

## **Assurance Classique Frais médicaux, formule annuelle voyages multiples**

### **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 *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 partout ailleurs)
- 1 888 298-6340 (télécopieur sans frais des États-Unis ou du Canada)
- 905 813-4719 (télécopieur)

### **Assistance en cas de sinistre**

Si vous avez besoin d'un formulaire Demande de règlement et autorisation pour présenter une nouvelle demande de règlement ou si vous souhaitez connaître l'état de *votre* dossier de règlement actuel, veuillez communiquer avec *notre* Service des règlements à :

C.P. 97

Succursale A, Mississauga (Ontario) L5A 2Y9

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

À l'extérieur du Québec 905 816-2572 ou 1 800 263-8944

Vous pouvez aussi visiter *notre* site Web à l'adresse

**<http://www.rbcassurances.com/voyages/sinistres-assurance-voyage.html>**  
pour obtenir un formulaire de demande de règlement à l'égard de l'assurance Frais médicaux d'urgence.

## Assurance Classique Frais médicaux, formule annuelle voyages multiples

### **Table des matières**

Sommaire des garanties d'assurance .....	3
Définitions .....	3
Dispositions générales .....	6
Conditions de souscription .....	6
Souscription de l'assurance .....	7
Début et fin de l'assurance .....	7
Prolongation d'office de <i>votre</i> assurance .....	7
Souscription d'une <i>assurance complémentaire</i> à l'assurance Classique Frais médicaux, formule annuelle voyages multiples. ....	7
Souscription d'une <i>assurance complémentaire</i> à l'assurance voyage offerte par <i>votre</i> carte de crédit .....	7
Remboursement de la prime .....	8
Couverture liée au <i>terrorisme</i> .....	8
Assurance Frais médicaux d' <i>urgence</i> .....	8
Conditions générales .....	13
Présentation de la demande de règlement .....	15
Services d'assistance offerts .....	15
Assistance en cas d' <i>urgence</i> .....	16

### **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 un *problème de santé* 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'effet* 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 VOTRE DÉPART**

### **Sommaire des garanties d'assurance**

Assurance Classique Frais médicaux, formule annuelle voyages multiples	
	Sommes assurées maximales offertes
Frais médicaux <i>d'urgence</i> et autres garanties	Frais illimités <sup>1</sup>
Allocation d'hospitalisation	500 \$
Services d'urgence (chiropraticien, physiothérapeute, etc.)	300 \$
Retour au lieu de destination	Billet d'avion aller simple en classe économique
Frais de subsistance	1 750 \$
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.	Coût de transport : frais illimités*
Transport d'un <i>compagnon de chevet</i>	Billet d'avion en classe économique et frais de subsistance de 500 \$
Retour au à <i>votre</i> province ou territoire de résidence	Billet d'avion aller simple en classe économique ou transport en civière ou en avion sanitaire ou accompagnateur médical
Soins dentaires <i>d'urgence</i> <sup>2</sup>	300 \$ et / ou coup accidentel (frais <i>d'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 \$
Services ménagers	250 \$

<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 *durée 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* pour prolonger *votre* assurance au-delà de la période couverte par l'assurance annuelle *voyages multiples*.

**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 *vo*tre choix dont la présence est nécessaire à *vo*tre chevet pendant que *vo*us êtes hospitalisé durant *vo*tre voyage.

**Compagnon de voyage** - la personne qui voyage avec *vo*us, sous réserve d'un maximum de trois personnes.

**Conjoint** - la personne à laquelle *vo*us êtes légalement marié ou qui vit maritalement avec *vo*us et avec laquelle *vo*us 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 *vo*us et *vo*s enfants bénéficiez au titre de cette assurance Classique Frais médicaux, formule annuelle voyages multiples, à condition que la prime exigible ait été acquittée.

**Date d'effet** -

a) **pour l'assurance Classique Frais médicaux, formule annuelle voyages multiples :**

après la *date du début de la couverture*, la date à laquelle il est prévu que *vo*us quittez *vo*tre point de départ. Pour les autres assurances, la date d'effet est indiquée dans *vo*tre proposition d'assurance.

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

- 0 h 01 (minuit une minute) le jour suivant la *date d'expiration* de *vo*tre couverture antérieure ; ou
- si *vo*us souscrivez une *assurance complémentaire* pour le début de la durée prévue de *vo*tre voyage, la *date d'effet* de l'assurance est définie dans les alinéas a) à c) ci-dessus, conformément à l'*assurance complémentaire* que *vo*us souscrivez (non applicable si l'assurance Forfait Classique Frais médicaux, formule annuelle voyages multiples est souscrit à titre d'*assurance complémentaire* s'ajoutant à l'assurance *voyage* offerte par *vo*tre carte de crédit).

