



RBC Assurances®

## Assurance classique frais médicaux

### Assistance médicale d'urgence

Où que *vous* soyez, Assistance aux Assurés Inc. et Paiement-Assistance® sont au bout du fil - 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Si *vous* avez besoin de soins médicaux pendant *vos* voyages, ou pour toute autre urgence, *vous* devez immédiatement appeler Assistance aux Assurés Inc. à l'un des numéros suivants :

- 1 800 387-2487 (sans frais des États-Unis ou du Canada)
- 001 800 514-1890 (sans frais du Mexique)
- 905 816-2561 (à frais virés de partout ailleurs)
- 1 888 298-6340 (télécopieur sans frais des États-Unis ou du Canada)
- 905 813-4719 (télécopieur)

## Assurance classique frais médicaux

### **Table des matières**

Sommaire des garanties d'assurance .....	3
Définitions .....	3
Dispositions générales .....	6
Conditions de souscription .....	6
Souscription de l'assurance .....	6
Début et fin de l'assurance .....	6
Prolongation d'office de <i>votre</i> assurance .....	7
Prolongation de <i>votre</i> voyage .....	7
Souscription d'une <i>assurance complémentaire</i> à celle d'un autre assureur .....	7
Remboursement de la prime .....	7
Couverture liée au <i>terrorisme</i> .....	8
Assurance Frais médicaux d' <i>urgence</i> .....	8
Conditions générales .....	13
Présentation de la demande de règlement .....	14
Services d'assistance offerts .....	14
Assistance en cas d'urgence .....	15

### AVIS IMPORTANT - VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT

- L'assurance voyage est conçue pour couvrir les pertes découlant de circonstances soudaines et imprévisibles. Il est important que *vous* lisiez et que *vous* compreniez *votre* police avant de partir en *voyage*, étant donné que *votre* couverture peut être assujettie à certaines restrictions ou exclusions.
- Une exclusion relative aux affections préexistantes s'applique à une affection ou à des symptômes d'ordre médical qui se sont manifestés avant *votre* départ. Vérifiez si ce type d'exclusion s'applique à *votre* police et les répercussions qu'il peut avoir sur la date de *votre* départ, la date de souscription de la police ou la date d'entrée en vigueur de l'assurance.
- En cas d'accident, de maladie ou de blessure, il est possible que *vos* antécédents médicaux soient examinés si une demande de règlement est soumise.
- *Votre* police prévoit une protection d'assistance voyage. *Vous* devez aviser Assistance aux Assurés Inc. avant de recevoir tout traitement d'urgence. *Votre* police peut limiter les prestations si *vous* n'informez pas immédiatement Assistance aux Assurés.

VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT *VOTRE* POLICE AVANT DE PARTIR.

### Sommaire des garanties d'assurance

Assurance classique frais médicaux	
	Sommes assurées maximum offertes
Frais médicaux d' <i>urgence</i> et autres garanties	Frais illimités <sup>1</sup>
Allocation d'hospitalisation	500 \$
Services d' <i>urgence</i> (chiropraticien, physiothérapeute, etc.)	300 \$
Retour au lieu de destination	Billet d'avion aller simple en classe économique
Frais de subsistance	3 500 \$
Rapatriement de la dépouille * Veuillez consulter la police pour les plafonds applicables au transport de la dépouille en conteneur, à l'incinération et l'inhumation sur place.	Frais illimités*
Transport d'un <i>compagnon de chevet</i>	Billet d'avion en classe économique et frais de subsistance de 500 \$
Retour au <i>point de départ</i>	Billet d'avion aller simple en classe économique ou transport en civière ou en avion sanitaire ou accompagnateur médical
Soins dentaires d' <i>urgence</i> <sup>2</sup>	300 \$ et / ou coup accidentel (frais d' <i>urgence</i> )
Retour du <i>véhicule</i>	Frais raisonnables
Retour des <i>enfants</i>	Billet d'avion aller simple en classe économique et accompagnateur si nécessaire
Retour du <i>compagnon de voyage</i>	Billet d'avion aller simple en classe économique
Retour du chien ou chat	500 \$
Retour des bagages excédentaires	500 \$

<sup>1</sup> Cette assurance couvre 20 000 \$ au maximum si vous n'êtes pas couvert par un régime d'assurance maladie provincial.

<sup>2</sup> Soins dentaires d'*urgence* pour réparer ou remplacer des dents naturelles ou artificielles permanentes endommagées pendant le voyage et jusqu'à 1 500 \$ pour la continuation des soins nécessaires après le retour au Canada.

### Définitions

Les termes figurant en *italiques* dans le texte ont le sens qui leur est donné dans les définitions ci-après.

**Accident corporel** - toute atteinte corporelle imputable à un accident d'origine externe survenant pendant la *période d'effet de l'assurance* et étant la cause directe et indépendante du sinistre.

**Agence de location** - une *agence de location* de voitures agréée en vertu des lois dont elle relève.

**Alpinisme** - l'ascension ou la descente d'une montagne nécessitant l'utilisation d'un équipement spécialisé, notamment des crampons, piolets, relais, pitons à expansion, mousquetons et dispositifs d'ancrage pour l'ascension en moulINETTE ou en premier de cordée.

**Assurance complémentaire** - la couverture que vous souscrivez auprès de nous :

- a) pour prolonger *vo*tre assurance au-delà de la période couverte par l'assurance annuelle voyages multiples ; ou
- b) avant la *date de départ* de *vo*tre *point de départ*, à titre de complément à l'assurance voyage souscrite auprès d'un autre assureur pour une partie du prix ou de la durée de *vo*tre voyage.

**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.

**Conjoint** - la personne à laquelle *vous* êtes légalement marié ou qui vit maritalement avec *vous* et avec laquelle *vous* cohabitez sans interruption depuis au moins un an.

**Contamination** - un 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 *vos enfants* bénéficiez au titre de cette assurance classique frais médicaux sur paiement de la prime correspondante.

**Date d'effet** -

a) **pour l'assurance Classique Frais médicaux :**

la date à laquelle il est prévu que *vous* quittez *votre point de départ*.

Pour les autres assurances, la date d'effet est indiquée dans *votre proposition d'assurance*.

b) **pour l'assurance complémentaire:**

- 0 h 01 (minuit une minute) le jour suivant la *date d'expiration* de *votre* couverture antérieure ; ou
- si *vous* souscrivez une *assurance complémentaire* pour le début de la durée prévue de *votre voyage*, la *date d'effet* de l'assurance est définie dans les alinéas ci-dessus, conformément à l'*assurance complémentaire* que *vous* souscrivez.

