des sérums et des vaccins;
- les vitamines injectables pour la perte de poids ou pour le traitement par chélation;
- les tests de dépistage relatifs à une pandémie;
- la prophylaxie pré-exposition;
- les médicaments remboursés au titre d'un régime public;
- les médicaments dont la vente au grand public est interdite au Canada;
- tout médicament administré en milieu hospitalier;
- les médicaments contre la dysfonction érectile;
- les produits de désaccoutumance du tabac;
- la partie d'une ordonnance qui concerne des médicaments qui :
 - excède les provisions pour trois mois, sauf en cas d'autorisation préalable de Manuvie;
 - couvre une période pour laquelle la prime n'a pas été payée;
- la procréation médicalement assistée;
- les médicaments contre la stérilité et les contraceptifs (s'ils sont exclus du Tableau des garanties);
- les exclusions stipulées dans la contre-proposition, le cas échéant.

Perte catastrophique

Couverture non offerte aux résidents du Québec.

Cette garantie procure la couverture suivante, sous réserve des modalités du présent contrat.

Médicaments sur ordonnance

Cette garantie couvre 100 % du coût des médicaments sur ordonnance une fois que le plafond prévu pour les médicaments sur ordonnance dans le Tableau des garanties a été atteint au cours d'une année contractuelle. Seuls les frais engagés pour les médicaments sur ordonnance par une personne assurée au titre de tout régime d'assurance couvrant les médicaments sur ordonnance peuvent être inclus dans le calcul du montant plafond exigé pour que cette garantie soit offerte. Les frais engagés correspondent aux frais encourus et payés par une personne assurée ou en son nom et qui ne sont pas couverts et qui ne doivent pas être remboursés au titre d'un tel régime.

Une fois le plafond atteint, les frais de médicaments sur ordonnance sont remboursables en totalité jusqu'à l'année suivante, auquel moment le plafond s'appliquera de nouveau (voir le Tableau des garanties pour connaître la période annuelle qui s'applique dans votre province de résidence).

Les régimes Soins médicaux assortis d'une garantie Perte catastrophique couvrent les médicaments décrits dans le présent document et figurant sur la liste de médicaments de Manuvie. Une fois le plafond atteint, les frais de médicaments sont remboursables en totalité au titre de cette garantie, à condition que le versement des prestations soit coordonné avec les paiements prévus au titre de tout autre régime d'assurance maladie, de tout régime prépayé ou de tout régime public d'assurance maladie, de façon que le montant total des prestations au titre de tous les régimes ne dépasse pas le montant total des frais admissibles engagés. Un justificatif des frais de médicaments sur ordonnance est exigé lors de la présentation d'une demande de règlement au titre de la présente garantie.

Soins à domicile, soins infirmiers privés, équipement médical et appareils de prothèse

Cette garantie couvre 100 % du coût des soins à domicile, des soins infirmiers privés, de l'équipement médical et des appareils de prothèse, jusqu'à concurrence de 25 000 \$ par année contractuelle, une fois que le plafond annuel de 7 500 \$ prévu pour ces prestations a été atteint au cours d'une année contractuelle. Une preuve des frais engagés pour les soins à domicile, les soins infirmiers privés, l'équipement médical et les appareils de prothèse totalisant 7 500 \$ est exigée au moment de présenter la demande de règlement. La couverture pour les soins à domicile, les soins infirmiers privés, l'équipement médical et les appareils de prothèse sera offerte jusqu'à la prochaine date d'anniversaire du contrat, date à laquelle le plafond de 7 500 \$ s'appliquera de nouveau. Le maximum la vie durant est de 100 000 \$ pour les soins à domicile, les soins infirmiers privés, l'équipement médical et les appareils de prothèse.

Physiothérapeute et chiropraticien

Cette garantie couvre 100 % du coût de physiothérapie et de chiropractie engagé après un accident nécessitant une hospitalisation minimale de 24 heures. La couverture est offerte pendant une année de couverture à compter de la date de l'accident.

Hospitalisation en chambre à un ou deux lits

Consultez le Tableau des garanties pour vérifier si cette couverture est incluse dans votre régime et pour connaître le montant maximal de couverture. Si vous êtes hospitalisé dans votre province ou territoire de résidence en raison d'une maladie ou d'une blessure, nous paierons les frais d'hospitalisation quotidiens en chambre à deux lits ou à un lit, en excédent du tarif d'hospitalisation en salle commune.

Si vous êtes enceinte depuis moins de 21 semaines à la date de signature de la proposition, nous couvrirons un maximum de 2 jours d'hospitalisation si celle-ci découle de la grossesse ou de complications y afférentes. Vous n'êtes pas admissible à la couverture en cas de grossesse ou de complications de grossesse si vous êtes enceinte de 21 semaines ou plus à la date de la proposition.

La garantie ne couvre pas les frais engagés dans un hôpital privé, un hôpital pour malades chroniques, l'aile d'un hôpital général réservée aux malades chroniques ou dans une salle de transition d'un hôpital.

Indemnités d'hospitalisation

Consultez le Tableau des garanties pour vérifier si cette couverture est incluse dans votre régime et pour connaître le montant maximal de couverture. Si vous êtes hospitalisé en salle commune en raison d'une maladie ou d'une blessure, nous paierons le montant indiqué dans le Tableau des garanties. Aucune prestation n'est versée si vous êtes hospitalisé dans une unité de traitement des maladies chroniques d'un hôpital ou dans un hôpital privé.