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

**Date du début de la couverture** -

- la date de *vo*tre proposition d'assurance/confirmation d'assurance ; ou
- la date que *vo*us indiquez comme étant la date de départ de *vo*tre premier voyage couvert par l'assurance dans *vo*tre proposition d'assurance/confirmation d'assurance, cette date ne pouvant tomber plus de 180 jours après la date d'établissement de *vo*tre proposition d'assurance/confirmation d'assurance.

**Date de retour** -

a) la date à laquelle il est prévu que *vo*us rentriez à *vo*tre point de départ.

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

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

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

**Enfants** - *vo*s enfants naturels, adoptifs ou les enfant du conjoint, non mariés et à *vo*tre 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 **hôpitaux**) - 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 *vo*us-même ou qu'un membre de *vo*tre 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 *votre proche famille* et qui *vous* accompagne durant *votre 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 *votre voyage*.

**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 *votre* principale activité rémunérée.

**Proposition d'assurance/confirmation d'assurance** - formulaire imprimé, relevé informatique, facture ou document fourni par *votre* conseiller en 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.

**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/confirmation d'assurance* et qui, une fois rempli et signé, fait partie intégrante du contrat d'assurance. Au moment où *vous* remplissez le *questionnaire médical*, *votre état médical* détermine la couverture à laquelle *vous* avez droit et la prime que *vous* devez payer.

**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 autorisé 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 *votre* retour dans *votre* pays et que *vous* devez recevoir ou subir au cours de *votre voyage* parce que *votre état médical* *vous* empêche de rentrer dans *votre* pays. Ils doivent être :

- a) prescrits ou donnés par un *médecin* autorisé pendant *votre voyage* ; ou
- b) reçus dans un *hôpital* pendant *votre 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 *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 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 *durée de l'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 *votre* 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/confirmation 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** - 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 ;
- avoir moins de 60 ans ;
- la souscrire auprès d'une agence de voyages canadienne autorisée par la Compagnie d'assurance RBC du Canada.
- 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*. ;
- la souscrire avant la *date d'effet* ;
- si *vous* voyagez pour une période de plus de 183 jours jusqu'à un maximum de 365 jours, *vous* souscrivez une *assurance complémentaire* à l'assurance annuelle voyages multiples, à condition que *vous* soyez couvert par un *régime d'assurance maladie provincial* pour toute la durée de *votre voyage* et que *vous* avez :
- moins de 40 ans ; ou
- 40 ou plus mais moins de 59 ans, *vous* avez répondu d'une manière exacte au *questionnaire médical* et à la suite de vos réponses au *questionnaire médical*, il est établi que *vous* pouvez souscrire l'assurance pour des *voyages* de plus de 183 jours.

De plus,

#### **Lorsque vous voyagez hors du Canada**

L'assurance se limite aux personnes admissibles qui voyagent hors du Canada, quel que soit le nombre de ces *voyages*, pendant une durée maximale de :

- 9 jours consécutifs hors du Canada si *vous* avez souscrit l'option 9 jours ; ou
- 16 jours consécutifs hors du Canada si *vous* avez souscrit l'option 16 jours ; ou
- 30 jours consécutifs hors du Canada si *vous* avez souscrit l'option 30 jours ; ou
- 60 jours consécutifs hors du Canada si *vous* avez souscrit l'option 60 jours.

De plus, la date de *votre* départ du Canada et la date de *votre* retour au Canada sont comprises dans le nombre de jours consécutifs indiqués ci-dessus. Si *votre voyage* dure plus de 9 jours consécutifs si *vous* avez souscrit l'option 9 jours, 16 jours consécutifs si *vous* avez souscrit l'option 16 jours, 30 jours consécutifs si *vous* avez souscrit l'option 30 jours ou 60 jours consécutifs si *vous* avez souscrit l'option 60 jours, *vous* devez souscrire une *assurance complémentaire* tel qu'indiqué à la rubrique « Souscription d'une *assurance complémentaire* » de cette police. **Si *vous* ne souscrivez pas une *assurance complémentaire* pour un *voyage* de plus de 9 jours, 16 jours, 30 jours ou 60 jours, selon les options correspondantes, *vous* ne bénéficierez d'aucune protection dans le cas d'un sinistre survenant hors de la durée de l'assurance pendant le *voyage* en question.**

#### **Lorsque vous voyagez au Canada**

L'assurance se limite aux personnes admissibles et prévoit une protection pour un nombre illimité de *voyages* au Canada mais hors de leur province ou territoire de résidence.