**Date d'expiration** - la date à laquelle *votre* couverture prend fin au titre de la présente assurance, conformément à *votre proposition d'assurance*.

**Date de retour** - la date à laquelle il est prévu que *vous* rentriez à *votre point de départ*.

Cette date est indiquée dans *votre proposition d'assurance* pour toutes les protections.

Si *vous* souscrivez une *assurance complémentaire* pour le début de la durée prévue de *votre voyage*, *votre date de retour* est fixée à 23 h 59 le jour qui précède la *date d'effet* de *votre* assurance ultérieure.

**Durée de l'assurance** - le temps qui s'écoule entre la *date d'effet* du contrat et *votre date de retour* de voyage.

**Enfants** - *vos enfants* naturels, adoptifs ou les enfant du conjoint, non mariés et à *votre* charge :

- de moins de 21 ans ; ou
- de moins de 26 ans s'ils étudient à temps plein, ou
- de plus de 20 ans, s'ils sont atteints d'une infirmité physique ou mentale.

**État médical** (ou **problème de santé**) - un *accident corporel* ou une maladie (ou un problème relié à cet *accident corporel* ou à cette maladie), incluant les affections, les psychoses aiguës et les complications de la grossesse survenant au cours des 31 premières semaines de la grossesse.

**Hôpital** (ou **hôpital**) - un établissement qui est accrédité 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), comportant sur les lieux mêmes, ou dans d'autres lieux sous la direction de l'*hôpital*, 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 de la toxicomanie, 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 dûment 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 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 *médicament sur ordonnance* un 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*.

**Nourrisson** - la personne née avant la *date d'effet*, qui a moins de 2 ans, qui est membre de *vo*tre proche famille et qui *vous* accompagne durant *vo*tre voyage.

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

**Point de départ** - le lieu que *vous* quittez le premier jour de la durée prévue de *vo*tre voyage, conformément à *vo*tre proposition d'assurance.

**Proche famille** - le *conjoint*, le tuteur légal, les parents, beaux-parents, grands-parents, petits-enfants, famille par alliance, les *enfants* naturels ou adoptifs, les *enfants* du *conjoint*, les *enfants* en tutelle, les frères, sœurs, demi-frères, demi-sœurs, oncles, tantes, neveux et nièces.

**Professionnel** - qualifie la pratique d'une activité précise qui constitue *vo*tre principale activité rémunérée.

**Proposition d'assurance** - formulaire imprimé, relevé informatique, facture ou document fourni par *vo*tre conseiller en voyages ou obtenu en ligne et confirmant la couverture d'assurance que *vous* avez souscrite. La *proposition d'assurance* fait partie intégrante du contrat d'assurance.

**Questionnaire médical** - le formulaire qui comporte des questions auxquelles *vous* devez répondre d'une manière exacte au moment de l'établissement de la *proposition d'assurance* et qui, une fois rempli et signé, fait partie intégrante du contrat d'assurance. Au moment où *vous* remplissez le *questionnaire médical*, *vo*tre état médical détermine la couverture à laquelle *vous* avez droit et la prime que *vous* devez payer. *Vous* devez remplir le questionnaire médical si *vo*tre voyage dépasse 183 jours.

**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.

**Réseau** - les *hôpitaux*, *médecins* et autres prestataires de soins médicaux autorisés par *nous* 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 *vo*tre retour dans *vo*tre pays et que *vous* devez recevoir ou subir au cours de *vo*tre voyage parce que *vo*tre état médical *vous* empêche de rentrer dans *vo*tre pays. Ils doivent être :

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

**Stable** - qualifie un *problème de santé* ou une affection connexe (y compris toute affection cardiaque ou pulmonaire) pour lesquels:

- il n'y a eu aucun nouveau traitement, aucune nouvelle prise en charge et aucun nouveau médicament de 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, y compris, mais pas exclusivement, l'usage de la force ou de la violence, ou la menace d'en faire usage, notamment le détournement d'un moyen de transport ou l'enlèvement d'une personne ou d'un groupe de personnes dans le but d'intimider ou de terroriser un gouvernement, un groupe, une association ou le grand public à des fins religieuses, politiques ou idéologiques, et n'inclut pas tout acte de guerre (déclarée ou pas), acte d'ennemis étrangers ou 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 et imprévu survenant pendant la période d'assurance et nécessitant un traitement immédiat par un *médecin* autorisé ou une hospitalisation immédiate. Une *urgence* cesse lorsque les conseillers médicaux d'Assistance aux Assurés Inc. ou la Compagnie d'assurance RBC du Canada déterminent que, du point de vue médical, *vous* êtes en mesure de rentrer dans *vo*tre pays.

**Véhicule** - voiture de tourisme, motocyclette, mini-fourgonnette, caravane motorisée, camionnette de camping ou caravane non motorisée, que *vous* utilisez durant *votre* voyage uniquement pour le transport de personnes à titre gracieux. Le *véhicule* peut *vous* appartenir ou *vous* pouvez le louer auprès d'une *agence de location*.

**Vous, votre et vos** - font référence :

- a) à toute personne désignée comme assurée dans la *proposition d'assurance*, dans la mesure où la prime requise a été payée avant la *date d'effet*, et
- b) aux *enfants*, lorsque la *couverture familiale* a été souscrite et est en vigueur.

**Voyage** (ou **durée du voyage**) - la période comprise entre la date de départ de *votre point de départ* et la date de *votre* retour inclusivement.

### **Dispositions générales**

L'assurance est assujettie aux conditions énoncées dans le présent document.

#### **Conditions de souscription**

Pour souscrire cette assurance, *vous* devez :

- être un résident canadien ;
- entreprendre un *voyage* de moins de 183 jours, sauf indication contraire ci-après ;
- avoir moins de 60 ans ;
- la souscrire auprès d'une agence de voyages canadienne autorisée par la Compagnie d'assurance RBC du Canada ;
- la souscrire pour toute la durée de *votre voyage* ;
- la souscrire avant la *date d'effet* ;
- être couvert par *votre régime d'assurance maladie provincial* pour toute la durée de *votre voyage*.

Cette assurance couvre un maximum de 20 000 \$ si au moment du sinistre, *vous* n'êtes pas couvert par un *régime d'assurance maladie provincial*.

