



GRAND PARTENAIRE
NATIONAL

RBC Assurances®

Assurance VacanSanté Frais médicaux, assurance 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.

AssuranceVacanSané Fraismédicaux,assuranceannuellevoyagemultiples

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 VacanSané Frais médicaux, assurance annuelle voyages multiples | 7 |
| Souscription d'une <i>assurance complémentaire</i> à l'assurance voyage offerte par <i>votre</i> carte de crédit | 8 |
| Remboursement de la prime | 8 |
| Couverture liée au <i>terrorisme</i> | 8 |
| Assurance Frais médicaux d' <i>urgence</i> | 8 |
| Conditions générales | 14 |
| Présentation de la demande de règlement | 15 |
| Services d'assistance offerts | 16 |
| 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 VacanSanté® Frais médicaux, assurance annuelle Voyages multiples | |
|---|--|
| | Sommes assurées maximales offertes |
| Frais médicaux <i>d'urgence</i> et autres garanties | Frais illimités ¹ |
| Allocation d'hospitalisation | 500 \$ |
| Services <i>d'urgence</i> (chiropraticien, physiothérapeute, etc.) | 300 \$ |
| Retour au <i>lieu</i> 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 du 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 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> ² | 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 \$ |

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

² 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 -

- a) la couverture que *vous* souscrivez auprès de *nous* pour prolonger *votre* assurance au-delà de la période couverte par l'assurance annuelle voyages multiples ; ou
- b) l'assurance Forfait VacanSanté Frais médicaux, formule annuelle voyages multiples, que *vous* souscrivez auprès de *nous* pour compléter l'assurance voyage offerte par *votre* carte de crédit pour la première partie de *votre voyage* et de sa valeur.

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 - empoisonnement de personnes au moyen de substances nucléaires, chimiques et/ou biologiques causant la maladie et/ou la mort.

Date d'effet -

a) **dans le cas de cette assurance VacanSanté Frais médicaux, assurance annuelle Voyages multiples** - après la *date du début de la couverture*, la date à laquelle il est prévu que *vous* quittez *votre* point de départ.

b) **dans le cas de 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 a) à c) ci-dessus, conformément à l'*assurance complémentaire* que *vous* souscrivez (non applicable si le Forfait supérieur, formule annuelle voyages multiples est souscrit à titre d'*assurance complémentaire* s'ajoutant à l'assurance voyage offerte par *votre* carte de crédit).

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

Date du début de la couverture - la date de *votre* proposition d'*assurance/confirmation d'assurance* ou la date que *vous* indiquez comme étant la date de départ de *votre* premier voyage au titre de cette assurance, telle qu'elle est indiquée dans *votre* proposition d'*assurance/confirmation d'assurance*, cette date ne pouvant tomber plus de 120 jours après la date de *votre* proposition d'*assurance/confirmation d'assurance*.

Date de retour -

- a) pour l'assurance VacanSanté Frais médicaux, assurance annuelle Voyages multiples, 23 h 59 du dernier jour de l'option souscrite (option 9, 16, 30 ou 60 jours).
- b) Si *vous* souscrivez une *assurance complémentaire*, la *date de retour* est 23 h 59 le dernier jour de la prolongation de l'assurance. (Nota : Si *vous* souscrivez le Forfait supérieur, formule annuelle voyages multiples à titre d'*assurance complémentaire* s'ajoutant à l'assurance voyage offerte par *votre* carte de crédit, la durée de *votre* *assurance complémentaire* ne peut être plus longue que l'option choisie (option 9, 16 ou 30 jours)).

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 mariée 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.

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

Hôpital ou **hôpitaux** - 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 - une 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*, conformément à *votre proposition d'assurance/confirmation d'assurance*.

Proche famille - le *conjoint*, les parents, le tuteur légal, les *enfants* en tutelle, beaux-parents, grands-parents, petits-fils et petites-filles, parents par alliance, *enfants* naturels ou adoptifs, *enfants* du *conjoint*, 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/proposition 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/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/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*, *votre état médical* détermine la couverture à laquelle *vous* avez droit et la prime que *vous* devez payer. *Vous* devez répondre au *questionnaire médical* si *vous* souscrivez l'assurance VacanSanté Privilège, Or, Argent Plus, Argent ou Bronze, sauf stipulation contraire.

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 que *nous* reconnaissons au moment de l'*urgence*.