### Souscription de l'assurance

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

- *vos* nom figure sur la *proposition d'assurance/confirmation 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 familial*.

### Début et fin de l'assurance

L'assurance débute à la *date du début de la couverture*.

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 *vos* point de départ ;
- b) le jour de *vos* retour dans *vos* province, territoire ou pays de résidence ;
- c) la date de *vos* retour, à minuit ;
- d) la *date d'expiration*, à minuit ;
- e) le jour précédant le premier anniversaire de la *date du début de la couverture*.

### REMARQUE :

Si *vous* avez moins de 60 ans le jour du premier anniversaire de la *date du début de la couverture* et que *vous* avez payé la prime de l'assurance Classique Frais médicaux, formule annuelle voyages multiples par carte de crédit, *nous* établirons à *vos* intention une nouvelle police pour l'année suivante, sauf si :

- *vous* informez *vos* conseiller en voyages que *vous* ne souhaitez pas renouveler l'assurance ;
- *vous* n'êtes plus admissible à l'assurance Classique Frais médicaux, formule annuelle voyages multiples ;
- l'assurance Classique Frais médicaux, formule annuelle voyages multiples n'est plus offerte ;
- *vous* recevez un préavis de 45 jours par lettre recommandée à l'effet que l'assureur n'établira pas une autre police ; ou
- les renseignements en *notre* possession relatifs à *vos* carte de crédit ne sont plus valides.

Si *vous* ne réglez pas la prime par carte de crédit, *vos* assurance cesse à la fin de chaque période de 365 jours et *vous* devez présenter une nouvelle demande d'assurance auprès de *vos* conseiller en voyages.

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

- 1 Si *vous* ne pouvez terminer *vos* voyage à la *date de retour* prévue à cause du retard d'un moyen de transport public que *vous* devez emprunter, *vos* 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 *vos* compagnon de voyage êtes hospitalisé, *vos* 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 *vos* 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, *vos* 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 *vos* point de départ.

### Souscription d'une assurance complémentaire à l'assurance Classique Frais médicaux, formule annuelle voyages multiples.

Si *vous* comptez entreprendre ou entreprenez un *voyage* de plus de 9 jours consécutifs pour lequel *vous* avez souscrit l'option 9 jours, 16 jours consécutifs et avez souscrit l'option 16 jours, 30 jours consécutifs et avez souscrit l'option 30 jours ou 60 jours consécutifs et avez souscrit l'option 60 jours, *vous* devez souscrire une assurance complémentaire comme suit :

Si *vous* avez souscrit la couverture annuelle et désirez souscrire une assurance complémentaire, *vous* pouvez souscrire une nouvelle police et bénéficier des garanties auxquelles *vous* avez droit pour la durée comprenant la période débutant à la *date d'effet* et prenant fin à la nouvelle *date de retour*, pour le nombre de jours excédant la période couverte par *vos* couverture annuelle :

- a) avant la *date d'effet*, vous pouvez communiquer avec  *votre* conseiller en voyages ;
- b) après la *date d'effet*, si aucun *problème de santé* ne s'est manifesté pendant  *votre voyage*, vous pouvez communiquer avec  *votre* conseiller en voyages avant la *date de retour* prévue ;
- c) après la *date d'effet*, si un *problème de santé* s'est manifesté pendant  *votre voyage*, vous devez communiquer avec Assistance aux Assurés Inc. avant la *date de retour* prévue. L'établissement de la police d'*assurance complémentaire* est assujéti à l'approbation d'Assistance aux Assurés Inc. ;
- d) les conditions et exclusions de la nouvelle police établie à titre d'*assurance complémentaire* s'appliquent ;
- e) vous devez payer la prime de l'*assurance complémentaire* au plus tard à la *date d'effet* de l'*assurance complémentaire*.

Si vous ne souscrivez pas une *assurance complémentaire* et que la durée de  *votre voyage* dépasse 9 jours, 16 jours, 30 jours ou 60 jours, selon les options correspondantes, vous ne bénéficierez d'aucune protection dans le cas d'un sinistre survenant hors de la *durée de l'assurance* pendant le *voyage* en question. Si la police que vous souscrivez à titre d'*assurance complémentaire* l'exige, vous devez remplir un *questionnaire médical* à cet égard.