De plus :

Si *vous* partez en *voyage* pour une période de plus de 183 jours jusqu'à un maximum de 365 jours, *vous* pouvez souscrire l'assurance voyage unique à condition que *vous* soyez couvert par un *régime d'assurance maladie provincial* pour toute la durée de *votre voyage* et que *vous* ayez :

- moins de 40 ans ; ou
- 40 ans ou plus mais moins de 59 ans, *vous* ayez répondu d'une manière exacte au *questionnaire médical* et à la suite de vos réponses au *questionnaire médical*, il est déterminé que *vous* pouvez souscrire l'assurance pour des *voyages* de plus de 183 jours.

#### **Souscription de l'assurance**

*Vous* êtes couvert par l'assurance et cette police constitue *votre* contrat d'assurance lorsque :

- *votre* nom figure sur la *proposition d'assurance* dûment remplie,
- *vous* avez payé la prime requise au plus tard à la *date d'effet*, et
- *vous* avez rempli le *questionnaire médical*, s'il y a lieu.

En outre, *vos enfants* sont également couverts sur paiement de la prime requise pour la *couverture familiale*.

#### **Début et fin de l'assurance**

L'assurance débute à la *date d'effet*.

L'assurance prend fin dans la première des éventualités 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 de *votre* retour dans *votre* province, territoire ou pays de résidence, sauf dans les cas énoncés plus loin\* ;
- c) la date de *votre* retour, à minuit ;
- d) la *date d'expiration*, à minuit ;
- e) 183 jours après la date de départ de *votre point de départ* ;
- f) 365 jours après la date de départ de *votre point de départ* si *vous* êtes couvert par l'assurance classique frais médicaux et que *votre régime d'assurance maladie provincial* *vous* couvre pour toute la durée de *votre voyage*.

\* Avec l'Assurance classique frais médicaux, *vous* assurance ne prend pas fin si *vous* retournez temporairement à *vous* province, territoire ou pays de résidence avant la *date de votre retour* et que *vous* reprenez *vous* voyage par la suite, si :

- *vous* n'avez pas fait une demande de règlement au titre de cette assurance ;
- *vous* n'avez pas un *problème de santé* pendant que *vous* retournez temporairement à *vous* province, territoire ou pays de résidence ; et
- *vous* êtes apte à continuer *vous* voyage.

#### **Prolongation d'office de *vous* assurance**

- 1 Si *vous* ne pouvez terminer *vous* voyage à la *date de retour* prévue à cause du retard d'un moyen de transport public que *vous* devez emprunter, *vous* assurance est prolongée d'office pour la durée du retard, sous réserve d'un délai maximal de 72 heures.
- 2 Si, à la *date de retour* ou à la *date d'expiration*, *vous* ou *vous* compagnon de voyage êtes hospitalisé, *vous* assurance est prolongée d'office d'une durée égale à celle de l'hospitalisation et jusqu'à concurrence de 5 jours additionnels après la sortie de l'hôpital.
- 3 Si *vous* ou *vous* compagnon de voyage êtes retardé au-delà de la *date de retour* en raison d'un *problème de santé* et que, pour des raisons médicales, *vous* n'êtes pas en mesure de voyager, sans toutefois être hospitalisé, *vous* assurance est prolongée d'office pour la durée du retard, jusqu'à un maximum de 5 jours après la *date de retour* initialement prévue.
- 4 Quelle que soit la cause de la prolongation d'office, l'assurance ne peut être prolongée au-delà d'une période de 365 jours suivant la dernière date de départ de *vous* point de départ.

#### **Prolongation de *vous* voyage**

Si *vous* décidez de prolonger *vous* voyage, toute prolongation de *vous* couverture est assujettie aux conditions suivantes :

- 1 a) Si *vous* n'avez pas eu de *problème de santé* visé par la garantie dont *vous* bénéficiez au titre de l'une de nos assurances, *vous* devez communiquer avec *vous* conseiller en voyages avant la date de *vous* retour pour prolonger l'assurance.  
b) Si *vous* avez eu un *problème de santé* visé par la garantie dont *vous* bénéficiez au titre de l'une de nos assurances, *vous* devez communiquer avec Assistance aux Assurés Inc. avant la *date de retour* pour prolonger l'assurance et la prolongation est assujettie à l'approbation d'Assistance aux Assurés Inc.
- 2 *Vous* devez payer le complément de prime exigé avant la *date de retour* initialement prévue.
- 3 Si l'assurance que *vous* désirez prolonger n'est pas offerte pour une durée incluant le nombre total de jours de *vous* voyage et toute(s) prolongation(s) facultative(s), *vous* ne pouvez pas prolonger *vous* couverture. À la place, *vous* pouvez souscrire une nouvelle police offrant :
  - a) la couverture à laquelle *vous* avez droit, et
  - b) une garantie pour une période allant de la *date d'effet* jusqu'à la nouvelle *date de retour*.

Les dispositions et exclusions de la nouvelle police s'appliquent pendant la période de prolongation.

#### **Souscription d'une assurance complémentaire à celle d'un autre assureur**

Si *vous* êtes couvert par l'assurance voyage d'un autre assureur, *vous* ne pouvez souscrire une *assurance complémentaire* auprès de *vous* conseiller en voyages qu'avant la date de départ de *vous* point de départ, et :

- a) *vous* devez payer la prime correspondante avant la date de départ de *vous* point de départ ;
- b) les dispositions et exclusions de la police établie à titre d'*assurance complémentaire* s'appliquent ;
- c) *vous* ne pouvez pas souscrire une couverture annuelle à titre d'*assurance complémentaire*.
- d) *vous* ne pouvez pas souscrire une couverture annuelle comme une assurance complémentaire pour compléter une formule voyage unique (si *vous* bénéficiez d'une assurance voyage offerte par *vous* carte de crédit, *vous* pouvez souscrire une couverture annuelle comme une *assurance complémentaire*).

#### **Remboursement de la prime**

- 1 Toutes les demandes de remboursement de prime doivent être présentées au conseiller en voyages auprès duquel *vous* avez souscrit l'assurance.
- 2 Si *vous* revenez à *vous* point de départ avant la *date de retour* prévue, la prime que *vous* avez payée pour les journées non utilisées peut être remboursée si *vous* :
  - fournissez une preuve attestant de *vous* date de retour, et

- n'avez fait aucune demande de règlement au titre de l'assurance.

