

Guide de distribution pour les résidents du Québec



RBC Assurances®

Nom du Produit d'Assurance

Assurance Voyage pour Visiteurs au Canada

Genre de Produit d'Assurance

Assurance voyage individuelle

Coordonnées de l'Assureur

Compagnie d'Assurance RBC du Canada

C.P. 97, succursale A
Mississauga (Ontario) L5A 2Y9

Bureau régional du Québec
C.P. 11472, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 5N2

Téléphone: 1 800 387-4357
Télécopieur: 1 866 748-2588

Coordonnées du Distributeur

Comme l'adresse de chaque agence de voyages est différente, nous demandons que chaque agence de voyages appose ici une étiquette avec ses coordonnées.

L'Autorité des marchés financiers ne s'est pas prononcée sur la qualité des produits offerts dans le présent guide. L'assureur est le seul responsable des divergences entre les libellés du guide et ceux de la police.

Table des matières

DÉFINITIONS	1
INTRODUCTION	5
I. DESCRIPTION DES PRODUITS OFFERTS	6
Nature des garanties	6
■ Assurance Frais médicaux d'urgence	7
■ Assurance Accidents de voyage	7
Résumé des conditions particulières	7
■ Personnes admissibles	7
■ Date d'effet de l'assurance	8
■ Assurance Frais médicaux d'urgence	9
• En cas d'urgence médicale	9
• Frais remboursables	9
• Franchise.....	10
• Exclusions, limitations ou réductions de garantie • applicables à l'Assurance Frais médicaux d'urgence.....	14
■ Assurance Accidents de voyage	18
• Risques assurés	18
• Frais remboursables	18
• Accidents multiples.....	19
• Présomption de décès suite à une disparition.....	19
• Exclusions, limitations ou réductions de garantie • applicables à l'Assurance Accidents de voyage	19
■ Sommaire de l'assurance	21
• Indemnités maximales	21
■ Informations personnelles	23
■ Prolongation automatique de votre assurance	23
• Retard d'un transporteur public.....	23
• Hospitalisation.....	23
• État médical.....	24
■ Prolongation de voyage	24
Annulation de l'assurance	24
■ Remboursement de la prime	25
■ Cessation de l'assurance	25

II. DEMANDE D'INDEMNITÉ OU DE RÉCLAMATION.....	26
Présentation de la réclamation	26
■ Soins médicaux	26
■ Autres assurances	26
■ Délai pour présenter la réclamation.....	26
■ Preuves à fournir.....	26
Réponse de l'assureur	28
Appel de la décision de l'assureur et le recours	28
Responsabilité des autres personnes.....	28
III. PRODUITS SIMILAIRES	29
IV. RÉFÉRENCE À L'AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS.....	29
V. AVIS DE RÉOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE	30
VI. AVIS DE CONSENTEMENT PARTICULIER	32
VII. DIRECTIVES À L'INTENTION DE L'AGENT DE VOYAGES.....	35

Les termes identifiés en *italiques* dans le texte sont définis à la section des *Définitions*.

DÉFINITIONS

Accident corporel – toute atteinte corporelle causée par un accident d'origine externe pendant que l'assurance est en vigueur. L'*accident corporel* est la cause directe pour laquelle des frais sont engagés pendant le voyage.

Âgé de un mois – l'enfant dont la naissance remonte à plus de 30 jours, à condition qu'il soit né après une période de grossesse d'au moins 38 semaines. Une période normale de grossesse est habituellement de 40 semaines.

Alpinisme – ascension ou descente d'une montagne nécessitant l'utilisation d'un équipement spécialisé, notamment de crampons, de piolets, de relais, de pitons à expansion, de mousquetons et d'un dispositif d'ancrage pour l'ascension en moulinette ou en premier de cordée.

Changement de médication – l'ajout d'un nouveau *médicament sur ordonnance*, l'arrêt d'un *médicament sur ordonnance*, l'augmentation de la posologie d'un *médicament sur ordonnance* ou la diminution de la posologie d'un *médicament sur ordonnance*, sauf :

- le rajustement de la dose d'insuline ou de Coumadin (Warfarin), si *vous* prenez ces médicaments;
- le changement d'un médicament de marque déposée pour une version générique identique si la dose est la même.

Compagnon de chevet – la personne de *votre* choix dont la présence est nécessaire à *votre* chevet pendant que *vous* êtes hospitalisé durant *votre* voyage.

Compagnon de voyage – la personne qui voyage avec *vous*, sous réserve d'un maximum de trois personnes, et qui est assurée au titre de l'une de nos Assurances Frais médicaux d'urgence.

Contamination – empoisonnement de personnes au moyen de substances :

- nucléaires;
- chimiques; **et/ou**
- biologiques

causant la maladie et/ou la mort.

Couverture familiale – la couverture dont *vous* et *les personnes à votre charge* bénéficiez lorsque la prime demandée a été payée.

Date d'effet –

- a) si *vous* vous procurez l'assurance **avant** *votre* arrivée au Canada et que *vous* êtes *âgé de un mois* ou plus :
 - Le jour de *votre* arrivée au Canada qui est inscrit sur *votre proposition d'assurance / confirmation d'assurance*;
- b) si *vous* vous procurez l'assurance **après** *votre* arrivée au Canada et que *vous* êtes *âgé de un mois* ou plus :
 - Dans le cas d'un *accident corporel*, *votre* assurance débute le jour même;
 - Dans le cas d'un *problème de santé* non relié à un *accident corporel* *votre* assurance débute 48 heures après la date inscrite sur *votre proposition d'assurance / confirmation d'assurance*;

- c) si *vous* procurez la *couverture familiale* après *votre* arrivée au Canada et qu'une des *personnes à charge* n'est pas *âgée de un mois* ou plus :
- Dans le cas d'un *accident corporel*, son assurance débute le jour même où elle atteint l'âge de un mois;
 - Dans le cas d'un problème de santé non relié à un *accident corporel*, son assurance débute 48 heures après qu'elle ait atteint l'âge de un mois.

Date d'expiration – la date à laquelle *votre* couverture prend fin selon *votre proposition d'assurance / confirmation d'assurance*. La *date d'expiration* doit tomber au plus tard 365 jours après la *date d'effet*.

État médical ou **problème de santé** – tout :

- *accident corporel* ou maladie; **ou**
- problème relié à cet *accident corporel* ou à cette maladie.

Cet *état médical* inclut :

- les maladies,
- les psychoses aiguës; **et**
- les complications de la grossesse survenant au cours des 31 premières semaines de la grossesse.

Franchise – le montant des frais admissibles que *vous* devrez prendre en charge avant qu'ils ne soient remboursés au titre de l'assurance. La *franchise* applicable à chaque sinistre est indiquée dans *votre proposition d'assurance / confirmation d'assurance*.

Hôpital (ou **hôpitaux**) – tout établissement qui est agréé comme tel :

- dont le rôle consiste à fournir des soins aux malades hospitalisés,
- où se trouve en permanence au moins un infirmier ou une infirmière diplômé(e) et autorisé(e); **et**
- comportant sur les lieux mêmes, ou dans d'autres lieux sous la direction de l'établissement, un laboratoire et une salle d'opération.

Ne sont pas considérés comme des *hôpitaux* les établissements principalement exploités comme cliniques, établissements de soins palliatifs ou de longue durée, centres de réadaptation, centres de traitement des personnes ayant des dépendances, maisons de convalescence ou de repos, centres d'accueil, foyers pour personnes âgées ou établissements de cure.

Médecin – toute personne, autre que *vous-même* ou qu'un membre de *votre* proche famille, qui est autorisée à prescrire des médicaments et administrer des traitements médicaux (dans les limites de ses compétences professionnelles) à l'endroit où le traitement est donné.

Les naturopathes, herboristes, chiropraticiens et les homéopathes ne sont pas considérés comme des *médecins*.

Médicament sur ordonnance – médicament qui ne peut être obtenu que sur ordonnance d'un *médecin* ou d'un dentiste autorisé et qui est délivré par un pharmacien autorisé.

N'est pas considéré comme un *médicament sur ordonnance* un tel médicament dont *vous* avez besoin (ou que *vous* devez renouveler) pour stabiliser un *état médical* ou une affection chronique dont *vous* souffriez avant *votre voyage*.

Mutilation – l'amputation au niveau ou au-dessus de l'articulation de *votre* poignet ou de *votre* cheville.