Soins d'urgence ou traitement d'urgence - tous soins médicaux ou toute intervention chirurgicale nécessités en cas d'*urgence* pour le soulagement immédiat de symptômes aigus, ou recommandés par un *médecin* autorisé, qui ne peuvent attendre *votre* retour dans *votre* 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 :

- prescrits ou donnés par un *médecin* autorisé pendant *votre voyage* ; ou
- reçus dans un *hôpital* pendant *votre voyage* ; ou
- donnés par un physiothérapeute, un chiropraticien, un podiatre, un podologue ou un ostéopathe 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 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*.

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 ;
- avoir 60 ans ou plus et répondre d'une manière exacte au *questionnaire médical* ;
- souscrire l'assurance avant la *date d'effet* ;
- souscrire l'assurance auprès d'une agence de voyages canadienne autorisée par la Compagnie d'assurance RBC du Canada ;
- si *vous* partez en *voyage* pour une période de plus de 183 jours jusqu'à un maximum de 365 jours, souscrire une *assurance complémentaire* à l'assurance VacanSanté Privilège formule annuelle voyages multiples ou VacanSanté® Or Frais médicaux formule annuelle voyages multiples, à condition que *vous* soyez couvert par *votre régime d'assurance maladie provincial* pour toute la durée de *votre voyage*, que *vous* ayez moins de 75 ans et que *vous* répondiez d'une manière exacte au *questionnaire médical* et que, compte tenu de *vos* réponses, il soit déterminé que *vous* êtes admissible à souscrire une 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 (offerte uniquement aux personnes de moins de 80 ans) ; ou
- 60 jours consécutifs hors du Canada si *vous* avez souscrit l'option 36 jours (offerte uniquement aux personnes de moins de 80 ans) ;

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 l'option correspondante, *vous* ne bénéficierez d'aucune protection durant le voyage en question dans le cas d'un sinistre survenant après la *durée de l'assurance*.**

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 *votre* contrat d'assurance lorsque :

- *votre* 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 répondu au *questionnaire médical* .

Début et fin de l'assurance

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

Si *vous* êtes couvert par l'assurance VacanSanté Privilège Or, Argent Plus, Argent ou Bronze Frais médicaux, la *date d'effet* ou la *date du début de la couverture* ne peut pas être plus de 120 jours après la date de *votre proposition d'assurance/confirmation d'assurance* .

L'assurance prend fin dans la première des éventualités suivantes :

- a) la date de survenance 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* ;
- c) la date de *votre* 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* .

Prolongation d'office de votre assurance

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

Souscription d'une assurance complémentaire à l'assurance VacanSanté Frais médicaux, assurance 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* êtes couvert par l'une de *nos* assurances offertes selon la formule annuelle Voyages multiples 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 *votre* assurance selon la formule annuelle Voyages multiples :

- 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 l'option correspondante, *vous* ne bénéficierez d'aucune protection pendant le *voyage* en question dans le cas d'un sinistre survenant après la *durée de l'assurance*. 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 que *vous* avez 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. **L'assurance est assujettie à un maximum de 20 000 \$ si *vous* n'êtes pas couvert par un 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 ostéopathe 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 est nécessaire du point de vue médical mais 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 de 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 *votre* province ou territoire de résidence, 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 *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 *nous* 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 *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 des frais de taxi), si ces frais sont indispensables, jusqu'à concurrence de 175 \$ par jour ou d'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 *vo*tre *compagnon de chevet*

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

- b) Si *vo*us voyagez seul, que *vo*us êtes hospitalisé pendant *vo*tre *voyage* et que la présence d'une personne est nécessaire à *vo*tre 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 *vo*us, jusqu'à concurrence de 500 \$ et

- *votre assurance couvre cette personne aussi longtemps que sa présence est nécessaire à votre chevet.*
- c) Dans le cas où *vous* avez moins de 21 ans, ou si *vous* avez plus de 20 ans et êtes atteint d'une infirmité physique, *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 d'un *compagnon de voyage*, 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 Inc.) 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

En plus des exclusions décrites ci-après sous « II - Exclusions générales », les exclusions suivantes s'appliquent également.

| | |
|-------------------------------|--|
| Vacansanté Privilège | Pas d'exclusion relative à un <i>problème de santé</i> préexistant |
| Vacansanté Or | Exclusion 1 |
| Vacansanté Argent Plus | Exclusion 2 |
| Vacansanté Argent | |
| Vacansanté Bronze | Exclusion 3 |

Exclusion 1 - Vacansanté Or

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

- 1 Un *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 Une affection cardiaque (qu'un diagnostic ait été posé ou non), si dans les 90 jours précédant la date de *votre* départ en *voyage* :
 - a) cette 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 Une affection pulmonaire (qu'un diagnostic ait été posé ou non), si dans les 90 jours précédant la date de *votre* départ en *voyage* :
 - a) cette 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.