### **Couverture liée au terrorisme**

Lorsqu'un *acte de terrorisme* entraîne directement ou indirectement un sinistre qui serait autrement payable au titre de l'un des risques assurés sous réserve des dispositions de la police, la présente assurance prévoit une garantie comme suit :

- a) *Nous vous* remboursons jusqu'à concurrence de la totalité de *vos* frais couverts.
- b) Les prestations payables conformément au paragraphe a) sont en sus de toutes autres sommes payables par d'autres sources, y compris mais pas exclusivement, les options de modification ou de remplacement de voyages proposées par les compagnies aériennes, les voyagistes, les compagnies de croisière et autres prestataires ou garanties d'assurance voyage (même si ladite couverture est définie comme étant une assurance de seconde ligne) et ne s'appliquent que si *vous* avez épuisé toutes autres sources.

### **Assurance Frais médicaux d'urgence**

#### **En cas d'urgence médicale**

*Vous* devez appeler Assistance aux Assurés Inc. avant de recevoir un *traitement d'urgence*. En outre, tout acte chirurgical ou médical relatif à des affections cardiaques, y compris le cathétérisme cardiaque, doit être approuvé au préalable par les conseillers médicaux d'Assistance aux Assurés Inc. Lorsque *vous* communiquez avec Assistance aux Assurés Inc., ceux-ci *vous* adressent ou peuvent *vous* transférer, si la situation médicale le justifie, à l'un des prestataires de soins médicaux agréés faisant partie du *réseau*. Assistance aux Assurés Inc. demandera aussi au prestataire de soins médicaux membre du *réseau* de *nous* facturer directement les frais médicaux couverts au titre de l'assurance au lieu de *vous* les facturer. Si *vous* n'appellez pas Assistance aux Assurés Inc., l'indemnité pourrait être réduite.

Numéros à appeler en cas d'urgence

- 1 800 387-2487 (sans frais des États-Unis ou du Canada)
- 001 800 514-1890 (sans frais du Mexique)
- 905 816-2561 (à frais virés de partout ailleurs)
- 1 888 298-6340 (télécopieur sans frais des États-Unis ou du Canada)
- 905 813-4719 (télécopieur)

#### **Limitations de la couverture**

- 1 Si *vous* n'appellez pas Assistance aux Assurés Inc. lorsque survient une *urgence* médicale ou si *vous* décidez de recevoir des soins hors du *réseau*, *vous* devrez payer 30 % des frais médicaux remboursables par l'assurance qui dépassent les frais pris en charge par *votre régime d'assurance maladie provincial*. Si *votre état médical* *vous* empêche de communiquer avec Assistance aux Assurés Inc. avant de recevoir un *traitement d'urgence*, *vous* devez appeler Assistance aux Assurés Inc. dès qu'il *vous* est possible de le faire du point de vue médical. Une autre personne (membre de la famille, ami, personnel de l'hôpital ou du cabinet du *médecin*, etc.) peut appeler à *votre* place.
- 2 **La présente assurance est assujettie à un maximum de 20 000 \$ si *vous* n'êtes pas couvert par le régime d'assurance maladie provincial à la date à laquelle *vous* présentez *votre* demande de règlement.**

#### **Risques assurés**

L'assurance couvre les frais médicaux usuels et raisonnables que *vous* engagez effectivement, après avoir quitté *votre point de départ*, relatifs à des soins médicaux ou chirurgicaux nécessaires dans le cadre d'un *traitement d'urgence* en raison d'un *état médical*. L'assurance prend uniquement en charge les frais qui dépassent les frais couverts par *votre régime d'assurance maladie provincial* et par tout autre régime ou assurance dont *vous* bénéficiez.

#### **Frais remboursables**

##### **1 Frais médicaux d'urgence illimités**

L'assurance couvre les frais médicaux ci-après lorsqu'ils sont nécessaires dans le cadre d'un traitement d'urgence prescrit par un *médecin* autorisé pendant *votre voyage* :

- a) le *traitement d'urgence*, à l'exception des soins dentaires ;
- b) les services d'une infirmière personnelle autorisée pendant *votre* séjour à l'hôpital ;

- c) 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 ;
  - d) les tests diagnostiques sous réserve de l'autorisation préalable d'Assistance aux Assurés Inc. ; et
  - e) les *médicaments sur ordonnance*.
- 2 Allocation d'hospitalisation**
- a) L'assurance *vous* rembourse *vos* frais accessoires d'hôpital (appels téléphoniques, location de télévision) à raison de 50 \$ par jour et de 500 \$ au total, si *vous* êtes hospitalisé pendant au moins 48 heures.
- 3 Autres frais médicaux d'urgence**
- L'assurance couvre les frais engagés pour un *traitement d'urgence* dispensé par un physiothérapeute, un chiropraticien, un podiatre, un podologue ou un ostéothérapeute autorisé, jusqu'à concurrence de 300 \$ par catégorie de praticien.
- 4 Ambulance terrestre**
- L'assurance couvre les frais engagés en cas d'*urgence* pour le transport terrestre local par ambulance à destination d'un *hôpital*, du cabinet d'un *médecin* ou d'un prestataire de soins médicaux. Si une ambulance n'est pas disponible, *nous* remboursons les frais de taxi local.
- 5 Rapatriement de *votre* dépouille**
- En cas de décès durant *votre voyage* des suites d'un *état médical* couvert, l'assurance prend en charge les frais suivants :
- a) les frais du transport de *votre* dépouille, dans le conteneur normalement utilisé par le transporteur public, jusqu'à *votre point de départ*, et jusqu'à concurrence de 5 000 \$ pour la préparation de la dépouille sur place et le coût du conteneur, ou
  - b) les frais de transport de vos cendres jusqu'à *votre point de départ*, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ pour les frais d'incinération au lieu du décès, ou
  - c) les frais de préparation de *votre* dépouille et le prix d'un cercueil ordinaire, jusqu'à concurrence de 5 000 \$, ainsi que les frais d'inhumation au lieu du décès, jusqu'à concurrence de 5 000 \$.
  - d) Si quelqu'un est légalement tenu d'identifier *votre* dépouille, l'assurance couvre le coût du billet aller retour en classe économique à bord d'un vol commercial par l'itinéraire le plus économique et, jusqu'à concurrence de 500 \$, les frais d'hébergement commercial et de repas engagés par cette personne. La personne est couverte par *votre* assurance pendant la période nécessaire pour identifier *votre* dépouille, sous réserve d'un maximum de 3 jours ouvrables.
- 6 Retour à *votre* point de départ**
- Si le *médecin* qui *vous* traite *nous* envoie une attestation écrite selon laquelle *vous* devez rentrer dans *votre* pays de résidence en raison de *votre état médical* pour y recevoir des soins médicaux d'*urgence*, ou si les conseillers médicaux d'Assistance aux Assurés Inc. estiment que *vous* êtes en mesure de rentrer dans *votre* pays de résidence après avoir reçu des *soins d'urgence* et recommandent *votre* retour, l'assurance couvre les frais suivants, à condition qu'Assistance aux Assurés Inc. ait donné son autorisation au préalable et pris des dispositions à cet effet, lorsque cela est indispensable du point de vue médical :
- le coût supplémentaire d'un billet aller simple en classe économique à bord d'un vol commercial, 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 vol commercial, par l'itinéraire le plus 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 vol commercial, par l'itinéraire le plus économique, ainsi que les honoraires et frais habituellement exigés par l'accompagnateur, lorsque sa présence est nécessaire du point de vue médical ou exigée par la compagnie aérienne, ou
  - le coût du transport par avion sanitaire s'il est indispensable du point de vue médical.
- 7 Retour à *votre* lieu de destination**
- a) ***Vous* devez recevoir au préalable l'autorisation d'Assistance aux Assurés Inc. pour bénéficier de cette garantie.**