Exclusions à l'égard de la couverture d'assurance soins médicaux

Outre les exclusions stipulées dans le présent contrat, aucune prestation n'est versée pour ce qui suit :

- frais remboursables au titre d'un régime public d'assurance maladie ou d'un programme de remise d'un fabricant;
- soins, services et fournitures à but esthétique, sauf en cas de chirurgie visant à réparer ou à remplacer les tissus endommagés à la suite d'une maladie ou d'une blessure;
- médicaments, tests, services, traitements et fournitures qui ne sont pas nécessaires du point de vue médical ou qui, selon nous, sont de nature expérimentale;
- tests de dépistage relatifs à une pandémie;
- frais qui excèdent ceux prévus par nos lignes directrices ou ceux que nous considérons comme raisonnables, habituels et normaux, et frais portant sur des appareils qui ne figurent pas sur notre liste d'appareils approuvés;
- hospitalisation ayant commencé à la date d'effet du contrat ou avant, sauf si elle résulte d'une urgence survenue après la date de signature de la proposition;
- services, équipement et fournitures offerts par un hôpital ou un établissement pour malades chroniques ou pour soins psychiatriques, l'aile d'un hôpital pour malades chroniques ou pour soins psychiatriques ou en cas d'hospitalisation dans un établissement de soins de longue durée ou dans une aile de transition d'un hôpital de soins de courte durée, ou frais pour les services, l'équipement et les fournitures offerts au nom de l'un de ces établissements;
- frais relatifs à une maladie, à une blessure ou à une autre perte et dont la prise en charge au titre du présent contrat est interdite par la loi;
- double ou remplacement de prothèses, de dispositifs ou de fournitures et équipements médicaux qui ne sont pas conformes à nos lignes directrices à l'égard de tels remplacements;
- acte ou accident de guerre, qu'elle soit déclarée ou non, ou participation à tout genre de conflit militaire ou à un acte terroriste;
- tous frais qui ne sont plus payables au titre d'un programme gouvernemental après la date d'effet du contrat;
- médicaments, services et fournitures que l'on se prescrit soi-même, que l'on prescrit à un membre de la famille ou qui sont prescrits par un membre de la famille;
- frais relatifs à une maladie, à une blessure ou à une autre perte expressément mentionnée dans la lettre de contre-proposition signée et acceptée par le titulaire du contrat, le cas échéant;
- 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;
- médicaments sur ordonnance, services ou fournitures qui ne sont pas approuvés par Santé Canada ou par tout 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;
- 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* du Canada, sauf s'ils sont couverts au titre du présent contrat.

4 Soins médicaux d'urgence en voyage

Cette garantie est automatiquement incluse dans votre régime et n'est offerte qu'aux personnes de moins de 70 ans. Veuillez vous reporter au Tableau des garanties pour obtenir des précisions sur la couverture prévue par votre régime.

Disponibilité des garanties

Voir le Tableau des garanties pour connaître les montants assurés.

Cette garantie soins médicaux d'urgence en voyage est offerte 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. Les prestations sont versées jusqu'à concurrence de 5 millions de dollars canadiens, par assuré, pour chaque incident.

Veuillez prendre note de ce qui suit :

- Une franchise de 100 \$ s'applique à chaque incident ou à chaque demande de règlement non liés.
- Vous devez répondre aux critères d'admissibilité du présent contrat et bénéficier d'une couverture pour les soins médicaux d'urgence en voyage valide pendant toute la durée du voyage. Si l'assurance ne couvre pas toute la durée d'un voyage, vous pouvez obtenir une prolongation de couverture, mais elle doit être souscrite avant votre départ.
- Seuls les frais engagés en raison d'une urgence survenant à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence pendant la période couverte (comme il est indiqué dans le Tableau des garanties) sont admissibles. Par exemple, si la période de couverture est de neuf jours, l'urgence médicale doit avoir lieu pendant les neuf premiers jours de votre voyage. La période de couverture de neuf jours commence au moment où vous traversez la frontière de votre province ou territoire de résidence. Si vous voyagez par avion, elle commence au moment où l'avion décolle.
- La garantie soins médicaux d'urgence en voyage prend fin à la première des éventualités suivantes :
 - la date de votre retour dans votre province ou territoire de résidence;
 - la date à laquelle vous atteignez votre nombre maximal de jours pour chaque voyage; ou
 - lorsque l'assurance expire à votre 70^e anniversaire de naissance.
- Votre couverture comprend un nombre illimité de voyages effectués à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence au cours de l'année, sous réserve des conditions suivantes :
 - Chaque voyage est limité au nombre de jours précisé dans votre régime, sauf si une prolongation d'assurance est souscrite.
 - Un voyage prend fin lorsque vous retournez dans votre province ou territoire de résidence, ou lorsque la période de couverture est terminée. Cela comprend la couverture additionnelle souscrite au moyen d'un contrat de prolongation de voyage.
 - Vous devez demeurer dans votre province ou territoire de résidence pendant au moins 24 heures avant qu'un autre voyage soit admissible à la couverture.
- Vous pouvez prolonger la période de couverture si le voyage :
 - excède le nombre maximal de jours de couverture prévu par votre régime, ou
 - doit se poursuivre après la date d'expiration indiquée dans votre avis de confirmation.
- Pour prolonger la période de couverture, vous devez :
 - soit souscrire une prolongation d'assurance pour les jours additionnels requis avant la date d'expiration de son régime Voyages multiples;
 - soit souscrire un nouveau régime Voyages multiples Soins médicaux d'urgence, sans interruption de couverture, à condition que la durée totale du voyage n'excède pas la durée maximale que vous avez choisie.

Si le régime Voyages multiples n'est pas établi par Manuvie, il vous incombe de vérifier si votre régime d'assurance existant permet une prolongation d'assurance sans perte de couverture. Si l'assuré demande une prolongation d'assurance, il lui faudra peut-être répondre à des questions sur son état de santé.

- Aux fins de la présente garantie, les jours de l'année civile servent à déterminer le décompte des jours. Le jour du départ, le jour de l'arrivée et chaque jour civil entre les deux sont comptés comme une journée.