Personnes à (votre) charge – vos enfants célibataires qui voyagent avec vous, y compris les enfants naturels ou adoptifs, ou les enfants du conjoint et qui répondent aux conditions suivantes :

- être âgé de un mois ou plus mais de moins de 21 ans, **ou**
- avoir plus de 20 ans, être atteint d'une déficience physique ou mentale et être à votre charge,

à condition que vous ayez choisi la *couverture familiale* et que la prime demandée ait été payée.

Perte de la vision – la perte totale et irrémédiable de la vision.

Point de départ – votre lieu de résidence habituel ou votre pays d'origine indiqué sur votre proposition d'assurance / confirmation d'assurance.

Professionnel – qualifie la pratique d'une activité en échange d'un salaire ou commission qui constitue votre principale occupation.

Proposition d'assurance / confirmation d'assurance – formulaire imprimé, relevé informatique, facture ou document fourni par votre agent de voyages ou obtenu en ligne et confirmant la couverture d'assurance que vous avez souscrite. **La proposition d'assurance / confirmation d'assurance fait partie intégrante du contrat d'assurance.**

Régime d'assurance maladie provincial – l'assurance maladie que le gouvernement d'une province ou d'un territoire canadien offre aux personnes domiciliées dans cette province ou dans ce territoire ou que le gouvernement de votre lieu de résidence habituel ou de votre pays d'origine vous offre.

Réseau – les hôpitaux, les médecins et tout autre fournisseur de soins médicaux que nous reconnaissons au moment de l'urgence.

Soins d'urgence (ou **traitement d'urgence**) – tous soins médicaux ou toute intervention chirurgicale nécessités en cas d'urgence pour :

- le soulagement immédiat de symptômes aigus; **ou**
- recommandés par un médecin autorisé, qui ne peuvent attendre votre retour dans votre lieu de résidence habituel ou votre pays d'origine

et que vous devez recevoir ou subir au cours de votre voyage parce que votre état médical vous empêche de retourner dans votre lieu de résidence habituel ou votre pays d'origine.

Ils doivent être :

- prescrits ou donnés par un médecin autorisé pendant votre voyage; **ou**
- reçus dans un hôpital pendant votre voyage; **ou**
- donnés par un physiothérapeute, un chiropraticien, un podiatre, un podologue ou un ostéothérapeute autorisé, à la suite d'une urgence survenue pendant votre voyage.

Stable – qualifie un problème de santé ou une affection connexe, y compris toute affection cardiaque ou pulmonaire (qu'un diagnostic ait été posé ou non), pour lesquels :

- il n'y a eu aucun nouveau traitement, aucune nouvelle prise en charge et aucun nouveau médicament prescrit; **et**
- il n'y a eu aucun changement dans le traitement, aucun changement dans la prise en charge et aucun changement de médication; **et**
- il n'y a eu aucun nouveau symptôme, aucune nouvelle constatation ou des symptômes ou constatations plus fréquents ou plus sévères; **et**

- il n'y a eu aucun nouveau test ou résultat de test témoignant d'une détérioration : **et**
- il n'y a eu aucune nouvelle investigation et aucune investigation n'a été recommandée ou initiée pour vos symptômes; **et**
- il n'y a eu aucune hospitalisation ou aucun renvoi à un spécialiste n'a été nécessaire ou recommandé.

Terrorisme ou **acte de terrorisme** – désigne un acte qui comprend, mais pas exclusivement :

- l'usage de la force ou de la violence;
- la menace de faire usage de la force ou de la violence;
- le détournement d'un moyen de transport; **ou**
- un enlèvement;

perpétré par une personne ou un groupe dans le but d'intimider ou de terroriser :

- tout gouvernement;
- tout groupe;
- toute association; **ou**
- le grand public

à des fins ou des motifs

- religieux;
- politiques; **ou**
- idéologiques.

Un acte de *terrorisme* n'inclut pas tout fait de guerre, qu'elle soit déclarée ou non, des actes d'ennemis étrangers ou une rébellion.

Troubles mentaux ou affectifs - état anxieux ou émotionnel, crise situationnelle, accès d'anxiété ou crise de panique, ou autres troubles mentaux soignés à l'aide de tranquillisants doux ou d'anxiolytiques.

Urgence – tout événement soudain ou imprévu survenant pendant la période d'assurance et nécessitant le traitement immédiat par un *médecin* autorisé ou l'hospitalisation. L'*urgence* prend fin lorsqu'une attestation médicale vient confirmer que *vous* êtes en mesure de poursuivre *votre voyage* ou de retourner à *votre* lieu de résidence habituel ou *votre* pays d'origine (que *vous* ayez l'intention ou non d'y retourner).

Voyage – la période comprise entre la *date d'effet* et la *date d'expiration*.

« **Nous** », « **notre** », « **nos** » et « **RBC Assurances** » font référence à la **Compagnie d'assurance RBC du Canada**.

« **Vous** », « **votre** » et « **vos** » font référence :

- à toute personne désignée comme assurée dans la *proposition d'assurance / confirmation d'assurance*, dans la mesure où la prime d'assurance requise a été payée avant la *date d'effet* de l'assurance; **et**
- aux personnes à charge, si vous avez choisi la couverture familiale.

INTRODUCTION

Ce Guide de Distribution décrit les produits des protections offertes par le produit d'Assurance *Voyage* Visiteurs au Canada qui est distribué par *votre* agence de voyages. Il les décrit en langage clair et simple pour *vous* aider à prendre une décision éclairée au moment de choisir l'assurance la plus appropriée, et ce, sans la présence d'un conseiller en assurances.

Il existe 3 options que *vous* pouvez souscrire.

Pour obtenir toutes les précisions sur les garanties, exclusions et autres dispositions générales de l'assurance, veuillez *vous* rapporter à la police Assurance Voyage pour Visiteurs au Canada. La police d'assurance *vous* a été remise lors de la souscription de l'assurance.

I. DESCRIPTION DES PRODUITS OFFERTS

NATURE DES GARANTIES

L'Assurance *voyage* Visiteurs au Canada est disponible en trois options :

- Visiteurs I;
- Visiteurs II; **et**
- Visiteurs III.

Le tableau ci-dessous indique les assurances comprises dans chacune des options :

Les options comprennent les assurances marquées d'un ✓		
	Frais médicaux d'urgence Page 9	Accidents de voyage Page 18
Visiteurs I	✓	✓
Visiteurs II	✓	✓
Visiteurs III	✓	✓

Les montants remboursables peuvent varier en fonction de l'option que *vous* choisissez. Pour plus de détails, veuillez *vous* référer à la section « Sommaire de l'assurance » à la page 22 de ce guide ou à la section se reportant à chacune des assurances comprises dans l'option.

Les paiements, remboursements et montants détaillés dans ce guide sont en dollars canadiens. *Nous* appliquerons le taux de change en vigueur à la date à laquelle le dernier service *vous* aura été fourni si une conversion de devises s'applique.

Les intérêts ne sont pas couverts par cette assurance si le paiement de la réclamation est retardé.

La section suivante décrit chacune des assurances offertes.

■ **Assurance Frais médicaux d'urgence**

L'Assurance Frais médicaux d'*urgence* couvre les frais médicaux raisonnables et d'ordre courant que *vous* engagez à l'extérieur de *votre* lieu de résidence habituel ou *votre* pays d'origine (que *vous* ayez l'intention ou non d'y retourner) pour des soins médicaux ou chirurgicaux. Les soins doivent être nécessaires dans le cadre d'un *traitement d'urgence* en raison d'un *état médical* pendant *votre voyage*.

L'assurance rembourse **seulement les frais qui dépassent** les frais qui sont couverts :

- par le *régime d'assurance maladie provincial*; **et**
- par tout autre régime ou assurance dont *vous* bénéficiez.

■ **Assurance Accidents de voyage**

L'assurance paie un certain montant si *vous* êtes victime d'un *accident corporel* qui entraîne :

- la *mutilation*;
- la *perte de la vision*;
- le décès;
- la perte totale et irréversible de l'ouïe; **ou**
- la perte totale et irréversible de la parole

dans les **365 jours** suivant l'accident qui **survient durant** *votre voyage*.

RÉSUMÉ DES CONDITIONS PARTICULIÈRES

■ **Personnes admissibles**

La protection est offerte aux personnes qui ont souscrit l'assurance auprès d'une agence de voyages canadienne désignée par RBC Assurances. Elle n'est valide que si les conditions ci-dessous sont remplies.

Dans ce guide, *votre* âge s'entend de l'âge à la date de signature de la *proposition d'assurance* / *confirmation d'assurance*.