Exclusion 2 - Vacansanté Argent Plus et Argent

Cette 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 180 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 180 jours précédant la date de *votre* départ en *voyage* :
 - a) cette 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 180 jours précédant la date de *votre* départ en *voyage* :
 - a) cette 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.

Exclusion 3 - Vacansanté Bronze

Que *votre problème de santé* ait été *stable* ou non, cette 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 180 jours précédant la date de *votre* départ en *voyage* :
 - a) *vous* avez pris un médicament, un médicament *vous* a été prescrit ou *vous* avez reçu un traitement pour ce *problème de santé* ou une affection connexe ; ou
 - b) *vous* avez noté une détérioration ou avez consulté un professionnel de la santé pour ce *problème de santé* ou cette affection connexe.
- 2 *Votre* affection cardiaque (qu'un diagnostic ait été posé ou non), si dans les 180 jours précédant la date de *votre* départ en *voyage* :

- a) *vous* avez pris un médicament, un médicament *vous* a été prescrit ou *vous* avez reçu un traitement pour cette affection cardiaque ; ou
 - b) *vous* avez noté une détérioration ou avez consulté un professionnel de la santé pour cette affection cardiaque.
- 3 *Votre* affection pulmonaire (qu'un diagnostic ait été posé ou non), si dans les 180 jours précédant la date de *vo*tre départ en *vo*yage :
- a) *vous* avez pris un médicament, un médicament *vous* a été prescrit ou *vous* avez reçu un traitement pour cette affection pulmonaire ; ou
 - b) *vous* avez noté une détérioration ou avez consulté un professionnel de la santé pour cette affection pulmonaire.

II - Exclusions générales

En plus des exclusions décrites sous la rubrique « I - Exclusion relative à un *problème de santé* préexistant », cette 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 *vo*tre *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 *vo*tre *vo*yage, 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 *vo*tre 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 *vo*tre *vo*yage, 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 *vo*tre pays de résidence mais que *vous* décidez de ne pas le faire ;
- 4 à des automutilations volontaires, *vo*tre 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 *vo*us-même ;
- 6 à un *problème de santé* attribuable ou associé à *vo*tre usage chronique d'alcool ou de drogues avant ou pendant *vo*tre *vo*yage ;
- 7 à *vo*tre abus de médicaments, de drogues ou d'alcool, ou au refus délibéré de suivre une thérapie ou un traitement médical prescrit avant ou pendant *vo*tre *vo*yage ;
- 8 à *vo*s troubles mentaux ou affectifs ;
- 9 à un traitement autre qu'un *traitement d'urgence* ;
- 10 à *vo*tre participation à des activités sportives en qualité d'athlète *professionnel*, y compris l'entraînement ;
- 11 à *vo*tre pratique de l'escalade ou de l'*alpinisme* ;
- 12 à *vo*tre 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 *vo*tre *vo*yage 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 *vo*tre *vo*yage étaient raisonnablement prévisibles ;
- 16 a) à des soins prénatals courants,
b) à la naissance d'un enfant survenant au cours de *vo*tre *vo*yage,
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 *vo*tre *médecin* à *vo*us 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 collective 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 cette 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 cette 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 cette 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 cette 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^e 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/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.

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.
- 15 RBC Assurances Assurance VacanSanté® Frais médicaux, assurance annuelle Voyages multiples V_6_Juin2010

- 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>.

Assurance Frais médicaux d'urgence

1. Vous devez *nous* fournir le 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 *notre 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 conciergerie 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 *notre 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 *notre* assurance et paieront directement au prestataire recommandé les frais médicaux remboursables ;
- consulteront *notre* 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 *notre* 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 immédiatement 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. Au Québec, certaines assurances sont établies par la Compagnie d'assurance générale RBC.

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

* Marque déposée de Aetna. Utilisée avec autorisation.