#### **Souscription d'une assurance complémentaire à l'assurance voyage offerte par votre carte de crédit**

Si vous êtes couvert par une assurance voyage offerte par  *votre* carte de crédit, vous pouvez souscrire l'assurance Forfait Classique Frais médicaux, formule annuelle voyages multiples à titre d'*assurance complémentaire* pour le nombre de jours qui s'ajoutent à la durée prévue de l'assurance offerte par  *votre* carte de crédit :

- a) vous pouvez communiquer avec  *votre* conseiller en voyages avant la date de départ de  *votre* point de départ ;
- b) vous devez payer la prime requise pour l'option 9, 16, 30 ou 60 jours avant la date de départ de  *votre* point de départ ;
- c)  *votre* assurance complémentaire ne peut pas dépasser 9 jours consécutifs dans le cas de l'option 9 jours, 16 jours consécutifs dans le cas de l'option 16 jours, 30 jours consécutifs dans le cas de l'option 30 jours ou 60 jours consécutifs dans le cas de l'option 60 jours. ;
- d) les conditions et exclusions de la police établie par nous à titre d'*assurance complémentaire* s'appliquent.
- e) si la police que vous souscrivez à titre d'*assurance complémentaire* l'exige, vous devez remplir un *questionnaire médical* ;
- f) il vous incombe de vérifier si l'*assurance complémentaire* est permise au titre de l'assurance voyage offerte par  *votre* carte de crédit.

#### **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 La prime payée ne peut être remboursée qu'avant la *date du début de la couverture*.

#### **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

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* province ou territoire de résidence, et jusqu'à concurrence de 5 000 \$ pour la préparation de la dépouille et le coût du conteneur, ou

- b) les frais de transport de vos cendres jusqu'à *vo*tre province ou territoire de résidence, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ pour les frais d'incinération au lieu de décès, ou
- c) les frais de préparation de *vo*tre dépouille et le prix d'un cercueil ordinaire, jusqu'à concurrence de 5 000 \$, ainsi que les frais d'inhumation au lieu de décès, jusqu'à concurrence de 5 000 \$.
- d) Si quelqu'un est légalement tenu d'identifier *vo*tre 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 *vo*tre assurance pendant la période nécessaire pour identifier *vo*tre dépouille, sous réserve d'un maximum de 3 jours ouvrables.

#### **6 Retour à *vo*tre province ou territoire de résidence**

Si le *médecin* qui *vo*us traite *no*us envoie une attestation écrite selon laquelle *vo*us devez rentrer dans *vo*tre province ou territoire de résidence en raison de *vo*tre *état médical* pour y recevoir des soins médicaux d'*urgence*, ou si les conseillers médicaux d'Assistance aux Assurés Inc. estiment que *vo*us êtes en mesure de rentrer dans *vo*tre province ou territoire de résidence après avoir reçu des *soins d'urgence* et recommandent *vo*tre 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 *vo*tre province ou territoire de résidence pour que *vo*us 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 *vo*tre province ou territoire de résidence 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 *vo*tre lieu de destination**

**a) *Vo*us devez recevoir au préalable l'autorisation d'Assistance aux Assurés Inc. pour bénéficier de cette garantie.**

- b) L'assurance *vo*us 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 *vo*tre lieu de destination prévu après que *vo*us êtes revenu à *vo*tre province ou territoire de résidence pour y recevoir immédiatement des soins médicaux, à condition que *vo*tre *médecin* traitant estime que *vo*us n'avez plus besoin de soins médicaux pour *vo*tre *état médical*. Le voyage de retour à *vo*tre lieu de destination prévu doit avoir lieu au cours de la *durée de l'assurance* prévue à l'origine par cette garantie.
- c) *Vo*us ne pouvez avoir recours à cette garantie qu'une seule fois pendant *vo*tre voyage.
- d) Une fois retourné à *vo*tre lieu de destination, toute récurrence de *vo*tre *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 *vo*us quittez *vo*tre province ou territoire de résidence pour retourner à *vo*tre lieu de destination.