Pour **toutes les options**, *vous* êtes admissible si :

- *vous* êtes un visiteur au Canada; **ou**
- *vous* êtes un Canadien non couvert par un *régime d'assurance maladie provincial*; **ou**
- *vous* êtes titulaire d'un visa d'emploi ou d'étude valable au Canada; **ou**
- *vous* êtes un immigrant au Canada ou une de ses *personnes à charge*; **et**
- *vous* *vous* trouvez au Canada légalement.

Il existe d'autres conditions d'admissibilité pour chacune des options; elles sont décrites ci-dessous.

a) Visiteurs I et II :

Pour être admissible, *vous* devez être **âgé de un mois ou plus**, mais de **moins de 85 ans**.

b) Visiteurs III :

Pour être admissible, *vous* devez être **âgé de un mois ou plus**, mais de **moins de 70 ans**.

MISE EN GARDE

Exclusions, réductions ou limitations de garantie

Votre assurance devient invalide si vous ne respectez pas les conditions d'admissibilité décrites dans cette section. Notre responsabilité se limite au remboursement de la prime payée.

■ **Date d'effet de l'assurance**

La date d'entrée en vigueur de l'assurance est différente selon le type d'assurance, tel que décrit ci-dessous :

L'assurance entre en vigueur à la *date d'effet* de l'assurance.

Date d'effet

a) si vous vous procurez l'assurance AVANT votre arrivée au Canada et que vous êtes âgé de un mois ou plus :

- Le jour de *votre* arrivée au Canada qui est inscrit sur *votre proposition d'assurance / confirmation d'assurance*;

b) si vous vous procurez l'assurance APRÈS votre arrivée au Canada et que vous êtes âgé de un mois ou plus :

- Dans le cas d'un *accident corporel*, votre assurance débute le jour même;
- Dans le cas d'un *problème de santé* non relié à un *accident corporel* votre assurance débute 48 heures après la date inscrite sur *votre proposition d'assurance / confirmation d'assurance*;

c) si vous vous procurez la couverture familiale après votre arrivée au Canada et qu'une des personnes à charge n'est pas âgée de un mois ou plus :

- Dans le cas d'un *accident corporel*, son assurance débute le jour même où elle atteint l'âge de un mois;
- Dans le cas d'un problème de santé non relié à un *accident corporel*, son assurance débute 48 heures après qu'elle ait atteint l'âge de un mois.

Les sections suivantes décrivent en détail chacune des assurances offertes.

■ **Assurance Frais médicaux d'urgence**

En cas d'urgence médicale

Le montant d'indemnité d'assurance versé pourrait être réduit si vous ne communiquez pas avec Assistance aux Assurés Inc. AVANT de recevoir un *traitement d'urgence*. Voici les numéros à utiliser :

Sans frais des États-Unis ou du Canada :..... 1 800 387-2487
Sans frais du Mexique :..... 001 800 514-1890
À frais virés de n'importe où :..... 905 816-2561

Télécopieur sans frais des États-Unis ou du Canada :..... 1 888 298-6340
Télécopieur : 905 813-4719

Vous devez appeler Assistance aux Assurés Inc. dès que cela est possible du point de vue médical. Si votre *état médical* vous empêche de communiquer avec Assistance aux Assurés Inc. avant de recevoir un *traitement d'urgence*, une autre personne (membre de la famille, ami, *hôpital*, personnel du cabinet du *médecin*, etc.) peut appeler à *votre* place.

Tout acte médical pour des problèmes cardiaques doit être pré-approuvé par les conseillers médicaux d'Assistance aux Assurés Inc. Lorsque *vous* communiquez avec Assistance aux

Assurés Inc., ceux-ci *vous* envoient ou peuvent *vous* transférer, si la situation médicale le justifie, à l'un des fournisseurs de soins médicaux faisant partie du *réseau*.

Assistance aux Assurés Inc. demanderont au fournisseur de soins médicaux membre du *réseau* de *nous* facturer directement les frais médicaux couverts au lieu de *vous* les facturer.

Frais remboursables

L'assurance couvre les frais médicaux raisonnables et d'ordre courant que *vous* engagez à l'extérieur de *votre* pays de résidence. Ces soins médicaux ou chirurgicaux doivent être nécessaires dans le cadre d'un *traitement d'urgence* en raison d'un *état médical* pendant *votre voyage*. L'assurance couvre uniquement les frais qui dépassent ceux couverts :

- par le *régime d'assurance maladie provincial*; **et**
- par tout autre régime ou assurance dont *vous* bénéficiez.

Les frais médicaux doivent être engagés au Canada. Toutefois, l'assurance s'étend aux frais médicaux que *vous* engagez au cours d'un autre *voyage* que *vous* faites pendant *votre* séjour au Canada, à condition que :

- Cet autre *voyage* débute au Canada; **et**
- Cet autre *voyage* a une durée plus courte que *votre* séjour au Canada.

a) Frais médicaux d'urgence :

L'assurance couvre certains frais lorsqu'ils :

- sont **nécessaires** pour un *traitement d'urgence*; **et**
- sont recommandés par un *médecin* autorisé pendant *votre voyage*.

Les frais couverts sont les suivants :

- le *traitement d'urgence*, à l'exception des soins dentaires;
- les services d'infirmiers ou d'infirmières particuliers autorisés pendant l'hospitalisation;
- la location ou, s'il est moins coûteux, l'achat d'un lit d'*hôpital*, d'un fauteuil roulant, de béquilles, d'appareils orthopédiques et autres appareils médicaux;
- les mesures diagnostiques lorsqu'elles ont été autorisées au préalable par Assistance aux Assurés Inc.; et
- le coût des *médicaments sur ordonnance*.

b) Autres frais médicaux d'urgence :

L'assurance couvre les frais médicaux pour un *traitement d'urgence* donné par les spécialistes autorisés suivants :

- un physiothérapeute;
 - un chiropraticien;
 - un podiatre;
 - un podologue;
 - un ostéothérapeute
- jusqu'à un maximum de **300 \$ par catégorie de praticien.**

c) Ambulance :

L'assurance couvre le transport local par ambulance à destination :

- d'un *hôpital*;
- du cabinet d'un *médecin*; **ou**
- d'un fournisseur de soins médicaux

en cas d'*urgence*.

Les frais de taxi pour transport local seront remboursés **à la place des frais d'ambulance** si une ambulance est nécessaire du point de vue médical **mais n'est pas disponible.**

d) Rapatriement de votre dépouille :

L'assurance couvre les frais pour **un des choix suivants** si *vous* décédez pendant *votre voyage* par suite d'un *état médical* couvert :

- les frais de transport de *votre* dépouille dans le conteneur ordinaire du transporteur public jusqu'à *votre point de départ*; **et**
- les frais de préparation de la dépouille et le coût du conteneur **jusqu'à un maximum de 5 000 \$;**

OU

- les frais de transport de *votre* dépouille jusqu'à *votre point de départ*; **et**
- les frais d'incinération sur place **jusqu'à un maximum de 5 000 \$;**

OU

- les frais de préparation de *votre* dépouille et le prix d'un cercueil régulier, **jusqu'à un maximum de 5 000 \$; et**
- les frais d'inhumation sur place, **jusqu'à un maximum de 5 000 \$.**

L'assurance couvre, si quelqu'un est légalement tenu d'identifier *votre* corps :

- le coût d'un billet aller retour en classe économique à bord d'un avion de ligne par l'itinéraire le plus économique; **et**
- les frais d'hébergement commercial et de repas engagés par cette personne, **jusqu'à un maximum de 500 \$.**

La personne est couverte par *votre* assurance pendant la période nécessaire pour identifier *votre* corps, pour un **maximum de 3 jours ouvrables.**

e) Retour à votre point de départ :

L'assurance couvre les frais de retour à *votre point de départ* si :

- le *médecin* qui *vous traite* nous envoie un avis par écrit qui dit que *vous* devez rentrer dans le pays de *votre domicile* en raison de *votre état médical*; **ou**
- les conseillers médicaux d'Assistance aux Assurés Inc. estiment que *vous* serez en mesure de rentrer dans le pays de *votre domicile* après avoir reçu des *soins d'urgence* et recommandent *votre* retour.

L'assurance couvre les frais suivants **seulement** si :

- Assistance aux Assurés Inc. ont donné leur autorisation **avant** que les frais soient engagés; **et**
- Assistance aux Assurés Inc. ont pris les dispositions nécessaires.