Si vous ne communiquez pas avec le Centre d'assistance dans les 24 heures suivant l'hospitalisation, les prestations payables au titre des présentes seront limitées à 70 % des frais admissibles, sous réserve d'un maximum de 25 000 \$. Cette condition ne s'applique pas si vous ou votre compagnon de voyage êtes incapable de téléphoner dans les 24 heures suivant l'incident en raison d'une maladie ou d'une blessure invalidante ou aiguë.

Description – Soins médicaux d'urgence en voyage

Sous réserve de toute autre disposition prévue dans le présent contrat, le régime prévoit le versement de prestations jusqu'à concurrence de 5 000 000 \$ par assuré, pour chaque incident, pour les frais raisonnables, habituels et normaux engagés au cours de la période de couverture du voyage à l'égard de ce qui est couvert.

Soins dentaires à la suite d'un accident

Traitement visant à réparer des dents naturelles à la suite d'un coup accidentel d'origine externe, reçu à la bouche ou à la tête, jusqu'à concurrence de 2 000 \$. Vous devez consulter un médecin, un infirmier praticien ou un dentiste immédiatement après l'accident et obtenir un rapport d'accident du professionnel de la santé aux fins de demande de règlement. La prestation maximale inclut tous les coûts liés au traitement.

Transport aérien

Dans le cas d'une urgence médicale, coût de votre retour au Canada pour un traitement médical immédiat. Toutes les ententes de transport aérien doivent être préapprouvées par nous et coordonnées par le Centre d'assistance.

- La prestation couvre le coût additionnel pour l'achat du billet au tarif aérien le plus économique, y compris, au besoin, le tarif aérien le plus économique pour vous transporter par civière vers l'hôpital ou l'établissement médical approprié le plus proche au Canada.
- Lorsque nous – ou la compagnie aérienne – déterminons que vous devez être accompagné par un auxiliaire médical qualifié qui n'est pas un membre de votre famille, nous prendrons en charge les frais raisonnables, habituels et normaux demandés par l'auxiliaire médical inscrit dans le ressort où le traitement est dispensé, y compris le tarif aérien le plus économique, l'hébergement et les repas, au besoin.

Au titre de la présente garantie, on présume que vous ne détenez pas un billet d'avion valide avec un retour ouvert. Si vous utilisez le service d'ambulance aérienne ou de transport aérien, la portion non utilisée de votre billet d'avion doit nous être remise. La garantie s'applique également à un membre de la famille qui est aussi couvert par un régime d'assurance voyage de Manuvie et qui voyage avec le patient au moment où la maladie est apparue ou au moment où il a subi la blessure.

Ambulance aérienne

Frais de transport en ambulance aérienne jusqu'à l'établissement de santé approprié le plus proche ou jusqu'à un hôpital canadien, lorsque nous approuvons ces frais. Le Centre d'assistance doit préalablement approuver tous les arrangements de transport aérien et prendre les dispositions nécessaires à cet égard.

Ambulance terrestre

Frais de transport en ambulance autorisé, par voie terrestre, de l'endroit de survenance de la maladie ou de l'accident jusqu'à l'établissement de santé autorisé le plus proche en mesure de fournir le traitement approprié.

Services de diagnostic

Frais engagés pour les analyses en laboratoire et les radiographies recommandées par le médecin traitant ou l'infirmier praticien.

Honoraires de médecins

Partie des honoraires demandés par un médecin ou un infirmier praticien, supérieurs au montant pris en charge par votre régime public d'assurance maladie.

Visite à l'hôpital d'un ami ou d'un membre de la famille

Remboursement du tarif aérien aller-retour le plus économique par l'itinéraire le plus direct à partir du Canada pour un membre de la famille ou un ami, seulement si le Centre d'assistance approuve préalablement tous les arrangements de transport aérien et prend les dispositions nécessaires à cet égard.

Nous exigeons une attestation écrite du médecin traitant ou de l'infirmier praticien indiquant que la situation est suffisamment grave pour qu'il soit requis qu'un ami ou un membre de la famille :

- vous rende visite pendant votre hospitalisation. Vous devez avoir été hospitalisé pendant au moins sept jours consécutifs à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence;
- identifie la dépouille de l'assuré avant que le corps ne soit remis à la famille, s'il y a lieu;
- s'occupe des enfants à votre charge, s'ils se retrouvent seuls à votre destination à la suite de votre maladie ou blessure.

Hospitalisation

Frais de séjour à l'hôpital en chambre standard ou à deux lits (les frais engagés pour une chambre à un lit ou une suite sont exclus) ou frais engagés pour des services en consultation externe fournis par un hôpital de soins de courte durée relativement à une urgence pendant que vous êtes hors de votre province ou territoire de résidence. Nous couvrons les frais supérieurs au montant pris en charge par votre régime public d'assurance maladie.

Frais hospitaliers

Remboursement jusqu'à concurrence de 100 \$ par hospitalisation d'urgence en voyage pour couvrir les frais accessoires. Vous devez joindre les reçus originaux à votre demande de règlement.

Repas et hébergement

Nous paierons les frais de repas et d'hébergement dans un établissement commercial, engagés par vous, à raison d'un maximum de 150 \$ par jour et de 1 500 \$ par contrat, si le voyage de retour dans votre province ou territoire de résidence est retardé au-delà de la date de retour prévue en raison d'une maladie ou d'une blessure que vous ou un compagnon de voyage subissez. Un médecin traitant ou un infirmier praticien doit fournir une attestation écrite indiquant que vous ou votre compagnon de voyage êtes incapable de voyager en raison de la maladie ou de la blessure. Les demandes de règlement doivent être accompagnées de rapports médicaux et de reçus originaux détaillés des établissements commerciaux ayant fourni ces services.

Appareils médicaux

Attelles, plâtres, béquilles, cannes, écharpes, bandages herniaires, déambulateurs et location temporaire d'un fauteuil roulant. Ces appareils doivent être prescrits par un médecin traitant ou un infirmier praticien, avoir été obtenus à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence et être requis à la suite d'un accident ou d'une maladie imprévue.