- b) L'assurance *vous* rembourse le prix d'un billet aller simple, en classe économique, à bord d'un vol commercial, par l'itinéraire le plus économique, jusqu'à *votre* lieu de destination prévu après que *vous* êtes revenu à *votre point de départ* pour y recevoir immédiatement des soins médicaux, à condition que *votre médecin* traitant estime que vous n'avez plus besoin de soins médicaux pour *votre état médical*. Le voyage de retour à *votre* lieu de destination prévu doit avoir lieu au cours de la *durée de l'assurance* prévue à l'origine par cette garantie.
- c) *Vous* ne pouvez avoir recours à cette garantie qu'une seule fois pendant *votre voyage*.
- d) Une fois retourné à *votre* lieu de destination, toute récurrence de *votre problème de santé* initial ou d'une affection connexe ne sera pas couverte au titre de l'assurance.
- e) Lorsque cette garantie s'applique, la *date d'effet* au titre de la police est la date à laquelle *vous* quittez *votre point de départ* pour retourner à *votre* lieu de destination.

## 8 Frais de subsistance

- a) **Vous devez recevoir au préalable l'autorisation d'Assistance aux Assurés Inc. pour bénéficier de cette garantie.**
- b) L'assurance rembourse *vos* frais d'hébergement commercial et de repas ainsi que *vos* frais d'appels téléphoniques, d'utilisation d'Internet et de taxi (ou *vos* frais de location d'un véhicule, au lieu de *vos* frais de taxi), si ces frais sont indispensables, jusqu'à concurrence de 350 \$ par jour jusqu'à un maximum de 3 500 \$ au total si, sur les conseils d'un *médecin* :
  - *vous* ou *votre compagnon de voyage* êtes transféré ailleurs à des fins de traitement en raison d'un *problème de santé urgent* couvert par l'assurance ; ou
  - la date de *votre* retour est reportée parce que *vous* ou *votre compagnon de voyage* devez recevoir un traitement d'*urgence* en raison d'un *problème de santé* couvert par l'assurance.

## 9 Frais de transport de *votre* compagnon de chevet

- a) **Vous devez recevoir au préalable l'autorisation d'Assistance aux Assurés Inc. pour bénéficier de cette garantie.**
- b) Si *vous* voyagez seul, et *vous* êtes hospitalisé pendant *votre voyage* et que la présence d'une personne est nécessaire à *votre* chevet, l'assurance couvre :
  - le prix d'un billet aller retour, en classe économique, à bord d'un vol commercial, par l'itinéraire le plus économique,
  - les frais d'hébergement commercial et de repas de la personne qui doit rester auprès de *vous*, jusqu'à concurrence de 500 \$ et
  - *votre assurance* couvre cette personne aussi longtemps que sa présence est nécessaire à *votre* chevet.
- c) Si *vous* avez plus de 20 ans et que *vous* êtes atteint d'une déficience physique ou mentale ou si *vous* avez moins de 21 ans et que *vous* êtes à la charge de *votre compagnon de chevet*, *vous* bénéficiez de cette garantie dès que *vous* êtes admis à l'hôpital.

## 10 Soins dentaires d'urgence

L'assurance couvre les soins dentaires ci-après lorsqu'ils sont nécessaires dans le cadre d'un *traitement d'urgence* prescrit et dispensé par un dentiste autorisé :

- 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 1 500 \$, la poursuite du traitement nécessaire à *votre* retour au Canada. Ce traitement doit toutefois être terminé dans les 180 jours suivant l'accident.
- 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*.

## 11 Retour du véhicule

Si *vous* ne pouvez reconduire le *véhicule* au point d'origine par suite d'une *urgence* médicale survenant pendant *votre voyage*, l'assurance couvre les frais raisonnables engagés pour faire reconduire le *véhicule* par une agence commerciale à *votre* domicile ou à une *agence de location*, sous réserve de l'approbation préalable d'Assistance aux Assurés Inc.

## 12 Retour des *enfants* et de l'accompagnateur des *enfants* à leur point de départ

Si des *enfants* couverts par l'une de *nos* assurances Frais médicaux d'*urgence* voyagent avec *vous* ou *vous* rejoignent pendant *votre voyage* et que *vous* êtes hospitalisé plus de 24 heures, ou si *vous* devez rentrer au

Canada par suite d'une *urgence* médicale découlant d'un *état médical* couvert, l'assurance prend en charge les frais suivants :

- a) le coût supplémentaire du billet aller simple des *enfants* en classe économique, à bord d'un vol commercial, par l'itinéraire le plus économique, jusqu'à leur *point de départ*, et
- b) le prix du billet aller retour d'un accompagnateur en classe économique, à bord d'un vol commercial, par l'itinéraire le plus économique, si la compagnie aérienne exige que les *enfants* soient accompagnés.

