

# Assurance VacanSanté Frais médicaux

– formule Voyage unique



## À propos de votre assurance voyage :

Ceci est **votre** certificat d'assurance, qui précise les modalités de la couverture offerte. Pour des précisions sur les garanties souscrites, reportez-**vous** à la **proposition d'assurance/confirmation d'assurance**. Conservez-la en lieu sûr et emportez-la avec **vous** lorsque **vous** voyagez.



Besoin  
d'aide



Admissibilité



Sommaire des  
garanties



Demande de  
règlement



Définitions



Banque Royale

La police d'assurance collective n° F-1999987-A (la « police ») a été établie à la Banque Royale du Canada (« RBC Banque Royale ») par : la Compagnie d'assurance RBC du Canada pour couvrir ce qui suit :

- les frais médicaux d'**urgence** engagés à l'extérieur de **vos** province ou territoire de résidence au Canada.

Le présent certificat d'assurance renferme les dispositions de **vos** couverture d'assurance. Lorsque vous souscrivez l'assurance, le présent certificat, accompagné de la **proposition d'assurance/confirmation d'assurance** et du **questionnaire médical** (le cas échéant), constitue **vos** contrat d'assurance.

**Vous** avez le droit de demander une copie de la proposition, une copie de la police d'assurance collective et un rapport écrit comme preuve d'assurabilité de la personne assurée du groupe au titre du contrat.

## AVIS IMPORTANT – LISEZ ATTENTIVEMENT CE QUI SUIT AVANT DE VOYAGER

**Vous** avez souscrit une assurance voyage ; et maintenant ? **Nous** tenons à ce que **vous** compreniez (dans **vos** intérêt supérieur) ce que **vos** certificat d'assurance couvre, ce qui est exclu et ce qui est limité (c.-à-d. qu'un montant maximum payable s'applique). Veuillez prendre le temps de lire intégralement **vos** certificat d'assurance avant de partir. Les termes en **caractères gras** et en **italique** sont définis dans **vos** certificat d'assurance. La Compagnie d'assurance RBC du Canada a nommé AZGA Service Canada Inc. (exerçant ses activités sous le nom d'« Allianz Global Assistance ») comme fournisseur de tous les services d'assistance et de règlement au titre de la présente certificat d'assurance.

- L'assurance voyage couvre les demandes de règlement liées à des événements soudains et imprévus (par exemple, un accident ou une situation d'**urgence**) ; elle ne couvre habituellement pas les suivis ni les soins récurrents.

- Pour **vous** prévaloir de cette assurance, **vous** devez remplir toutes les conditions d'admissibilité.
- Cette assurance comporte des limitations et des exclusions. Voici quelques exemples : les **problèmes de santé** qui ne sont pas **stables**, une grossesse, un enfant né en cours de **voyage**, l'abus d'alcool, les activités à haut risque.
- Cette assurance pourrait ne pas couvrir les demandes de règlement liées à des **problèmes de santé préexistants**, que le **problème de santé** ait été déclaré ou non au moment de la souscription.
- **Vous** devez contacter Allianz Global Assistance avant d'obtenir un **traitement** sans quoi **vos** demande de règlement pourrait être limitée ou refusée.
- Lors de la présentation d'une demande de règlement, **vos** antécédents médicaux pourraient être vérifiés.
- Si **vous** avez répondu à un **questionnaire médical** et qu'une de **vos** réponses est inexacte ou incomplète, **vos** certificat d'assurance sera annulable.

IL EST DE **VOTRE** RESPONSABILITÉ DE COMPRENDRE **VOTRE** COUVERTURE. SI **VOUS** AVEZ DES QUESTIONS, CONTACTEZ-NOUS AU 1 800 387-2487, consultez **notre** site Web à l'adresse <http://www.rbcbanqueroyale.com/assurancevoyage/index.html> ou écrivez-nous à Compagnie d'assurance RBC du Canada – Service des règlements, a/s d'Allianz Global Assistance, C.P. 277, Waterloo (Ontario) N2J 4A4.

## Ce que les organismes de réglementation provinciaux veulent que **vous** sachiez

Le certificat d'assurance contient une clause qui révoque ou limite le droit de l'assuré de nommer les personnes auxquelles ou au bénéfice desquelles le produit de l'assurance doit être versé.