Les frais engagés pour **une des situations suivantes** sont couverts :

- le coût supplémentaire d'un billet aller simple en classe économique à bord d'un avion de ligne par l'itinéraire le plus économique jusqu'à *votre point de départ* pour que *vous* receviez immédiatement des *soins médicaux d'urgence*;

OU

- le prix du billet avec civière à bord d'un avion de ligne en classe économique jusqu'à *votre point de départ* lorsque la civière est nécessaire du point de vue médical; **et**
- le prix du billet aller retour d'un accompagnateur médical qualifié, en classe économique à bord d'un avion de ligne; **et**
- les honoraires habituellement exigés par un tel accompagnateur.

La présence de l'accompagnateur doit **être nécessaire du point de vue médical** ou **exigée par la compagnie aérienne**;

OU

- le coût du transport par ambulance aérienne s'il est nécessaire du point de vue médical.

f) Frais de subsistance :

L'assurance prévoit le remboursement de certains frais indispensables si, sur les conseils du *médecin* :

- *vous* ou *votre compagnon de voyage* êtes transféré à des fins de traitement en raison d'un *problème de santé urgent* couvert par l'assurance; **ou**
- *vous* devez reporter la *date de retour* parce que *vous* ou *votre compagnon de voyage* devez recevoir un *traitement d'urgence*

pour une *urgence* médicale découlant d'un *état médical* couvert.

Les frais couverts sont les suivants :

- vos frais d'hébergement commercial et de repas;
- vos frais d'appels téléphoniques indispensables;
- vos frais de taxi.

Les frais sont remboursables **jusqu'à un maximum de 150 \$ par jour et d'un montant maximum total de 1 500 \$.**

Vous devez recevoir une pré-autorisation d'Assistance aux Assurés Inc. pour bénéficier de cette couverture.

g) Transport d'un compagnon de chevet :

L'assurance couvre :

- le prix d'un billet aller retour de *votre* compagnon en classe économique à bord d'un avion de ligne par l'itinéraire le plus économique; **et**
- les frais d'hébergement commercial et de repas engagés par le *compagnon de chevet* **jusqu'à un maximum de 300 \$; et**
- *votre compagnon de chevet* , selon la même assurance que la vôtre, aussi longtemps que sa présence est nécessaire à *votre* chevet

si :

- *vous* voyagez seul; **et**
- il est à prévoir que *vous* séjournerez plus de **3 jours** à l'hôpital pendant *votre voyage* ; **et**
- un *compagnon de chevet* est nécessaire.

Vous devez recevoir une pré-autorisation d'Assistance aux Assurés Inc. pour bénéficier de cette couverture.

h) Soins dentaires d'urgence :

L'assurance couvre certains soins dentaires:

- *Si vous* avez besoin de soins dentaires pour réparer ou remplacer des dents naturelles ou des prothèses fixes permanentes endommagées par suite d'un **coup accidentel reçu au visage** pendant *votre voyage* , l'assurance couvre les frais engagés et, **jusqu'à concurrence de 2 000 \$**, la poursuite du traitement nécessaire à *votre* retour au Canada.
- Si d'autres soins dentaires d'*urgence* sont nécessaires, l'assurance rembourse les frais que *vous* engagez pendant *votre voyage* , **jusqu'à concurrence de 300 \$**, ainsi que le coût intégral des *médicaments sur ordonnance*.

i) Examens de suivi :

L'assurance couvre jusqu'à trois examens de suivi, à condition qu'ils soient directement liés à *votre urgence* médicale.

Vous devez recevoir une pré-autorisation d'Assistance aux Assurés Inc. pour bénéficier de cette couverture.

Franchise

Le tableau ci-dessous indique la *franchise* par personne par *voyage* que *vous* devez payer selon l'option que *vous* avez choisie:

Option	Franchise
Visiteurs I	50 \$
Visiteurs II	50 \$
Visiteurs III	Aucune

La *franchise* est déduite du montant total des frais engagés et qui sont couverts par cette assurance.

Exclusions, limitations ou réductions de garantie applicables à l'Assurance **Frais médicaux d'urgence** **MISE EN GARDE**

a) Exclusions relatives à un état médical préexistant :

L'assurance ne couvre pas les frais se rattachant directement ou indirectement à certains *états médicaux préexistants*. Cette exclusion varie en fonction du type d'assurance choisie et en raison de l'âge de l'assuré.

Le tableau suivant confirme les exclusions qui s'appliquent aux assurés selon leur âge. La description de chaque exclusion se trouve à la suite du tableau.

Assuré âgé de un mois mais de moins de 2 ans	Assuré âgé de 2 ans ou plus, mais de moins de 50 ans	Assuré âgé de 50 ans ou plus, mais de moins de 70 ans	Assuré âgé de 71 ans ou plus, mais de moins de 85 ans
Exclusions 1 et 3	Exclusion 1	Exclusion 2	Exclusion 4

Exclusion 1 :

L'assurance ne paie pas les frais liés directement ou indirectement à un *état médical*, un trouble cardiaque ou un trouble pulmonaire et pour les problèmes de santé qui y sont reliés (qu'un diagnostic ait été posé ou non) si, dans les **90 jours** avant *votre date d'effet* :

- *l'état médical* ou le problème qui y est relié (qu'un diagnostic ait été posé ou non) n'est pas *stable*;
- *vous* avez pris de la nitroglycérine plus d'une fois par semaine pour soulager les douleurs d'angine de poitrine;
- *vous* avez été soigné à domicile par prise d'oxygène;
- *vous* avez dû prendre des stéroïdes (par la bouche) pour un problème pulmonaire.

MISE EN GARDE (suite)

Exclusion 2 :

L'assurance ne paie pas les frais liés directement ou indirectement à un *état médical*, un trouble cardiaque ou un trouble pulmonaire et pour les problèmes de santé qui y sont reliés (qu'un diagnostic ait été posé ou non) si, dans les 180 jours avant *votre date d'effet* :

l'état médical ou le problème qui y est relié (qu'un diagnostic ait été posé ou non) n'est pas stable;

- pour *votre* problème cardiaque :
- vous avez pris des médicaments;
- des médicaments vous ont été prescrits;
- vous avez été traité;
- vous avez senti une aggravation; ou
- vous avez consulté un médecin
- pour *votre* problème pulmonaire :
- vous avez pris des médicaments;
- des médicaments vous ont été prescrits;
- vous avez été traité;

- vous avez senti une aggravation; ou
- vous avez consulté un médecin

pour cet *état médical* ou un problème de santé qui y est relié.

Exclusion 3 :

L'assurance ne paie pas les frais liés directement ou indirectement à un *état médical* découlant d'une malformation congénitale et les problèmes de santé qui y sont reliés (qu'un diagnostic ait été posé ou non).

Exclusion 4 :

L'assurance ne paie pas les frais liés directement ou indirectement à un *état médical* un trouble cardiaque ou un trouble pulmonaire et pour les problèmes de santé qui y sont reliés (qu'un diagnostic ait été posé ou non) si, dans les 180 jours avant *votre date d'effet* :

- vous avez pris des médicaments;
- des médicaments vous ont été prescrits;
- vous avez été traité;
- vous avez senti une aggravation; ou
- vous avez consulté un médecin

pour cet *état médical* ou un problème de santé qui y est relié.

b) Vous devrez payer 30 % des frais médicaux payables par l'Assurance Frais médicaux d'urgence si :

- vous n'avez pas communiqué avec Assistance aux Assurés Inc. lorsque l'urgence médicale est survenue; ou
- vous avez décidé de recevoir des soins hors du réseau approuvé par Assistance aux Assurés Inc.