#### **13 Retour d'un *compagnon de voyage***

Si *vous* voyagez avec un *compagnon de voyage*, l'assurance prend en charge le coût supplémentaire du billet aller simple de ce dernier, en classe économique, à bord d'un vol commercial, par l'itinéraire le plus économique, jusqu'à *votre point de départ*, si *vous* devez rentrer au Canada par suite d'un *état médical* couvert.

#### **14 Retour de *votre chien ou chat***

- a) ***Vous devez recevoir au préalable l'autorisation d'Assistance aux Assurés Inc. pour bénéficier de cette garantie.***
- b) Si *vous* voyagez avec chien (s) ou chat (s) et que *vous* devez rentrer au Canada en raison d'un *état médical* couvert, l'assurance prend en charge le coût du billet aller simple de ces animaux jusqu'à *votre point de départ*, jusqu'à concurrence de 500 \$.

#### **15 Retour des bagages excédentaires**

- a) ***Vous devez recevoir au préalable l'autorisation d'Assistance aux Assurés Inc. pour bénéficier de cette garantie***
- b) Si *vous* êtes ramené à *votre* lieu de départ en avion sanitaire (avec l'autorisation d'Assistance aux Assurés) en raison d'un *problème de santé d'urgence*, l'assurance couvre le coût du transport de retour de *vos bagages excédentaires* jusqu'à concurrence de 500 \$.

### **Risques non couverts**

#### **I- Exclusion relative à un *problème de santé préexistant***

L'assurance ne couvre pas les frais directement ou indirectement attribuables aux causes suivantes :

- 1 *Votre problème de santé* ou une affection connexe (qu'un diagnostic ait été posé ou non), si dans les 90 jours précédant la date de *votre* départ en *voyage* ce *problème de santé* ou affection connexe n'était pas *stable*.
- 2 *Votre* affection cardiaque (qu'un diagnostic ait été posé ou non), si dans les 90 jours précédant la date de *votre* départ en *voyage* :
  - a) l'affection cardiaque n'était pas *stable* ; ou
  - b) *vous* avez pris de la nitroglycérine plus d'une fois par semaine pour des douleurs angineuses.
- 3 *Votre* affection pulmonaire (qu'un diagnostic ait été posé ou non), si dans les 90 jours précédant la date de *votre* départ en *voyage* :
  - a) l'affection pulmonaire n'était pas *stable* ; ou
  - b) *vous* avez eu des soins d'oxygénothérapie à domicile ou avez pris des stéroïdes oraux (prédnisone ou prédnisolone) pour une affection pulmonaire.

#### **II - Exclusions générales**

En plus des exclusions décrites sous la rubrique « I - Exclusion relative à un *problème de santé* préexistant », l'assurance ne couvre pas les pertes, sinistres ou frais, quels qu'ils soient, attribuables directement ou indirectement :

- 1 à tout *problème de santé* si *vous* avez fourni une réponse inexacte dans *votre questionnaire médical* ; dans quel cas, la police sera annulée et la prime payée sera remboursée à notre gré. ;
- 2 à la continuation d'un traitement, une récurrence ou des complications d'un *état médical* ou d'une affection connexe pour lequel *vous* avez reçu un *traitement d'urgence* au cours de *votre voyage*, si les conseillers médicaux d'Assistance aux Assurés Inc. ou la Compagnie d'assurance RBC du Canada estiment que *vous* êtes en mesure, du point de vue médical, de rentrer dans *votre* pays de résidence mais que *vous* décidez de ne pas le faire ;
- 3 au traitement d'une affection cardiaque ou pulmonaire, après avoir reçu un *traitement d'urgence* pour cette affection cardiaque ou pulmonaire ou une affection connexe au cours de *votre voyage*, si les conseillers médicaux d'Assistance aux Assurés Inc. ou la Compagnie d'assurance RBC du Canada estiment que *vous* êtes en mesure, du point de vue médical, de rentrer dans *votre* pays de résidence mais que *vous* décidez de ne pas le faire ;
- 4 à des automutilations volontaires, *votre* suicide ou tentative de suicide (que *vous* soyez sain d'esprit ou non) ;

- 5 à la perpétration d'un acte criminel ou tentative directe ou indirecte de perpétration d'un acte criminel par *vous-même* ;
- 6 à un *problème de santé* attribuable ou associé à *votre* usage chronique d'alcool ou de drogues avant ou pendant *votre voyage* ;
- 7 à *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* ;
- 8 à *vos troubles mentaux ou émotifs* ;
- 9 à un traitement autre qu'un *traitement d'urgence* ;
- 10 à *votre* participation à des activités sportives en qualité d'athlète *professionnel* ;
- 11 à *votre* pratique de l'escalade ou de l'*alpinisme* ;
- 12 à *votre* participation à des courses ou à des épreuves de vitesse d'engins motorisés ;
- 13 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*.
- 14 à un *état médical* pour lequel des examens ou des soins futurs (à l'exception d'un examen de routine) sont prévus avant la *date d'effet* ;
- 15 à un *état médical* pour lequel des soins ou une hospitalisation durant *votre voyage* étaient raisonnablement prévisibles ;
- 16 a) à des soins prénatals courants,  
b) à la naissance d'un *enfant* survenant au cours de *votre voyage*,  
c) à des complications de la grossesse ou de l'accouchement survenant dans les 9 semaines précédant ou suivant la date prévue de l'accouchement ;
- 17 à des symptômes qui auraient amené une personne normalement prudente à se faire soigner ou à prendre des médicaments dans les 90 jours précédant la *date d'effet* ;
- 18 à des soins ou une intervention chirurgicale pour un *état médical* particulier ou une affection connexe :  
a) qui avait amené *votre médecin* à *vous* déconseiller de voyager, ou  
b) que *vous* avez contracté dans un pays pendant *votre voyage*, si le département des Affaires étrangères ou du Commerce international du gouvernement du Canada avait émis, avant la *date d'effet*, un avis déconseillant de voyager dans le pays, la région ou la ville en question ;
- 19 à toute partie des frais nécessitant l'autorisation préalable et la prise de dispositions par Assistance aux Assurés Inc. si Assistance aux Assurés Inc. n'a pas donné son autorisation préalable ni pris de dispositions à cet effet ;
- 20 à un *état médical* si les conseillers médicaux d'Assistance aux Assurés Inc. *vous* recommandent de rentrer dans *votre* pays de résidence après avoir reçu des *soins d'urgence* et que *vous* décidez de ne pas le faire ;
- 21 à une guerre (déclarée ou non), un acte d'ennemis étrangers ou une rébellion ;
- 22 au rayonnement ionisant ou la *contamination* radioactive provenant d'un combustible nucléaire ou de déchets radioactifs ; ou aux propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses d'un appareil nucléaire, ou de toute partie de cet appareil.