Services paramédicaux

Honoraires d'un physiothérapeute, chiropraticien, chiropriste, podiatre ou ostéopathe dûment autorisé, ainsi que les frais de radiographies lorsque ces dernières sont requises dans le cadre d'un traitement d'urgence, jusqu'à concurrence de 300 \$.

Médicaments sur ordonnance

Médicaments, sérums et préparations injectables prescrits par un médecin, un infirmier praticien ou un dentiste et délivrés par un médecin, un infirmier praticien, un hôpital ou un pharmacien autorisé. Cela ne comprend pas les vitamines, les médicaments brevetés et les produits exclusifs requis pour un traitement d'urgence. Vous devez joindre les reçus originaux à votre demande de règlement.

Soins d'un infirmier privé autorisé

Couverture jusqu'à concurrence de 3 000 \$ pour les services d'un infirmier privé autorisé qui n'est pas un membre de votre famille et qui, à la demande du médecin traitant ou d'un infirmier praticien, prodigue des soins infirmiers pendant ou aussitôt après l'hospitalisation.

Soulagement d'une douleur aux dents

Traitement pour le soulagement urgent d'une douleur aux dents, à l'exclusion des soins dentaires à la suite d'un accident, jusqu'à concurrence de 200 \$. Le traitement doit être reçu à plus de 200 km de la province ou du territoire de résidence.

Rapatriement de la dépouille

Maximum de 3 000 \$ pour couvrir les frais de préparation et de transport de la dépouille de l'assuré dans sa province ou son territoire de résidence (coût du cercueil non compris) ou maximum de 2 500 \$ pour les frais d'incinération ou d'inhumation du défunt à l'endroit où est survenu le décès, à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence de l'assuré décédé.

Traitements – sang

Frais engagés pour le sang total, le plasma sanguin ou les traitements spécialisés utilisant le radium et des isotopes radioactifs, lorsque les traitements sont fournis à la suite d'une hospitalisation d'urgence.

Retour de véhicule

Nous rembourserons, à concurrence de 2 000 \$, les frais pour ramener votre véhicule, y compris un bateau ou un véhicule récréatif, qu'il s'agisse de son propre véhicule ou d'un véhicule de location, dans votre province ou territoire de résidence ou à l'agence de location appropriée la plus proche, lorsque vous – ou votre compagnon de voyage – êtes incapable de le faire en raison d'une maladie ou d'une blessure imprévue. Vous devez fournir une attestation médicale écrite et les reçus originaux pour les frais additionnels comme le carburant, l'hébergement, les repas et les billets d'avion. Si votre propre véhicule est volé ou inutilisable en raison d'un accident, le montant des frais de transport aérien le plus économique pour permettre votre retour par l'itinéraire le plus direct dans votre province ou territoire de résidence sera remboursé. Nous devons recevoir l'original du rapport de police confirmant la perte ou l'accident.

Prolongation automatique de l'assurance

Pour tout voyage, la couverture expire à 23 h 59, heure locale, le dernier jour de la période de couverture ou de la période maximale par voyage au titre de l'assurance voyage. La couverture relative à tout voyage sera prolongée d'office, sans coût additionnel pour vous, jusqu'à concurrence de 72 heures suivant :

- la date de sortie de l'hôpital, lorsque votre retour dans votre province ou territoire de résidence est retardé en raison de votre hospitalisation ou de celle de votre compagnon de voyage et que la couverture relative au voyage visé prend fin après l'admission à l'hôpital;
- la date d'expiration de la couverture relative au voyage visé, lorsque votre retour dans votre province ou territoire de résidence est retardé, sur ordre du médecin traitant ou de l'infirmier praticien, en raison d'une maladie ou d'une blessure accidentelle couverte;
- la date d'expiration de la couverture pour le voyage visé, lorsque votre retour dans votre province ou territoire de résidence est retardé en raison du retard d'un transporteur public (avion, autocar, taxi, train) avec lequel vous devez voyager en tant que passager, ou en raison d'un retard causé par un accident de la circulation ou une défaillance mécanique d'une automobile privée en route vers le point de départ. Vous devez joindre à votre demande de règlement des preuves de l'incident ayant causé le retard;
- la date d'expiration de la couverture relative au voyage visé, lorsque votre retour dans votre province ou territoire de résidence est retardé en raison de conditions climatiques extrêmes rendant la conduite dangereuse. Vous devez joindre à votre demande de règlement des preuves fournies par les autorités locales et le bureau météorologique de la région qui justifient le retard.

Le Centre d'assistance

Le Centre d'assistance offre de l'aide par téléphone. Si vous avez besoin d'assistance pendant que vous êtes à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence, les numéros de téléphone pour nous joindre se trouvent au verso de votre carte d'avantages sociaux. Le Centre d'assistance peut offrir de l'aide dans les circonstances suivantes :

Assistance relative à des services médicaux :

- aide pour trouver un médecin, un infirmier praticien, une clinique ou un hôpital;
- confirmation des frais remboursables à l'hôpital, au médecin ou à l'infirmier praticien;
- paiement des frais remboursables à l'hôpital, au médecin ou à l'infirmier praticien, dans la mesure du possible;
- suivi du traitement médical et renseignements fournis à la famille;
- transport d'un membre de la famille au chevet de l'assuré ou pour identifier le corps du défunt;
- rapatriement de l'assuré à son lieu de résidence, si son état de santé le permet.

Assistance générale :

- aide immédiate dans la plupart des langues les plus parlées;
- assistance pour communiquer avec un membre de la famille, un associé, l'employeur, le médecin de famille ou l'infirmier praticien;
- garde des enfants à charge et coordination de leur retour à la maison, si l'assuré est hospitalisé;
- transmission de messages urgents aux membres de la famille ou aux associés;
- aide à la suite de la perte du passeport ou des billets d'avion;
- aide pour l'obtention de services d'un avocat dans l'éventualité d'un accident grave;
- coordination des services de l'ambassade ou du consulat.