## Que faire si vous avez besoin d'aide durant votre voyage

Appelez Allianz Global Assistance – De l'aide jour et nuit où que vous *soyez*.

Si *vous* avez besoin d'**urgence** d'un **traitement** pendant  *votre voyage*, ou pour toute autre **urgence**, *vous* devez immédiatement appeler Allianz Global Assistance à l'un des numéros suivants :

**Veillez composer le 1 800 387-2487 (sans frais des États-Unis ou du Canada) ou le 905 816-2561 (à frais virés de partout ailleurs). (Nota : Si l'aide d'un téléphoniste international est requise, veuillez déterminer comment appeler à frais virés au Canada de  *votre destination avant de partir.*)**

### Services d'assistance offerts

#### Services d'assistance en cas d'urgence

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

##### Assistance médicale et consultation

Si *vous nous* appelez dans le cas d'une **urgence** médicale, *nous vous* dirigerons, dans la mesure du possible, vers le ou les prestataires de soins médicaux les plus proches. De plus, dans la mesure du possible, *nous* :

- en consultation avec  *votre médecin*, prendrons les arrangements nécessaires

pour le transport médical d'**urgence** à un établissement médical adéquat s'il est déterminé que l'établissement existant est inadéquat pour **traiter** ou stabiliser  *votre problème de santé* ;

- confirmerons  *votre* assurance et paierons directement au prestataire recommandé les frais médicaux remboursables ;
- consulterons  *votre médecin* traitant au sujet des soins qui  *vous* sont donnés ; et
- *nous* assurerons que ces soins sont appropriés, nécessaires et raisonnables, et que les frais sont effectivement couverts par l'assurance.

##### 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  *notre* intermédiaire. Pour des raisons indépendantes de  *notre* volonté, 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  *nous*.

## Coordination du remplacement d'articles personnels

Dans la mesure du possible, **nous vous** aiderons à coordonner le remplacement de **vos** lunettes prescrites et médicaments sur ordonnance essentiels au cas où ces articles devraient être remplacés pendant **votre voyage**. L'assurance ne couvre pas le coût réel de remplacement de **vos** lunettes ou médicaments sur ordonnance essentiels.

## Présentation d'une demande de règlement

Si **vous** avez besoin du 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 :

905 816-2572 ou 1 800 263-8944

Adresse :

Compagnie d'assurance RBC du Canada –  
Service des règlements  
a/s d'Allianz Global Assistance  
C.P. 277  
Waterloo (Ontario) N2J 4A4

Ou **vous** pouvez visiter **notre** site Web à l'adresse <http://www.rbcbanqueroyale.com/assurancevoyage/sinistres-assurance-voyage.html>, pour obtenir le formulaire de demande de règlement à l'égard des assurances Frais médicaux d'**urgence**.



## Admissibilité

### Admissibilité

Pour souscrire cette assurance, **vous** devez :

- être client d'une société de RBC ou le **conjoint** ou l'**enfant** d'un client ;
- être un résident canadien ;
- avoir 65 ans ou plus à la date de souscription de l'assurance ;
- entreprendre un **voyage** d'une durée maximale de 183 jours ;
- souscrire l'assurance avant la **date d'effet** ;
- avoir rempli correctement le **questionnaire médical** ; et
- être assuré au titre de **votre régime d'assurance maladie provincial** pendant toute la durée de **votre voyage**.

De plus, dans le cas de l'assurance :

#### VacanSanté Argent :

Si **vous** avez 65 ans ou plus et moins de 75 ans et que **vous** voyagez pour une période de 15 jours au plus, **vous** avez choisi de ne pas répondre au **questionnaire médical**.

#### VacanSanté Or :

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

- moins de 75 ans, que **vous** ayez répondu d'une manière exacte aux questions du **questionnaire médical**, et qu'en raison de **vos** réponses au **questionnaire médical**, il a été établi que **vous** étiez en droit de souscrire une assurance pour un **voyage** de plus de 183 jours.

#### IMPORTANT

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**.