#### **8 Frais de subsistance**

**a) *Vo*us devez recevoir au préalable l'autorisation d'Assistance aux Assurés Inc. pour bénéficier de cette garantie.**

- b) L'assurance rembourse *vo*s frais d'hébergement commercial et de repas ainsi que *vo*s frais d'appels téléphoniques, d'utilisation d'Internet et de taxi (ou *vo*s frais de location d'un véhicule, au lieu des *vo*s frais de taxi), si ces frais sont indispensables, jusqu'à concurrence de 175 \$ par jour jusqu'à un maximum de 1 750 \$ au total si, sur les conseils d'un *médecin* :
  - *vo*us ou *vo*tre *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 *vo*tre retour est reportée parce que *vo*us ou *vo*tre *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 province ou territoire de résidence

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 province ou territoire de résidence, 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*

- a) **Vous devez recevoir au préalable l'autorisation d'Assistance aux Assurés Inc. pour bénéficier de cette garantie.**
- b) 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* province ou territoire de résidence, si  *vous* devez rentrer au Canada pour y recevoir immédiatement des soins médicaux 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* province ou territoire de résidence, 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* province ou territoire de résidence 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 \$.

#### 16 Services ménagers

- 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* province ou territoire de résidence en avion sanitaire (avec l'autorisation d'Assistance aux Assurés Inc.) en raison d'un *problème de santé d'urgence*, et que *votre problème de santé* limite *votre* capacité à effectuer les travaux ménagers, cette assurance couvre le coût raisonnable de services ménagers fournis par une entreprise de services ménagers autorisée, jusqu'à concurrence de 250 \$. Cette garantie doit être utilisée dans les 30 jours suivant *votre* retour à *votre* province ou territoire de résidence.  
Nota : Cette couverture s'applique à *votre* résidence principale.

#### 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 (prednisone ou prednisolone) 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 affectifs* ;
- 9 à un traitement autre qu'un *traitement d'urgence* ;
- 10 à *votre* participation à des activités sportives en qualité d'athlète *professionnel*, y compris l'entraînement ;
- 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, y compris l'entraînement ;
- 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.
- 23 à un  *état médical*  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.

#### **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  *votre*  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 *votre* province de résidence :
  - a) si *vous* êtes à la retraite et que *vous* êtes couvert par une assurance maladie complémentaire offerte par *votre* 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 *votre* 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 *votre* compte, si *nous* établissons que cette somme n'est pas payable au titre de *votre* 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 *votre* 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 *votre* succession, sauf indication contraire dans la *proposition d'assurance/confirmation 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 *vo*tre part, ou toute réticence ou fausse déclaration de *vo*tre part sur des faits essentiels ou des circonstances concernant la présente assurance entraîne la nullité de la présente assurance.
- 14 Dans le présent document, *vo*tre âge s'entend de l'âge à la date de la *proposition d'assurance/confirmation 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/confirmation 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 *vo*tre demande dans les 90 jours suivant le retour à *vo*tre point de départ dans le cas d'un sinistre au titre de l'une de *nos* autres assurances.
- 4 *Vous* devez présenter des attestations de la *date d'effet*.
- 5 Si *vous* avez besoin du formulaire Demande de règlement et autorisation, veuillez communiquer avec *notre* Service des règlements à

C. P. 97, Succursale A, Mississauga (Ontario) L5A 2Y9  
Résidents du Québec : 514 748-2244 ou 1 800 263-8944  
À l'extérieur du Québec : 905 816-2572 ou 1 800 263-8944

Ou visitez *notre* site Web à l'adresse

<http://www.rbcassurances.com/voyages/sinistres-assurance-voyage.html> pour obtenir le formulaire de demande de règlement à l'égard de l'assurance Frais médicaux d'urgence.

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

*Vous* devez *nous* fournir formulaire Demande de règlement et autorisation, dûment rempli et, s'il y a lieu,

- *notre questionnaire médical* ;
- 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 *vo*tre 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 admissibles que  *vous* recevez, les communications avec  *votre* prestataire de soins et le mode de facturation seront coordonnés par l'intermédiaire d'Assistance aux Assurés. Pour des raisons indépendantes de la volonté d'Assistance aux Assurés Inc., la coordination de cette aide financière avec certains prestataires de soins médicaux n'est pas toujours possible.  *Vous* pourriez alors être obligé d'acquitter les frais médicaux ou de verser un acompte. Le cas échéant, communiquez immédiatement avec Assistance aux Assurés Inc.

#### **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.

® Marques déposées de la Banque Royale du Canada, utilisées sous licence.

® Marque déposée de Aetna. Utilisée avec autorisation.