Vous devez être en mesure de fournir le numéro de votre carte d'assurance maladie gouvernementale au Centre d'assistance avant que les paiements puissent être effectués. Assurez-vous d'avoir en votre possession le numéro de votre carte d'assurance maladie gouvernementale et celui de chacun des membres de votre famille.

Exclusions – Soins médicaux d'urgence en voyage

Outre toute autre exclusion stipulée dans le présent contrat, nous ne verserons aucune prestation ni n'assumerons aucune obligation à l'égard de toute demande de règlement découlant directement ou indirectement de ce qui suit :

- problème de santé qui n'était pas stable au cours des neuf mois consécutifs qui ont précédé immédiatement la date de votre départ de votre province ou territoire de résidence. Cela comprend toute affection, blessure, maladie ou complication connexe pour laquelle :
 - de nouveaux symptômes sont apparus, les symptômes existants sont devenus plus fréquents ou plus graves, ou des résultats de tests indiquent une aggravation;
 - un médecin, un infirmier praticien ou un autre professionnel de la santé a prescrit ou recommandé la réduction ou l'augmentation de la posologie ou de la fréquence ou l'arrêt de la médication, ou a prescrit de nouveaux médicaments;
 - un médecin, un infirmier praticien ou un autre professionnel de la santé a prescrit ou recommandé un changement de traitement;
 - une admission à l'hôpital a été nécessaire ou vous attendez des résultats d'une investigation plus poussée au cours de la période de neuf mois.

Cette exclusion ne s'applique pas aux problèmes mineurs ou à un changement de médication dont l'ingrédient actif et le dosage sont inchangés (p. ex., médicament générique);

- traitement, service ou chirurgie facultatifs et non urgents, notamment tout traitement, service ou chirurgie :
 - qui n'est pas nécessaire pour le soulagement immédiat d'une douleur aiguë; ou
 - qui pourrait être reporté sur le plan médical jusqu'à votre retour au Canada; ou
 - que vous choisissiez de recevoir ou de recevoir à l'extérieur du Canada à la suite d'un traitement d'urgence ou d'un diagnostic d'une affection qui, selon les preuves médicales, ne vous empêcherait pas de retourner au Canada avant le traitement ou la chirurgie;
- séjour dans un hôpital qui n'est pas un hôpital de soins de courte durée;
- traitements ou médicaments expérimentaux ou d'investigation;
- transport aérien d'urgence qui n'est pas préalablement approuvé par le Centre d'assistance;
- affection pour laquelle, avant le départ, les preuves médicales suggèrent de façon raisonnable qu'un traitement ou une hospitalisation pourrait être nécessaire pendant le voyage;
- portion des soins médicaux d'urgence excédant 5 millions de dollars par assuré;
- frais engagés à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence alors que vous auriez pu y retourner sans danger pour votre vie et votre santé;
- voyage à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence de tout assuré principalement dans le but d'obtenir intentionnellement ou accessoirement des conseils ou des traitements médicaux, même si le voyage a été recommandé par un médecin ou un infirmier praticien;
- hospitalisation ou services rendus relativement aux examens de santé généraux en vue d'un bilan de santé, au suivi d'une affection existante, aux soins réguliers pour une maladie chronique, à la réadaptation, aux soins continus relativement à l'abus de drogues, d'alcool ou d'autres substances, ou encore à des fins esthétiques;
- voyage réservé ou commencé en dépit des conseils médicaux ou après avoir reçu un pronostic de maladie en phase terminale;
- soins hospitaliers et médicaux pour une naissance à terme, une naissance après la 26^e semaine de grossesse, les complications médicales après la 26^e semaine de grossesse ou l'interruption volontaire de grossesse. Cette exclusion s'applique autant à vous qu'au nouveau-né;
- traitement nécessaire pour un trouble mental ou nerveux;
- services fournis par un naturopathe ou un optométriste ou pour une chirurgie de la cataracte;
- traitement pour l'abus de médicaments, de substances toxiques ou d'alcool, ou pour l'usage de médicaments sans ordonnance;
- blessure auto-infligée ou blessure infligée à une personne couverte au titre du présent contrat, à moins qu'une attestation médicale établisse qu'elles sont reliées à une condition de santé mentale;
- perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel au sens de la loi en vigueur dans le ressort où l'acte a été commis;
- participation à des sports professionnels ou à des courses de vitesse au moyen d'un véhicule motorisé, ou pratique de sports extrêmes ou de la plongée autonome, sauf si vous détenez une attestation de plongée sous-marine d'une école autorisée ou d'un autre organisme d'attribution des attestations, ou accident aérien, sauf si vous voyagez à titre de passager payant dans un appareil ayant une capacité de six passagers ou plus sur une ligne aérienne commerciale ou un vol nolisé;
- acte ou accident de guerre, qu'elle soit déclarée ou non, ou participation à tout genre de conflit militaire ou à un acte terroriste;
- toute affection ou maladie dont vous souffrez ou que vous contractez si les autorités canadiennes avaient publié, avant votre date de départ, un des avis officiels suivants – « Éviter tout voyage non essentiel » ou « 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](#).

Conditions – Soins médicaux d’urgence en voyage

La garantie soins médicaux d’urgence en voyage est offerte uniquement aux résidents couverts par un régime public d’assurance maladie pendant toute la durée du voyage et qui voyagent à l’extérieur de leur province ou territoire de résidence.

Nous ne couvrons que les frais raisonnables, habituels et normaux engagés en raison d’une urgence médicale. Vous devez nous soumettre des comptes rendus détaillés des services hospitaliers et médicaux fournis et un justificatif satisfaisant des frais engagés. Si vous ne le faites pas, votre demande de règlement pourrait être refusée.