## Début de votre assurance

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

Nota : Pour l'assurance VacanSanté Frais médicaux, la **date d'effet** ne peut pas être plus de 120 jours après la date de **votre proposition d'assurance/confirmation d'assurance**.

## Fin de votre assurance

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

- la date de survenance de l'événement ayant causé l'annulation si **votre voyage** est annulé avant la date de départ de **votre point de départ** ;
- la **date de votre retour** dans **votre** province, territoire ou pays de résidence ;
- la **date de votre retour**, à minuit ;
- la **date d'expiration**, à minuit.

Aux termes de l'assurance VacanSanté Frais médicaux, **votre** couverture ne prend pas fin si **vous** retournez temporairement dans **votre** province, territoire ou pays de résidence avant **votre date de retour**, puis reprenez **votre voyage**, pourvu :

- que **vous** n'ayez pas présenté une demande de règlement en vertu de l'assurance ;
- que **vous** n'ayez pas un **problème de santé** à **votre** retour temporaire dans **votre** province, territoire ou pays de résidence ; et étiez apte à continuer **votre voyage**.



## Période d'examen gratuit de 10 jours

Si **vous** n'êtes pas entièrement satisfait de cette assurance voyage, **vous** pouvez la résilier dans les 10 jours suivant la souscription et obtenir un remboursement complet, pourvu que **vous** n'ayez pas entamé **votre voyage** et qu'aucun événement qui **vous** amènerait à présenter une demande de règlement ne soit survenu. Passé la période de 10 jours, un remboursement pourrait ne pas être autorisé.

## Situations couvertes

Après **votre** départ :

Frais médicaux d'**urgence** – les frais médicaux **usuels et raisonnables** que **vous** engagez durant **votre voyage** pour des soins ou une intervention chirurgicale nécessaires, dans le cadre du **traitement urgent** résultant d'un **problème de santé** qui est soudain et imprévu.

## Situations non couvertes

Il est très important de lire **votre** certificat d'assurance avant **votre** départ. Des exclusions et des limitations s'appliquent à **votre** assurance. Ce ne sont pas toutes les situations ni toutes les pertes qui sont couvertes. **Nous** couvrons seulement les sinistres qui satisfont aux conditions telles qu'elles sont énoncées dans le présent document.

### IMPORTANT

Si **vous** avez des questions au sujet de **votre** assurance voyage, visitez **notre** site Web ou appelez-nous.



## Sommaire des garanties d'assurance

Assurance VacanSanté Frais médicaux	Sommes assurées maximales offertes
<b>Traitement</b> médical d' <b>urgence</b>	Frais illimités <sup>1</sup>
Frais accessoires d' <b>hôpital</b>	500 \$
Physiothérapeute, chiropraticien, podiatre, podologue ou ostéothérapeute	300 \$
Retour à <b>votre</b> lieu de destination	Billet aller simple en classe économique
Indemnité pour débours	1 750 \$
Rapatriement de la dépouille <small>*Veuillez consulter le certificat d'assurance pour connaître le plafond des frais remboursables pour le conteneur, la crémation et l'inhumation sur place.</small>	Frais de transport : illimités*
Transport d'une personne jusqu'au chevet de l'assuré	Billet en classe économique et 500 \$ pour les débours
Transport d' <b>urgence</b>	Billet aller simple en classe économique, ou billet avec civière, ou billet d'un accompagnateur médical qualifié, ou encore transport par ambulance aérienne
<b>Traitements</b> dentaires d' <b>urgence</b> <sup>2</sup>	300 \$ et/ou coup accidentel ( <b>traitements</b> d' <b>urgence</b> )
Retour du <b>véhicule</b>	Frais <b>usuels et raisonnables</b>
Retour des <b>enfants</b>	Billet aller simple en classe économique et billet d'un accompagnateur si nécessaire
Retour d'un <b>compagnon de voyage</b>	Billet aller simple en classe économique
Retour d'un chien ou chat	500 \$
Retour des bagages excédentaires	500 \$
Services ménagers	250 \$
Consultation d'un <b>médecin</b> pour remplacer un <b>médicament sur ordonnance</b> perdu, volé ou endommagé	Une consultation auprès d'un <b>médecin</b> en vue d'obtenir une ordonnance écrite

<sup>1</sup> Cette assurance est assujettie à une indemnité maximale de 20 000 \$ si **vous** n'est pas couvert par le **régime d'assurance maladie provincial**.