#### Conditions particulières

- 1 En payant la prime d'assurance, *vous* convenez que *nous*, ainsi qu'Assistance aux Assurés Inc., avons :  
a) *votre* accord pour vérifier auprès des autorités compétentes *votre* numéro de carte d'assurance maladie et les autres renseignements nécessaires au traitement de *votre* demande de règlement ;  
b) *votre* autorisation pour que les *médecins, hôpitaux* et autres prestataires de soins médicaux *nous* fournissent ainsi qu'à Assistance aux Assurés Inc. 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 et les résultats de *vos* tests ; et  
c) *votre* autorisation de transmettre les renseignements visés aux paragraphes a) et b) ci-dessus à des tiers, qui les utiliseront pour déterminer les prestations qui *vous* sont payables, le cas échéant.
- 2 L'assurance est assujettie aux dispositions des sections de cette police intitulées « Couverture liée au *terrorisme* », « Conditions générales » et « Présentation de la demande de règlement ».

### Conditions générales

- 1 Le non-respect des conditions d'admissibilité énoncées à la rubrique « Conditions de souscription » invalide *vo*tre assurance et *notre* responsabilité se limite au remboursement de la prime payée.
- 2 Les pièces justificatives requises doivent être fournies à l'appui de toute demande de règlement que *vous nous* soumettez au titre de la présente assurance. À défaut de quoi, *vous* serez déchu de tout droit à indemnité pour le sinistre en cause.
- 3 Si *vous* bénéficiez auprès d'autres assureurs de garanties semblables à celles de la présente assurance, les indemnités totales qui *vous* sont versées par l'ensemble des assureurs ne peuvent dépasser les frais que *vous* avez effectivement engagés. *Nous* coordonnerons le paiement des indemnités avec tous les assureurs auprès desquels *vous* bénéficiez de garanties semblables à celles de la présente assurance, jusqu'à concurrence du plus élevé des montants stipulés par chaque assureur.
- 4 Dans le cas de la couverture des frais médicaux engagés à l'étranger ou à l'extérieur de *vo*tre province de résidence :
  - a) si *vous* êtes à la retraite et que *vous* êtes couvert par une assurance maladie complémentaire offerte par *vo*tre ancien employeur, comportant un maximum viager de :
    - 50 000 \$ ou moins, *nous* n'appliquons pas la coordination des prestations à cette somme ;
    - plus de 50 000 \$, *nous* appliquons la coordination des prestations uniquement à l'excédent sur 50 000 \$ ; conformément aux directives de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes sur la coordination des prestations.
  - b) si *vous* êtes employé en service actif et que *vous* êtes couvert par une assurance maladie complémentaire offerte par *vo*tre employeur actuel, comportant un maximum viager de :
    - 50 000 \$ ou moins, *nous* n'appliquons pas la coordination des prestations à cette somme ;
    - plus de 50 000 \$, *nous* appliquons la coordination des prestations uniquement à l'excédent sur 50 000 \$.
- 5 Si *vous* êtes couvert par plusieurs de *nos* contrats, l'indemnité totale qui *vous* est versée ne peut dépasser les frais que *vous* avez effectivement engagés, et l'indemnité maximale à laquelle *vous* avez droit se limite au plus élevé des montants stipulés pour la garantie en cause.
- 6 *Nos* assurances n'interviennent qu'en dernière ligne après toutes les autres assurances concernées, sources de recouvrement et indemnités payables.
- 7 *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 au titre de *vo*tre contrat.
- 8 Si *vous* engagez des frais couverts au titre de la présente assurance par la faute d'un tiers, *nous* pouvons poursuivre le tiers responsable. *Vous* acceptez de collaborer pleinement avec *nous* et *vous nous* autorisez à intenter, à *nos* frais, une poursuite en *vo*tre nom contre le tiers. Si *vous* recevez des fonds d'un tiers, *vous* acceptez de détenir en fiducie les fonds nécessaires pour *nous* rembourser les montants payés au titre du contrat.
- 9 *Nous* paierons les sommes, sauf en cas de décès, couvertes au titre de la présente assurance à *vous* ou au prestataire de services. Les sommes payables en cas de décès le seront à *vo*tre succession, sauf indication contraire dans la *proposition d'assurance*.
- 10 Les paiements, remboursements et montants stipulés dans le présent contrat sont exprimés en dollars canadiens, sauf indication contraire. Si une conversion de devises s'impose, *nous* appliquerons le taux de change en vigueur à la date à laquelle le dernier service *vous* aura été fourni. Les intérêts ne sont pas couverts par la présente assurance.
- 11 Dans le cadre du traitement de toute demande de règlement au titre de la présente assurance, *nous nous* réservons le droit de *vous* faire subir un examen médical à *nos* frais, par un ou plusieurs *médecins* choisis par *nous*.
- 12 *Vous* convenez avec *nous* que tout différent, controverse ou réclamation de quelque nature que ce soit découlant en fait ou en droit, directement ou indirectement, de la présente police, y compris mais pas exclusivement, tout différend ou controverse ayant trait à des décisions prises en vertu de la police, sera réglé devant un arbitre unique dans la province ou le territoire canadien d'établissement de la police, conformément aux règles régissant l'arbitrage dans cette province ou ce territoire ou, en l'absence de telles dispositions législatives, conformément à la Loi sur l'arbitrage commercial, L.R.C. (1985), ch. 17 (2<sup>e</sup> suppl.), et ses modifications. Dans tous les cas, toute action ou procédure d'arbitrage intentée contre *nous* concernant une demande d'indemnité fondée sur la présente police se prescrit par douze mois à compter de la survenance de

l'événement à l'origine de cette demande. Toutefois, si cette restriction est invalide en vertu des lois de la province ou du territoire d'établissement de la police, *vous* devez intenter *votre* action ou procédure d'arbitrage dans le délai le plus court prescrit par les lois du lieu d'établissement de la police. De plus, seul sera compétent un tribunal situé dans la province ou le territoire d'établissement de la police. *Vous, vos* héritiers ou *vos* ayants droit acceptez de renvoyer l'affaire devant le tribunal de la province ou du territoire d'établissement de la police et à l'endroit choisi par *nous* et/ou Assistance aux Assurés Inc.