Si le service d’ambulance aérienne ou de transport aérien est utilisé, la portion non utilisée de votre billet d’avion doit nous être remise.

En consultation avec le médecin traitant ou l’infirmier praticien, nous nous réservons le droit de vous transférer dans un autre hôpital ou de vous rapatrier au Canada. Si vous refusez le transfert, nous serons libérés de toute autre obligation ou responsabilité.

Vous devez en tout temps agir de façon à réduire les coûts pour nous.

Prise d’effet et cessation de la couverture

La couverture commence au moment où vous traversez la frontière de votre province ou territoire de résidence. Si vous voyagez par avion, la couverture commence au moment où l’avion décolle. La couverture prend fin à la frontière de votre province ou territoire de résidence, ou lorsque l’avion atterrit dans votre province ou territoire de résidence, au retour à votre lieu de résidence ou à la date de cessation du présent contrat, selon la première éventualité.

Seuls sont admissibles les frais engagés pour des soins médicaux d’urgence pendant que vous êtes à l’extérieur de votre province ou territoire de résidence pendant la durée du contrat.

Lorsque l’urgence médicale prend fin, aucune autre prestation n’est versée pour la poursuite du traitement, la réapparition ou la complication découlant directement ou indirectement de ce qui a causé l’urgence médicale.

Aucune prestation n’est payable pour les frais engagés après la date de cessation du présent contrat, sauf si, pendant la période de couverture, vous êtes admis à l’hôpital et n’obtenez pas votre congé avant la date de cessation de la période de couverture.

Quand une autorisation est-elle requise?

L’autorisation préalable du Centre d’assistance est requise pour toutes les interventions et procédures, y compris l’imagerie diagnostique, comme l’imagerie par résonance magnétique (IRM) et la tomodensitométrie. Elle n’est toutefois pas requise si les interventions ou procédures sont effectuées dans des circonstances extrêmes lors d’une urgence comme aides diagnostiques pour sauver la vie ou un membre. Les procédures de routine effectuées dans un service d’urgence, notamment les réparations de lacérations mineures, le drainage d’abcès, le retrait de corps étranger et d’autres procédures chirurgicales mineures d’urgence, les radiographies pulmonaires et les clichés des os et de l’abdomen, ne nécessitent également pas d’autorisation.

Présentation d’une demande de règlement d’assurance voyage

Pour plus de renseignements au sujet des demandes de règlement d’assurance voyage, veuillez composer le 1 800 805-1008. Lorsque vous communiquez avec le Centre d’assistance lors d’une urgence médicale, vous recevez des directives complètes au sujet de la présentation de votre demande de règlement.

Si vous présentez une demande de règlement au titre du présent contrat sans avoir préalablement communiqué avec le Centre d’assistance au moment où les services médicaux ont été fournis, ou si vous demandez le remboursement de frais accessoires, vous devez :

- appeler au 1 800 805-1008 pour demander un formulaire *Demande de règlement, autorisation et divulgation*;
- soumettre le formulaire dûment rempli accompagné des originaux des factures ou reçus détaillés du fournisseur de services et d’un justificatif écrit des sommes payées par le régime public d’assurance maladie ou par tout autre assureur ou régime d’assurance maladie;

- obtenir une déclaration du médecin traitant, de l'infirmier praticien ou de l'hôpital indiquant le diagnostic et le traitement fourni;
- fournir la traduction des documents présentés dans une autre langue que le français ou l'anglais;
- indiquer votre numéro d'identification, le numéro de votre carte d'assurance maladie gouvernementale avec le code de version (le cas échéant) et la date de naissance du patient;
- présenter la demande de règlement dans les six mois qui suivent la date à laquelle les frais ont été engagés;
- envoyer tous les documents pertinents à l'adresse suivante :
Assurance voyage Manuvie
a/s Active Care Management
P.O. Box 1237, Station A
Windsor (Ontario) N9A 6P8
- Un formulaire de demande de règlement sera envoyé à l'assuré à la réception des renseignements et documents indiqués ci-dessus.

Veuillez noter que TOUS les renseignements doivent être fournis dans le formulaire de demande de règlement. Si des renseignements sont manquants, cela pourrait retarder le traitement de la demande de règlement.

SPÉCIMEN

5 Le programme Manuvie *Vitalité*

Le niveau Vitalité de l'assuré principal dans le cadre du programme Manuvie *Vitalité* détermine le montant du rabais sur les primes dont profite l'assuré à chaque année contractuelle. Les rabais sur les primes peuvent être modifiés sans préavis.

Niveaux 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 la date anniversaire du contrat). Il est entendu que le niveau Vitalité de l'assuré principal est déterminé deux mois avant l'anniversaire contractuel.

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.

L'assureur peut appliquer les critères d'admissibilité au niveau Vitalité lui-même ou demander à un fournisseur externe de son choix de le faire. L'assureur peut désigner ou remplacer un fournisseur externe en tout temps, sans en aviser l'assuré.

L'assureur peut parfois modifier les critères d'admissibilité aux niveaux Vitalité sans en aviser l'assuré. Un tel changement pourrait avoir une incidence sur la capacité de l'assuré de conserver un niveau Vitalité ou d'atteindre un niveau Vitalité plus avantageux. L'assuré peut obtenir des renseignements à jour sur les critères d'admissibilité aux niveaux Vitalité en visitant le site Web ou en composant le numéro de téléphone figurant sur le sommaire du programme Manuvie *Vitalité* et sur d'autres communications relatives à ce programme.

L'assureur ou le fournisseur externe peut proposer des offres à l'assuré, par exemple l'accès à renseignements, des rabais, des outils ou d'autres services visant à l'encourager à participer à des activités susceptibles de l'aider à remplir les critères d'admissibilité aux niveaux Vitalité. Les offres peuvent parfois changer, sans préavis, et peuvent varier selon la couverture ou le type de régime souscrit par l'assuré.