MISE EN GARDE (suite)

Vous devez appeler Assistance aux Assurés Inc. dès que cela est possible du point de vue médical. Si *votre état médical* vous empêche de communiquer avec Assistance aux Assurés Inc. avant de recevoir un *traitement d'urgence*, une autre personne (membre de la famille, ami, *hôpital*, personnel du cabinet du *médecin*, etc.) peut appeler à *votre* place.

c) **Terrorisme :**

Dans le cas d'un sinistre résultant directement ou indirectement d'un acte de *terrorisme*, les prestations payables sont versées après toutes les autres sommes payables par d'autres sources.

d) **Autres exclusions :**

En plus des exclusions a) à c) décrites ci-dessus, l'assurance ne couvre pas les dépenses attribuables directement ou indirectement à :

- la poursuite du traitement, la réapparition ou les complications d'un *état médical* ou d'un problème qui y est relié pour lequel *vous* avez reçu un *traitement d'urgence*;
- le traitement de tout problème cardiaque ou pulmonaire, après que *vous* ayez reçu un *traitement d'urgence* pour un problème cardiaque ou pulmonaire qui y est relié ou non;
- des automutilations volontaires, un suicide ou une tentative de suicide, quel que soit *votre* état mental;
- la perpétration d'actes criminels ou des tentatives directes ou indirectes de perpétration d'actes criminels par *vous-même*;
- un *problème de santé* attribuable ou associé à *votre* usage chronique d'alcool ou de drogues avant ou pendant *votre voyage*;
- *votre* abus de médicaments, de drogues ou d'alcool, ou au refus délibéré de suivre une thérapie ou un traitement médical prescrit avant ou pendant *votre voyage*;
- *vos troubles mentaux ou émotifs*;
- des soins autres que les *traitements d'urgence*;
- *votre* participation à des activités sportives en tant qu'athlète *professionnel*, y compris l'entraînement;
- *votre* pratique de l'escalade ou de l'*alpinisme*;
- *votre* participation à des courses ou à des épreuves de vitesse d'engins motorisés, y compris l'entraînement;
- tout *problème de santé* si *vous* entreprenez *votre voyage* en sachant que *vous* aurez besoin de recevoir ou que *vous* chercherez à obtenir des soins ou services de santé comme un traitement, une intervention chirurgicale, des examens, des soins palliatifs ou une thérapie parallèle de quelque nature que ce soit, que le traitement, l'intervention chirurgicale, les examens, les soins palliatifs ou la thérapie parallèle en question se rapportent ou non au *problème de santé*;
- un *état médical* pour lequel des examens ou des soins futurs (sauf les visites de routine) sont déjà prévus avant la *date d'effet*;

MISE EN GARDE (suite)

- un *état médical* pour lequel des soins ou une hospitalisation durant *votre voyage* étaient raisonnablement prévisibles;
 - des soins prénatals courants ou une naissance survenant au cours de *votre voyage*;
 - une grossesse, un accouchement ou des complications de la grossesse ou de l'accouchement survenant dans les 9 semaines avant ou suivant la date prévue de l'accouchement;
 - des symptômes qui auraient amené une personne normalement prudente à se faire soigner ou à prendre des médicaments dans les 90 jours avant la *date d'effet* de l'assurance;
 - des soins ou à une intervention chirurgicale pour un *état médical* particulier ou un problème qui y est relié :
 - a) qui avait amené *votre médecin* à vous déconseiller tout voyage,
 - b) que vous avez contracté pendant *votre voyage* dans un pays visé par un avertissement formel du ministère canadien des Affaires étrangères et du Commerce international qui déconseillait de se rendre dans ce pays, région ou ville. Cet avertissement doit avoir été émis avant la *date d'effet* de l'assurance;
 - tout frais qui devait d'abord être autorisé et organisé par Assistance aux Assurés Inc. pour lesquels il n'y a pas eu d'autorisation et d'organisation faites par Assistance aux Assurés Inc.;
 - tout *état médical* si les conseillers médicaux d'Assistance aux Assurés Inc. recommandent que vous rentriez dans *votre lieu de résidence habituel* ou *votre pays d'origine* (que vous ayez l'intention ou non d'y retourner) après avoir reçu des *soins d'urgence* et que vous décidez de ne pas le faire;
 - une guerre, déclarée ou non, des actes d'ennemis étrangers ou une rébellion;
 - un rayonnement ionisant ou une *contamination* radioactive provenant :
 - d'un combustible nucléaire ou de déchets radioactifs,
 - par les propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses d'un appareil nucléaire ou de toute partie de cet appareil.
 - tout *problème de santé* qui s'est manifesté pour la première fois, a été diagnostiqué ou pour lequel des soins d'urgence ont été reçus avant la *date d'effet* de la prolongation de l'assurance, si cette prolongation a été souscrite après la date de départ contractuelle;
- e) L'indemnité totale ne peut dépasser l'indemnité maximale pour les frais médicaux et autres frais de l'option choisie, tel qu'indiqué dans le tableau de la page 20.
- f) Les indemnités totales qui sont versées par tous les assureurs avec qui vous avez une assurance semblable ne peuvent pas dépasser les frais engagés.
- g) L'indemnité totale ne peut dépasser les frais que vous avez engagés si vous êtes couvert par plusieurs de nos contrats.
- h) L'indemnité maximale se limite au plus élevé des montants indiqués pour la garantie en cause si vous êtes couvert par plusieurs de nos contrats.

Toute fraude ou tentative de fraude de *votre part* ou toute réticence ou fausse déclaration de *votre part* sur des faits essentiels ou des circonstances concernant cette assurance la rend invalide.

■ Assurance Accidents de voyage

Risques assurés

L'assurance couvre les *accidents corporels* dont *vous* êtes victime, qui entraînent :

- la *mutilation*;
- la *perte de la vision*;
- le décès;
- la perte totale et irréversible de l'ouïe;
- la perte totale et irréversible de la parole

dans les **365 jours** suivant l'accident qui **survient durant votre voyage**.

Frais remboursables

Si une personne assurée subit plus d'une perte qui pourrait être indemnisée dans un même accident, **nous payons la plus élevée des sommes qui suit** :

1) **25 000 \$** pour :

- le décès;
- une *mutilation double*;
- la *perte de la vision* des deux yeux;
- la perte totale et irrémédiable de l'ouïe; **ou**
- la perte totale et irrémédiable de la parole.

2) **12 500 \$** pour :

- une *mutilation simple*;
- la *perte de la vision* d'un œil.

Capital assuré

Le capital assuré est précisé dans la section « Forfaits d'assurance » à la page 20 de ce guide.

MISE EN GARDE

Exclusions, limitations et réduction de garantie

Notre responsabilité totale se limite à 200 000 \$ pour toutes les couvertures d'assurance accidents souscrite auprès de nous. Toute couverture qui dépasse 200 000 \$ est nulle et les primes seront remboursées.

Accidents multiples

La somme totale qui sera versée ne peut pas dépasser 25 000 \$ si plus d'un accident survient en même temps.

Présomption de décès suite à une disparition

Si *vous* disparaissiez lors d'un accident, *vous* serez considéré comme décédé si *votre* corps n'est pas retrouvé **un an** après cet accident.

Exclusions, limitations ou réductions de garantie applicables à l'Assurance Accidents de voyage **MISE EN GARDE**

- a) **L'Assurance Accidents de voyage ne couvre pas les dépenses se rattachant directement ou indirectement à :**
- **une guerre, déclarée ou non, des actes d'ennemis étrangers ou une rébellion;**
 - **des automutilations volontaires, un suicide ou une tentative de suicide, quel que soit *votre* état mental;**
 - **la perpétration d'actes criminels ou des tentatives directes ou indirectes de perpétration d'actes criminels par *vous-même* ou par *votre* bénéficiaire;**
 - **la participation à des manœuvres ou exercices d'entraînement militaires;**
 - **une maladie, même si la cause de son apparition ou de sa réapparition est un accident;**
 - **au pilotage, à l'apprentissage du pilotage ou du service comme membre d'équipage d'un aéronef;**
 - **la contamination attribuable à tout acte de *terrorisme*;**
 - **un rayonnement ionisant ou une contamination radioactive provenant :**
 - **d'un combustible nucléaire ou de déchets radioactifs;**
 - **par les propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses d'un appareil nucléaire ou de toute partie de cet appareil.**
 - **au *terrorisme*;**
 - **à un accident attribuable ou associé à *votre* usage chronique d'alcool ou de drogues avant ou pendant *votre* voyage;**
 - ***votre* abus de médicaments, de drogues ou d'alcool, ou au refus délibéré de suivre une thérapie ou un traitement médical prescrit avant ou pendant *votre* voyage;**

MISE EN GARDE (suite)

- **votre participation à des activités sportives en tant d'athlète *professionnel*, y compris l'entraînement;**
- **votre pratique du deltaplane, de l'escalade ou de l'*alpinisme*, du parachutisme, de la chute libre ou du saut à l'élastique (bungee);**
- **votre participation à des courses ou à des épreuves de vitesse d'engins motorisés de quelque nature que ce soit, y compris l'entraînement.**

b) Terrorisme :

L'assurance ne couvre pas les sinistres si le sinistre est directement ou indirectement lié au *terrorisme* ou à une contamination attribuable à un acte de *terrorisme*.

c) Les indemnités totales qui sont versées par tous les assureurs avec qui *vous* avez une assurance semblable ne peuvent pas dépasser les frais engagés.

d) L'indemnité totale ne peut dépasser les frais que *vous* avez engagés si *vous* êtes couvert par plusieurs de *nos* contrats.

e) L'indemnité maximale se limite au plus élevé des montants indiqués pour la garantie en cause si *vous* êtes couvert par plusieurs de *nos* contrats.