- 13 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 la présente assurance entraîne la nullité de la présente assurance.
- 14 Dans le présent document, *votre* âge s'entend de l'âge à la date de la *proposition d'assurance*.
- 15 *Nous* et *nos* agents, de même qu'Assistance aux Assurés Inc. et ses agents, ne sommes pas responsables de la disponibilité, de la qualité ou des résultats de tout traitement médical ou de tout transport, ni de l'impossibilité pour *vous* de recevoir un traitement médical.
- 16 Le contrat entre *vous* et *nous*, y compris la *proposition d'assurance* et s'il y a lieu le *questionnaire médical*, est entièrement matérialisé par le présent document. Nonobstant toute disposition contraire, le présent contrat est assujéti aux dispositions de toutes lois fédérales et provinciales régissant les contrats d'assurance de personnes.

### **Présentation de la demande de règlement**

- 1 Lorsque *vous* appelez Assistance aux Assurés Inc. au moment de l'*urgence*, tous les renseignements dont *vous* avez besoin pour remplir une demande de règlement *vous* sont fournis. Si *vous* n'appelez pas, veuillez *vous* reporter aux directives ci-après.
- 2 *Nous* ne couvrons pas les frais d'établissement d'un certificat médical.
- 3 *Vous* devez *nous* présenter *votre* demande dans les 90 jours suivant le retour à *votre point de départ*.
- 4 Si *vous* avez besoin du formulaire Demande de règlement et autorisation, veuillez communiquer avec *notre* Service des règlements à l'une des adresses suivantes :

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

**Reste du Canada : 905 816-2572 ou 1 800 263-8944**

**Résidents du Québec : 514 748-2244 ou 1 800 263-8944**

Ou visitez *notre* site Web <http://www.rbcassurances.com/voyages/sinistres-assurance-voyage.html> pour obtenir le formulaire de demande de règlement de l'assurance Frais médicaux d'urgence ou celui de l'assurance Annulation et interruption de voyage.

### **Assurance Frais médicaux d'urgence**

*Nous* avons besoin du formulaire Demande de règlement et autorisation, dûment rempli et, s'il y a lieu,

- *notre questionnaire médical* (le cas échéant) ;
- l'original des factures et des reçus ;
- la preuve de tout paiement versé par le *régime d'assurance maladie provincial* et les autres assureurs ou régimes d'assurance maladie ;
- la procuration et les formulaires de la Régie de l'assurance maladie du Québec, dûment remplis et signés, si *vous* êtes domicilié au Québec ;
- le diagnostic complet des *médecins* et/ou des *hôpitaux* ayant prodigué les soins, y compris, s'il y a lieu, le certificat écrit du *médecin* qui *vous* a soigné pendant *votre voyage*, attestant que les frais ont été engagés pour des soins nécessaires du point de vue médical.

En outre, dans le cas des frais dentaires, *nous* avons besoin de l'attestation de l'accident.

**LE FAIT DE NE PAS REMPLIR EN ENTIER LE FORMULAIRE DEMANDE DE RÈGLEMENT ET AUTORISATION RETARDERA LE PROCESSUS D'ÉVALUATION DU SINISTRE.**

### **Services d'assistance offerts**

Assistance aux Assurés Inc. fournit des services d'assistance en cas d'urgence et des services de concierge en collaboration avec *nos* coordonnateurs du service d'assistance voyage, *nos* professionnels du voyage et *nos* équipes du centre d'appels. *Notre* équipe d'assistance médicale est aussi prête à *vous* aider, au besoin.

### **Assistance en cas d'urgence**

Si *vous* avez besoin de soins médicaux pendant *votre* voyage, ou pour toute autre urgence, *vous* devez immédiatement appeler Assistance aux Assurés Inc. à l'un des numéros suivants :

- 1 800 387-2487 (sans frais des États-Unis ou du Canada)
- 001 800 514-1890 (sans frais du Mexique)
- 905 816-2561 (à frais virés de n'importe où)
- 1 888 298-6340 (télécopieur sans frais des États-Unis ou du Canada)
- 905 813-4719 (télécopieur)

*Vous* avez droit aux services d'assistance suivants :

#### **1 Assistance médicale et consultation**

En cas d'urgence médicale, *vous* pouvez appeler Assistance aux Assurés qui, lorsque cela sera possible, *vous* dirigera vers un ou plusieurs prestataires de services recommandés à proximité d'où *vous* *vous* trouvez. De plus, toujours dans la mesure du possible, les coordonnateurs d'Assistance aux Assurés Inc. :

- confirmeront *votre* assurance et paieront directement au prestataire recommandé les frais médicaux remboursables ;
- consulteront *votre* médecin traitant au sujet des soins qui *vous* sont donnés ; et
- s'assureront que ces soins sont appropriés, nécessaires et raisonnables, et que les frais sont effectivement couverts par l'assurance.

#### **2 Aide financière**

Dans la mesure du possible, le paiement des soins médicaux que *vous* recevez, les communications avec *votre* prestataire de soins et le mode de facturation seront coordonnés par l'intermédiaire d'Assistance aux Assurés. Dans certains pays, les conditions locales ou les mises en garde du gouvernement canadien ne permettent pas d'offrir ces services d'aide. *Vous* pourrez alors être obligé d'acquitter *vous-même vos* frais médicaux. Dans ce cas, n'oubliez pas de *vous* procurer l'original des reçus donnant le détail des frais et des honoraires facturés et de communiquer avec le Centre des règlements à *votre* retour.

#### **3 Remplacement d'articles essentiels**

Dans la mesure du possible, Assistance aux Assurés Inc. *vous* aidera à remplacer *vos* lunettes prescrites et les *médicaments sur ordonnance essentiels* au cas où cela serait nécessaire pendant *votre* voyage. Toutefois, l'assurance ne couvre pas le coût de remplacement de ces articles.



**Compagnie d'assurance RBC du Canada et  
Assistance aux Assurés Inc.  
C. P. 97, Succursale A  
Mississauga (Ontario) L5A 2Y9**

Assureur : Compagnie d'assurance RBC du Canada. Au Québec, certaines assurances sont établies par la Compagnie d'assurance générale RBC.

® Marques déposées de la Banque Royale du Canada. RBC Assurances est une marque déposée de la Banque Royale du Canada. Utilisées sous licence.  
™ Marque de commerce de la Banque Royale du Canada, utilisée sous licence