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

- l'annulation de la participation au programme par l'assureur, à la demande de l'assuré;
- le décès de l'assuré principal;
- la déchéance du contrat pour cause de non-paiement des primes;
- la résiliation du contrat pour toute autre raison.

Lorsque la participation au programme Manuvie *Vitalité* prend fin, l'assuré perd le niveau Vitalité qu'il avait atteint et les récompenses qu'il avait obtenues.

L'assureur ne rembourse 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, ses taux 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.

Désignation de bénéficiaire

Il n'est pas possible de désigner un bénéficiaire au titre du présent contrat.

Indemnisation

Nous nous réservons le droit de changer les prestations au titre du présent contrat pour quelque raison que ce soit. Si nous réduisons les prestations, nous vous enverrons un préavis de 30 jours. L'indemnisation stipulée aux présentes s'applique à chaque assuré. La couverture accordée varie selon que vous choisissez l'assurance individuelle ou familiale, à moins d'indication contraire.

Droit de transformation

Si la couverture d'un assuré prend fin en raison d'un divorce ou si la couverture d'une personne à charge prend fin parce qu'elle atteint l'âge de 21 ans, se marie, devient orpheline ou commence à travailler, la personne peut maintenir en vigueur sa couverture au titre d'un contrat distinct. Pour maintenir les droits de transformation, l'assuré doit communiquer avec Manuvie dans les 30 jours suivant la fin de la couverture. 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.

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 pas assurés par aucune autre garantie et aucun autre régime d'assurance. 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 pouvez 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.

Si votre autre régime 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.

Délai de prescription

Les actions ou instances intentées contre nous pour le recouvrement de sommes assurées au titre du contrat sont irrecevables si elles ne sont pas introduites dans les délais fixés par la *Loi sur les assurances*, ou toute autre loi applicable, ou par la *Loi sur la prescription des actions, 2002* de l'Ontario.

Limite de responsabilité

Le versement des prestations est assujéti aux dispositions contractuelles. Nous ne sommes pas responsables de ce qui suit :

- la disponibilité, la qualité ou les résultats de tout traitement médical, des soins, des fournitures ni des services fournis par un tiers;
- le manque de traitements médicaux, de soins, de fournitures ou de services disponibles en raison d'une pandémie, d'actes terroristes, d'une guerre ou d'un 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;
- omission de votre part à demander ou obtenir un traitement médical.

Fausse déclaration et ajustements

Si, dans les deux ans suivant la date d'effet du contrat, une fausse déclaration, une omission 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 montant des primes remboursables.

Si plusieurs personnes sont assurées au titre du contrat, nous pouvons annuler l'intégralité du contrat ou modifier ou annuler uniquement la couverture de la personne ou 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. Une fois que vous détenez votre couverture depuis plus de deux ans, nous ne pouvons résilier aucune couverture à moins que vous ne commettiez une fraude.

Toute fausse déclaration, toute omission 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 honoraires juridiques et les services d'un enquêteur privé. Vous et le titulaire de contrat (s'il ne s'agit pas de la même personne) devez conjointement et solidairement nous dédommager à cet égard, et cette obligation est maintenue même après l'annulation du contrat.

Contrats multiples

Vous ne pouvez pas :

- être couvert au titre de plus d'un régime individuel d'assurance soins médicaux et soins dentaires établi par Manuvie et comprenant ou non le programme Manuvie *Vitalité* en même temps;
- être couvert au titre de régimes individuels d'assurance soins médicaux et soins dentaires qui sont établis par Manuvie et qui se succèdent, 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 qui se succèdent, nous pouvons vous en aviser et annuler un, plusieurs ou l'ensemble des contrats sans remboursement de primes. Nous pouvons recouvrer les prestations payées au titre de l'un ou l'autre de ces contrats.

Non transférable

Le présent contrat n'est pas transférable à un membre de la famille ni à toute autre personne.

Attestation d'âge

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

- les taux pourraient être rajustés;
- la date de début de la couverture pourrait changer;
- le montant et le type de couverture pourraient être réduits ou annulés;
- les droits ou les prestations prévus au titre du présent contrat pourraient être modifiés.

Particularités provinciales

Nous nous réservons le droit de rajuster les dispositions décrites dans le présent contrat afin de satisfaire aux exigences minimales de la loi dans votre province ou territoire de résidence.

Communication de renseignements

En souscrivant le présent contrat, vous nous autorisez à communiquer tout renseignement nécessaire pour déterminer l'admissibilité 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 honoraires 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 Dispositions légales

Les dispositions légales ci-dessus priment sur toute autre clause ou disposition du contrat intégral.

contrat : La proposition, le présent contrat, tout document qui y est annexé à son émission et toute modification apportée au contrat et acceptée par écrit après l'émission du contrat constituent le contrat intégral et aucun agent n'a le droit de modifier le contrat ou de renoncer à quelque disposition que ce soit.