Toute fraude ou tentative de fraude de *votre* part ou toute réticence ou fausse déclaration de *votre* part sur des faits essentiels ou des circonstances concernant cette assurance la rend invalide.

■ Sommaire de l'assurance

Indemnités maximales

Les indemnités maximales payables varient en fonction de l'option que *vous* avez choisie. Ces maximums sont illustrés dans le tableau ci-dessous :

Option	Visiteurs I	Visiteurs II	Visiteurs III
Assurance Frais médicaux d'urgence			
Frais médicaux et autres frais	25 000 \$*	50 000 \$*	150 000 \$*
<i>Franchise</i> par personne et par <i>voyage</i>	50 \$	50 \$	Aucune
Rapatriement de <i>vo</i> tre dépouille *Veuillez consulter la police pour connaître le plafond des frais remboursables pour le conteneur, la crémation et l'inhumation sur place.	Frais de transport illimités	Frais de transport illimités	Frais de transport illimités
Transport d'un <i>compagnon de chevet</i>	Classe économique	Classe économique	Classe économique
Frais de subsistance d'un <i>compagnon de chevet</i>	300 \$	300 \$	300 \$
Retour au <i>point de départ</i>	Aller simple en classe économique, ou billet avec civière, ou billet d'un accompagnateur médical qualifié, ou transport par ambulance aérienne	Aller simple en classe économique, ou billet avec civière, ou billet d'un accompagnateur médical qualifié, ou transport par ambulance aérienne	Aller simple en classe économique, ou billet avec civière, ou billet d'un accompagnateur médical qualifié, ou transport par ambulance aérienne
Examens de suivi	Maximum de 3	Maximum de 3	Maximum de 3
Frais de subsistance de l'assuré ou d'un <i>compagnon de voyage</i>	1 500 \$	1 500 \$	1 500 \$
Frais dentaires d'urgence	2 000 \$ (coup accidentel reçu au visage) et/ou 300 \$ pour les autres soins dentaires d'urgence	2 000 \$ (coup accidentel reçu au visage) et/ou 300 \$ pour les autres soins dentaires d'urgence	2 000 \$ (coup accidentel reçu au visage) et/ou 300 \$ pour les autres soins dentaires d'urgence
Assurance Accidents de voyage			
Décès**, double <i>mutilation</i> ou <i>perte de la vision</i> des deux yeux ou perte totale et irréversible de l'ouïe ou de la parole. **	25 000 \$	25 000 \$	25 000 \$
<i>Mutilation</i> simple ou <i>perte de la vision</i> d'un oeil ou perte totale et irréversible de l'ouïe ou de la parole. **	12 500 \$	12 500 \$	12 500 \$

- * Ce montant représente l'indemnité maximale pour l'ensemble de l'Assurance Frais médicaux d'*urgence*.
- ** L'indemnité maximale correspond au montant le plus élevé payable pour l'une de ces pertes.

MISE EN GARDE

Exclusions, réductions et limitations de garantie

Notre responsabilité totale se limite à 200 000 \$ pour toutes les couvertures d'assurance accidents souscrite auprès de nous. Toute couverture qui dépasse 200 000 \$ est nulle et les primes seront remboursées.

■ **Informations personnelles**

Lorsque *vous* payez la prime d'assurance, *vous* convenez de *nous* donner ainsi que Assistance aux Assurés Inc. *votre* autorisation pour :

- Vérifier auprès des autorités *votre* état de santé et les autres renseignements nécessaires à *votre* demande de règlement;
- que les *médecins, hôpitaux* et les autres fournisseurs de soins médicaux *nous* fournissent tous les renseignements qu'ils détiennent sur *vous* pendant que *vous* êtes en observation ou sous leurs soins, y compris :
 - *vos* antécédents médicaux,
 - les diagnostics,
 - les résultats de *vos* tests;
- transmettre les renseignements ci-dessus à d'autres personnes qui les utiliseront pour déterminer les prestations qui *vous* sont payables.

■ **Prolongation automatique de votre assurance**

Dans certains cas, *votre* assurance peut être prolongée automatiquement.

Retard d'un transporteur public

Votre assurance est prolongée automatiquement pour la durée du retard, jusqu'à un maximum de **72 heures** si *vous* ne pouvez rentrer dans *votre* pays à la *date d'expiration* comme prévu, à cause du retard d'un moyen de transport public dans lequel *vous* devez voyager.

Hospitalisation

Votre assurance est prolongée automatiquement si, à la *date d'expiration*, *vous* ou *votre compagnon de voyage* êtes hospitalisé. *Votre* assurance est prolongée **pour la durée de l'hospitalisation, et jusqu'à un maximum de cinq jours additionnels après la sortie de l'hôpital.**

État médical

Votre assurance est prolongée automatiquement si *vous* ou *votre compagnon de voyage* êtes retardé au-delà de la *date d'expiration* prévue de l'assurance en raison d'un problème de santé. Vous devez être incapable de voyager pour des raisons médicales mais ne pas être hospitalisé. Votre assurance est alors prolongée pour la durée du retard, jusqu'à un **maximum de 5 jours** après la *date d'expiration* qui était prévue pour l'assurance.

MISE EN GARDE

Exclusions, réductions et limitations de garantie

L'assurance ne peut être prolongée au-delà des 365 jours suivant la date de votre départ quel que soit le nombre de prolongations automatiques.

■ **Prolongation de voyage**

Toute prolongation de *votre* couverture devra remplir les conditions suivantes si *vous* décidez de prolonger *votre voyage* :

- a) *Vous* devez demander la prolongation en communiquant avec *votre* agence de voyages avant la *date d'expiration* si *vous* **n'avez pas eu de problème de santé** visé par la garantie dont *vous* bénéficiez.
- b) *Vous* devez demander la prolongation en communiquant avec Assistance aux Assurés Inc. avant la *date d'expiration* si *vous* **avez eu un problème de santé** visé par la garantie dont *vous* bénéficiez. La prolongation dépend de l'approbation d'Assistance aux Assurés Inc.

L'assurance ne peut être prolongée au-delà des **365 jours** suivant la *date d'effet* de l'assurance quel que soit le nombre de prolongations automatiques ou non.

Dans tous les cas ci-dessus, *vous* devez payer le supplément de prime exigé **avant la date d'expiration** originale.

Les dispositions et exclusions de la police d'assurance s'appliquent aussi à la période de prolongation de l'assurance.

Annulation de l'assurance

Vous pouvez annuler *votre* contrat d'assurance en tout temps avant sa date d'entrée en vigueur (*date d'effet*) et *vous* faire rembourser la totalité de la prime payée en communiquant avec *votre* agence de voyages (*vous* retrouverez ses coordonnées sur la page couverture de ce Guide).

Pour annuler *votre* assurance, *vous* pouvez utiliser l'Avis de résolution d'un contrat d'assurance qui est inclus à la page 29 de ce Guide.

■ **Remboursement de la prime**

Toutes les demandes de remboursement de prime doivent être présentées à l'agence de voyages qui *vous* a vendu l'assurance.

La prime que *vous* avez payée pour les journées non utilisées peut être remboursée si *vous* retournez au pays de *votre* domicile avant la *date d'expiration*.

Vous devez :

- fournir la preuve de la date de retour; **et**
- ne pas avoir de demande de règlement à présenter.

Vous devez cependant payer la prime minimale de **7 jours**.

■ **Cessation de l'assurance**

Votre assurance prend fin à la **première des dates suivantes** :

- a) la date de survenance de l'événement ayant causé l'annulation si le *voyage* est annulé avant la date de départ de *votre point de départ*;
- b) le jour où *vous* quittez le Canada pour retourner dans le pays de *votre* domicile;
- c) à minuit, à la *date d'expiration* prévue sur *votre proposition d'assurance / confirmation d'assurance*; **ou**
- d) le 365^{ème} jour après la *date d'effet* de *votre* assurance.