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 essentiels : Les déclarations faites par le titulaire du contrat ou l'assuré lors de la proposition relative au présent contrat ne doivent pas être utilisées en défense contre une demande de règlement en vertu du présent contrat ou pour annuler le présent contrat, à moins de figurer dans la proposition ou dans toutes autres déclarations ou réponses écrites données 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 :
 - soit en le remettant ou en l'envoyant par courrier recommandé au siège social des Marchés des groupes à affinités;
 - soit 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 en vertu du contrat à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une invalidité, de 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;
- si nous l'exigeons, de nous fournir un certificat établissant de façon satisfaisante la cause ou la nature de l'accident, de la maladie ou de l'invalidité qui peuvent faire l'objet d'une demande de règlement au titre du contrat, ainsi que la durée d'une telle invalidité.

défaut de production d'avis ou de 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 survient un sinistre au titre du contrat par suite d'une maladie, s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner l'avis ou de fournir la preuve dans le délai prescrit.

droit d'examen : Comme condition préalable au recouvrement des sommes assurées au titre du présent contrat :

- le demandeur est tenu d'offrir à l'assureur la possibilité de faire subir à l'assuré un examen lorsque cela s'avère nécessaire, dans la limite du raisonnable, tant que le règlement est en suspens;
- en cas de décès de l'assuré, l'assureur peut exiger une autopsie, sous réserve des lois du ressort compétent.

résiliation par l'assuré : L'assuré peut, en tout temps, demander que le présent contrat soit résilié, et 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 intégral en tout temps en envoyant un avis écrit de résiliation à l'assuré, accompagné du remboursement de 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 sous pli recommandé à la dernière adresse de l'assuré indiquée dans les dossiers de l'assureur.

8 Termes utilisés dans le présent contrat

Certains termes employés dans le présent contrat ont un sens particulier et il est important de lire et d'interpréter le présent contrat en tenant compte de ces définitions. Veuillez vous familiariser avec ces termes et leur définition dans les présentes lorsque vous consultez le présent contrat.

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

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. Sont exclus tout hôpital ou établissement, ou 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.

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.

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.

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

date de la proposition – date à laquelle nous recevons la proposition à notre bureau.

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

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

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.

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 un remboursement à l'égard des frais engagés.

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

conseiller clinicien – professionnel autorisé qui fournit des services de consultation pour aider les gens à comprendre des problèmes et des inquiétudes 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 tout état, toute blessure, toute maladie ou tout trouble, y compris pour discuter des tests ou des interventions possibles.

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

dentiste, denturologiste – docteur en médecine dentaire autorisé à fournir des services ou des fournitures dans sa région. Il ne doit pas s'agir de vous ou d'un membre de votre famille immédiate.

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.

DIN – numéro d'identification à huit chiffres généré automatiquement et attribué par Santé Canada à un produit pharmaceutique avant sa commercialisation au Canada.

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

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

urgence – maladie ou blessure accidentelle grave, imprévue ou imprévisible, qui entraîne la maladie ou des lésions corporelles accidentelles chez la personne assurée.

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 la profession médicale.

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.

régime public d'assurance maladie – tout régime ou arrangement fourni par une agence gouvernementale canadienne (sauf dans la province de Québec) ou sous la supervision de celle-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.

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. Il ne doit pas s'agir de vous ou d'un membre de votre famille immédiate.

hôpital – tout hôpital public autorisé en vertu de la loi sur les hôpitaux publics de la province ou du territoire de résidence, 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 malades 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.

hospitalisation – admission dans un établissement autorisé où les malades 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.

membre de la famille immédiate – le conjoint, les enfants, les parents et les frères et sœurs d'une personne assurée.

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.

patient hospitalisé – assuré hospitalisé pendant au moins 24 heures consécutives.

assuré ou personne assurée – 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 ».

assureur – La Compagnie d'Assurance-vie Manufacturers du Canada (Manuvie).

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;
- un médicament qui contient le même ingrédient actif qui n'a pas été jugé interchangeable dans la province ou le territoire où l'ordonnance est exécutée, mais qui a été reconnu par nous comme étant interchangeable.

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

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

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.

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;
- présentent un bon rapport coût-efficacité.

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

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.

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

infirmier praticien – infirmier autorisé ayant obtenu un diplôme d'études supérieures en soins infirmiers et détenant un permis d'exercice dans sa province ou son territoire pour :

- fournit des soins directs aux patients pour le diagnostic et la gestion des affections et des maladies;
- prescrit des médicaments;
- demande et interprète des analyses de laboratoire;
- fait des renvois à des spécialistes;
- Il ne doit pas s'agir de l'assuré ou d'un membre de sa famille immédiate.

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

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

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 servent à guider la répartition optimale des ressources de soins de santé, d'une façon normalisée et basée sur des données scientifiques, selon les modalités fixées par Manuvie.

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. Il ne doit pas s'agir de vous ou d'un membre de votre famille immédiate.

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

titulaire du contrat – la personne à qui ce contrat a été délivré et avec qui nous avons conclu un contrat d'assurance.

anniversaire contractuel – mois et jour correspondant à la date d'effet du contrat.

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.

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

raisonnables – en ce qui a trait aux frais, frais habituels pour un produit ou gamme de frais habituels facturés par des fournisseurs ayant une expertise semblable.

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 dans la région où les services sont donnés et qui n'est pas vous ou un membre de votre famille immédiate.

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.

numérisation – 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.

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

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

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.

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

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.

voyage – toute excursion effectuée à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence pendant que le présent contrat est en vigueur.

raisonnables, habituels et normaux – en ce qui a trait aux frais :

- désigne les frais habituels 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;
- « habituels » s'entend d'une gamme de frais normalement facturés par des fournisseurs ayant une expertise et des services comparables.

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.

charge Vitalité – montant exigé par l'assureur 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.

niveau Vitalité – niveau de l'assuré principal dans le cadre du programme Manuvie *Vitalité*. Les niveaux sont décrits plus en détail dans la Partie D intitulée « Le programme Manuvie *Vitalité* ».

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

L'admissibilité aux récompenses Vitalité peut changer au fil du temps et n'est pas garantie pour toute la durée du contrat d'assurance.

La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers offre le programme Manuvie *Vitalité*. Le programme Manuvie *Vitalité* est offert avec certains contrats. Les noms Vitalité et niveaux 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 entités de son groupe, sous licence.

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

© La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, 2021. Tous droits réservés.

P.O. Box 670, Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8, 1 800 268-3763 manuvie.ca

Des formats accessibles et des aides à la communication sont offerts sur demande.

Rendez-vous à l'adresse manuvie.com/accessibilite pour obtenir de plus amples renseignements.