II. DEMANDE D'INDEMNITÉ OU DE RÉCLAMATION

Présentation de la réclamation

■ Soins médicaux

Vous ou une autre personne devez immédiatement communiquer avec Assistance aux Assurés Inc. à l'un des numéros suivants si *vous* avez besoin de *soins d'urgence* pendant *votre voyage* :

Sans frais des États-Unis ou du Canada :..... 1 800 387-2487
Sans frais du Mexique :..... 001 800 514-1890
À frais virés de n'importe où :..... 905 816-2561
Télécopieur sans frais des États-Unis ou du Canada :..... 1 888 298-6340
Télécopieur : 905 813-4719

■ Autres assurances

Pour présenter une réclamation pour des frais admissibles engagés pendant le *voyage* mais qui ne sont pas liés à des frais médicaux (par exemple, des frais de subsistance), *vous* pouvez :

- suivre les instructions sur le formulaire de réclamation inclus dans *votre* police d'assurance; **ou**
- communiquer avec le service des règlements à un des numéros suivants :

À l'extérieur du Québec :905 816-2572 ou 1 800 263-8944
Résidents du Québec : 514 748-2244 ou 1 800 263-8944

■ Délai pour présenter la réclamation

Vous devez présenter *votre* demande dans les **90 jours** suivant le sinistre.

■ Preuves à fournir

Certains documents doivent être fournis lors d'une demande de règlement. Ceux-ci comprennent le formulaire de demande de règlement et autorisation, dûment rempli et, s'il y a lieu :

Assurance Frais médicaux d'urgence

Vous devez présenter les pièces suivantes si *vous* avez décidé de recevoir des soins hors du réseau, ou si *vous* n'avez pas communiqué avec Assistance aux Assurés Inc. lors de l'urgence médicale :

- le formulaire de demande de règlement et autorisation correctement complété;
- les originaux des factures et des reçus;
- la preuve de toute indemnisation que *vous* avez déjà reçue par un régime d'assurance maladie provincial ou par un autre assureur;
- le diagnostic complet des *médecins* et/ou des *hôpitaux* qui *vous* ont fourni les soins, et si nécessaire, la confirmation écrite du *médecin* qui *vous* a soigné pendant *votre voyage* afin qu'il affirme que les soins fournis étaient nécessaires du point de vue médical;
- une copie de *votre* billet d'avion et de *votre* passeport confirmant les dates de *voyage* et l'arrivée au Canada.

Dans le cas des **frais dentaires**, *vous* devez nous fournir tous les documents énumérés ci-dessus.

Nous nous réservons le droit de *vous* faire subir un examen médical à *nos* frais, par un ou plusieurs *médecins* choisis par *nous* pour toute demande de réclamation.

Assurance Accidents de voyage

- Les rapports de police, dossiers médicaux, certificat de décès et rapports d'autopsie ou du coroner peuvent être demandés afin que *nous* puissions indemniser une personne assurée ou ses héritiers.

MISE EN GARDE

Exclusions, réductions et limitations de garantie

Les pièces justificatives doivent être fournies pour toute demande de réclamation, sinon *vous* perdrez tout droit à indemnité pour la réclamation en cause.

Le fait de ne pas remplir en entier le formulaire Demande de règlement et autorisation peut retarder le processus d'évaluation du sinistre.

RÉPONSE DE L'ASSUREUR

Notre objectif est de régler *vo*tre demande ou de *vous* informer de *notre* décision dans les **7 jours** suivant la réception de tous les renseignements nécessaires au traitement de la demande.

Pour l'Assurance Frais médicaux d'*urgence*, *nous* réglons les frais couverts directement au fournisseur de soins médicaux lorsque c'est possible.

Pour les demandes de règlement sous l'Assurance Accidents de voyage, *nous* versons le *capital-décès* au bénéficiaire indiqué dans la *proposition d'assurance / confirmation d'assurance* ou à *vo*tre succession si aucun bénéficiaire n'est désigné.

Nous paierons les sommes couvertes par l'assurance à *vous* ou aux fournisseurs des services, sauf en cas de décès. Les sommes payables en cas de décès seront payées à *vo*tre succession, sauf indication contraire dans la *proposition d'assurance / confirmation d'assurance*.

Vous devez *nous* rembourser toute somme que *nous* aurons payée ou autorisée pour *vo*tre compte, si *nous* établissons que cette somme n'est pas payable selon *vo*tre contrat d'assurance.

APPEL DE LA DÉCISION DE L'ASSUREUR ET LE RECOURS

Vous pouvez consulter le Bureau des services financiers ou *vo*tre conseiller juridique si l'assureur ne respecte pas ses engagements.

La cause sera réglée devant un arbitre unique dans la province ou le territoire canadien d'établissement de la police si *vous* n'êtes pas d'accord avec la décision rendue au sujet de *vo*tre demande ou si un différend survient dans l'interprétation de la police.

Toute action ou procédure d'arbitrage intentée contre *nous* concernant une demande d'indemnité fondée sur cette police se prescrit par 3 ans, à compter de la survenance de l'événement à l'origine de la demande.

Toutefois, si cette restriction est invalide en vertu des lois de la province ou du territoire d'établissement de la police, *vous* devez tenter *vo*tre action ou procédure d'arbitrage dans le délai le plus court prescrit par les lois du lieu d'établissement de la police. En effet, si cette loi est modifiée afin d'allonger ou réduire le délai maximum pour tenter une action ou une procédure d'arbitrage contre *nous*, *vous* devez le faire à l'intérieur des nouveaux délais prescrit par la loi.

RESPONSABILITÉ DES AUTRES PERSONNES

Si *vous* engagez des frais pendant *vo*tre voyage en raison de la faute d'une personne qui n'est pas couverte par *vo*tre police d'assurance, *nous* pouvons poursuivre en justice cette personne responsable. *Vous* devez alors accepter de collaborer avec *nous* et *nous* autoriser à tenter, à *nos* frais, une poursuite en *vo*tre nom contre cette personne.

III. PRODUITS SIMILAIRES

D'autres assureurs peuvent offrir des produits semblables à celui-ci. Avant de *vous* procurer un produit d'assurance, vérifiez que *vous* ne possédez pas déjà une telle protection.

IV. RÉFÉRENCE À L'AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS

Pour toute question au sujet de cette assurance, contactez d'abord l'assureur aux coordonnées qui apparaissent sur la page couverture de ce Guide de Distribution.

Pour obtenir des précisions sur les obligations des assureurs et des distributeurs de produits d'assurance envers *vous*, *vous* pouvez *vous* adresser à l'Autorité des marchés financiers :

Pour obtenir des précisions sur les obligations des assureurs envers *vous*, *vous* pouvez *vous* adresser à l'Autorité des marchés financiers :

Autorité des marchés financiers

Place de la Cité, Tour Cominar
2640, boulevard Laurier, 4^e étage
Québec (Québec) G1V 5C1

Téléphone

Ville de Québec: (418) 525-0337
Montréal: (514) 395-0337
Sans frais: 1 877 525-0337

Télécopieur

(418) 525-9512

Site Web

www.lautorite.qc.ca

Courriel

renseignements-consommateur@lautorite.qc.ca

V. AVIS DE RÉSOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE

AVIS DONNÉ PAR LE DISTRIBUTEUR

Article 440 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers.

LA LOI SUR LA DISTRIBUTION DE PRODUITS ET SERVICES FINANCIERS VOUS DONNE DES DROITS IMPORTANTS.

- La loi *vous* permet de mettre fin au contrat d'assurance que *vous* venez de signer à l'occasion d'un autre contrat, **sans pénalité, dans les 10 jours de sa signature**. Pour cela, *vous* devez donner à l'assureur un avis par courrier recommandé dans ce délai. *Vous* pouvez à cet effet utiliser le modèle ci-joint.
- Malgré l'annulation du contrat d'assurance, le premier contrat conclu demeurera en vigueur. Attention, il est possible que *vous* perdiez des conditions avantageuses qui *vous* ont été consenties en raison de cette assurance; informez-*vous* auprès du distributeur ou consultez votre contrat.
- Après l'expiration du délai de 10 jours, *vous* avez la faculté d'annuler l'assurance en tout temps, mais des pénalités pourraient s'appliquer.
- L'article 441 ne s'applique pas lorsque le contrat principal est d'une durée de 10 jours ou moins et si son exécution a déjà débuté au moment de la demande d'annulation du contrat d'assurance.

Pour de plus amples informations, *vous* pouvez contacter l'Autorité des marchés financiers au (418) 525-0337 ou 1-877-525-0337.

AVIS DE RÉSOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE

À : _____
(nom de l'assureur)

(adresse de l'assureur)

Date : _____
(date d'envoi de cet avis)

En vertu de l'article 441 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers, j'annule le contrat d'assurance n° :

(numéro du contrat s'il est indiqué)

conclu le : _____
(date de la signature du contrat)

à : _____
(lieu de la signature du contrat)

(nom du client)

(signature du client)

Le distributeur doit remplir au préalable cette section.

Cet envoi doit être transmis par courrier recommandé.

Au verso de cet envoi doivent apparaître les articles suivants de la Loi : art. 439, 440, 441, 442, 443.

Art.439. Un distributeur ne peut assujettir la conclusion d'un contrat à l'obligation pour le client de conclure un contrat d'assurance auprès d'un assureur qu'il indique.

Il ne peut exercer de pressions indues sur le client ou employer des manœuvres dolosives pour l'inciter à se procurer un produit ou un service financier.

Art.440. Un distributeur qui, à l'occasion de la conclusion d'un contrat, amène un client à conclure un contrat d'assurance doit lui remettre un avis, rédigé de la façon prévue par le règlement, lui indiquant qu'il peut, dans les 10 jours de sa signature de ce contrat, le résoudre.

Art.441. Un client peut, par avis transmis par courrier recommandé ou certifié, résoudre, dans les 10 jours de sa signature, un contrat d'assurance signé à l'occasion de la conclusion d'un autre contrat.

En cas de résolution de ce contrat, le premier contrat conserve tous ses effets.

Art.442. Un contrat ne peut contenir de disposition en permettant la modification dans l'éventualité où un client résoudrait ou résilierait un contrat d'assurance conclu à la même occasion.

Toutefois, un tel contrat peut prévoir que le client perd pour le reste du terme les conditions plus favorables qui lui sont consenties du fait de la conclusion de plus d'un contrat si le client résout ou résilie avant terme le contrat d'assurance.

Art.443. Un distributeur offrant un financement pour l'achat d'un bien ou d'un service et qui exige que le débiteur souscrive une assurance pour garantir le remboursement du prêt doit lui remettre un avis, rédigé de la façon prévue, l'informant qu'il a la faculté de prendre l'assurance auprès de l'assureur et du représentant de son choix pourvu que l'assurance souscrite soit à la satisfaction du créancier qui ne peut la refuser sans motifs raisonnables. Il ne peut assujettir la conclusion d'un contrat de crédit à un contrat d'assurance avec un assureur qu'il indique.

Un contrat de crédit ne peut stipuler qu'il est conclu sous la condition que le contrat d'assurance pris auprès d'un tel assureur demeure en vigueur jusqu'à l'échéance du terme ni que la fin d'une telle assurance fait encourir au débiteur la déchéance du terme ou la réduction des droits.

Un débiteur n'encourt pas la déchéance de ses droits en vertu du contrat de crédit lorsqu'il résout ou résilie ce contrat d'assurance ou met fin à son adhésion pourvu qu'il ait alors souscrit une assurance auprès d'un autre assureur qui soit à la satisfaction du créancier qui ne peut la refuser sans motifs raisonnables.

VI. AVIS DE CONSENTEMENT PARTICULIER

VOUS ÊTES LIBRE DE DONNER CE CONSENTEMENT OU NON

Articles 92 et 437 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers

CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

- Nous détenons, aujourd’hui, des renseignements à votre sujet.
- Nous avons besoin de votre consentement pour permettre à certains de nos préposés d’avoir accès à ces renseignements.
- Ces préposés auront aussi accès aux mises à jour des renseignements, faites pendant la durée du consentement.
- Ces préposés utiliseront les renseignements disponibles **afin de vous solliciter pour de nouveaux produits et services financiers.**

VOUS ÊTES LIBRE D’ÉTABLIR LA DURÉE DE VALIDITÉ DE VOTRE CONSENTEMENT

- Si vous accordez un consentement pour une période indéterminée, vous pourrez en tout temps y mettre fin en le révoquant. À la fin du présent formulaire, vous trouverez un modèle de révocation que vous pourrez utiliser ou dont vous pourrez vous inspirer.
- Si vous voulez accorder un consentement pour une période limitée, vous pourrez le faire en fixant vous-même cette période. Le présent formulaire prévoit à la section « consentement particulier » un endroit où vous pourrez inscrire la période désirée.

LA LOI SUR LA DISTRIBUTION DE PRODUITS ET SERVICES FINANCIERS VOUS DONNE DES DROITS IMPORTANTS

Sans cette autorisation spécifique, le distributeur ne pourra utiliser ces renseignements à d’autres fins que celles pour lesquelles ils ont été recueillis. **Le distributeur ne peut vous contraindre à donner ce consentement ni refuser de continuer à faire affaires avec vous du seul fait que vous refusez de le lui donner; l’article 94 de la loi vous protège.** Pour de plus amples renseignements, communiquez avec le Autorité des marchés financiers au : (418) 525-0337 ou au 1-877-525-0337.

Les renseignements que nous détenons à votre sujet, aujourd’hui, ont été recueillis dans le cadre de :

-

-

(objet(s) du dossier)

Voici les catégories de renseignements nécessaires que nous souhaitons que l'un de nos préposés utilise ainsi que les produits et services qu'il pourra vous offrir. Pour plus de précisions sur le contenu de chacune de ces catégories, vous pouvez vous référer au verso.

Veillez autoriser les catégories auxquelles vous consentez.

Catégories de renseignements nécessaires à être communiqués¹	Pour quels produits ou services?²	Autorisation du client³	Initialer⁴
<i>À remplir par le distributeur</i>	<i>À remplir par le distributeur</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Directives au distributeur (reproduction non requise) :

1. Le distributeur doit indiquer au verso le contenu de chacune des catégories.
2. Le distributeur doit préciser la nature des produits et services qu'il souhaite offrir au client. Chaque catégorie de renseignements doit être associée à une fin particulière. Si une catégorie est nécessaire à plusieurs fins, le distributeur doit la répéter pour chacune d'elles.
3. L'autorisation du client peut être donnée par téléphone dans la mesure où les interlocuteurs peuvent s'assurer de leur identification respective. Dans ce cas, le présent formulaire servira de script pour le préposé. Le contenu détaillé de chacune des catégories doit être lu au client. Le distributeur doit transmettre au client le formulaire rempli dans les 10 jours suivant le consentement verbal.
4. Dans le cas d'un formulaire électronique, les initiales peuvent être remplacées par une fenêtre de confirmation. L'avis de consentement doit toutefois être mis à la disposition du client grâce à tout moyen en permettant la lecture ou l'impression.

Conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, **vous pouvez demander que l'on vous donne accès aux renseignements que l'on détient sur vous.**

CONSENTEMENT PARTICULIER

Après avoir pris connaissance de ce qui est indiqué ci-dessus, je, soussigné(e),

_____ consens à ce que les renseignements
(nom du client)

détenus par le distributeur soient utilisés aux fins mentionnées plus haut.

Ce consentement sera valide jusqu'à révocation ou pour la période suivante :

JJ/MM/AA (à remplir par le client)

Je peux révoquer en tout temps ce consentement par l'envoi d'un avis. Je peux utiliser le modèle d'avis ci-joint ou m'en inspirer.

_____ (signature du client) _____ (date de la signature du consentement)

(Identification du client, adresse ou n^o de folio ou n^o de contrat, etc.)

JE RÉVOQUE LE CONSENTEMENT PARTICULIER DONNÉ AU DISTRIBUTEUR PAR L'AVIS SUIVANT

À :

_____ (nom du distributeur)

_____ (adresse du distributeur)

En date du : _____

Par la présente, je, soussigné(e), _____ vous avise que
(nom du client)

j'annule le consentement particulier visant à vous permettre d'utiliser les renseignements qui me concernent à de nouvelles fins.

Consentement que je vous ai donné le : _____
(date du consentement)

_____ (nom du client) _____ (signature du client)

(Identification du client, adresse ou n^o de folio ou n^o de contrat, etc.)

VII. DIRECTIVES À L'INTENTION DE L'AGENT DE VOYAGES

Veillez cocher la ou les cases correspondant à l'assurance choisie par le client et inscrire vos initiales sur la ligne en regard de la ou des cases.

NOM DU CLIENT
(en caractères d'imprimerie)

souscrit le produit de RBC Assurances suivant :

	Cocher	Parapher
Visiteurs I	<input type="checkbox"/>	_____
Visiteurs II	<input type="checkbox"/>	_____
Visiteurs III	<input type="checkbox"/>	_____

® Marque déposée de la Banque Royale du Canada, utilisée sous licence

Form # 81783 (06/2010)