<sup>2</sup> La garantie couvre les traitements dentaires d'**urgence** pour la réparation ou le remplacement de dents naturelles ou de prothèses fixes permanentes endommagées pendant le **voyage**, et jusqu'à concurrence de 1 500 \$ pour poursuivre le **traitement** nécessaire après le retour au Canada.

## Définitions

En parcourant **votre** couverture d'assurance, **vous** remarquerez que certains mots sont en **caractères gras** et en **italique**. Veuillez **vous** reporter à la partie « Définitions » qui se trouve dans les dernières pages du présent document d'assurance.

## Conditions générales

Les conditions générales, qui s'appliquent à toutes les garanties, se trouvent dans les dernières pages du présent document d'assurance.

## Assurance Frais médicaux d'urgence

### Description de la couverture :

L'assurance Frais médicaux d'**urgence** procure des garanties d'assurance aux voyageurs en cas d'**urgence** médicale.

Cette assurance rembourse les frais médicaux **usuels et raisonnables** que **vous** engagez, après avoir quitté **votre point de départ**, pour des soins médicaux ou une intervention chirurgicale nécessaires dans le cadre du **traitement urgent** résultant d'un **problème de santé**, à concurrence des sommes maximales précisées dans la partie « Situations couvertes ».

L'assurance rembourse seulement la portion des frais qui dépasse les frais couverts par **votre régime d'assurance maladie provincial** et par tout autre régime ou toute autre assurance dont **vous** bénéficiez.

### Numéros à composer en cas d'**urgence**

- 1 800 387-2487 (sans frais des États-Unis ou du Canada)
- 905 816-2561 (à frais virés de partout ailleurs par un service local)
- 1 888 298-6340 (télécopieur sans frais des États-Unis ou du Canada)
- 905 813-4719 (télécopieur)

## IMPORTANT

### En cas d'**urgence** médicale

- **Vous** devez communiquer avec **nous** avant de recevoir un **traitement urgent**.
- De plus, toute intervention chirurgicale ou procédure cardiaque, y compris le cathétérisme cardiaque, doit être approuvée d'avance par **nous**.
- Lorsque **vous** communiquez avec **nous**, **nous vous** adressons ou **nous** pouvons **vous** transférer, si la situation médicale le justifie, à l'un des prestataires agréés de soins médicaux faisant partie du **réseau**.
- **Nous** demanderons au fournisseur de soins médicaux membre du **réseau** de **nous** facturer directement les frais médicaux couverts au titre de la présente assurance au lieu de **vous** les facturer.
- Si **vous** n'appellez pas, l'indemnité pourrait être réduite.
- Si **votre état médical vous** empêche de communiquer avec **nous** avant de recevoir un **traitement urgent**, **vous** devez **nous** appeler 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.
- **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** certificat d'assurance.



## Situations couvertes

### Traitement médical d'urgence

L'assurance couvre les frais médicaux ci-après lorsqu'ils sont nécessaires dans le cadre d'un **traitement urgent** pendant **vos** voyage :

- le **traitement urgent**, à l'exception d'un **traitement** pour soins dentaires ;
- les services d'un **médecin** autorisé, d'un chirurgien, d'un anesthésiste ou d'une infirmière ou d'un infirmier diplômé autorisé ;
- une chambre à deux lits dans un **hôpital** lorsque **vous** êtes un malade hospitalisé ;
- les services aux patients non hospitalisés fournis par un **hôpital** ;
- les services d'infirmiers ou d'infirmières particuliers autorisés pendant **vos** hospitalisation ;
- la location ou, s'il est moins coûteux, l'achat d'un lit d'**hôpital**, d'un fauteuil roulant, de béquilles, d'appareils orthopédiques et autres appareils médicaux ;
- les tests diagnostiques lorsqu'ils ont été autorisés au préalable par **nous** ;
- les services des praticiens autorisés suivants pour le **traitement d'urgence** d'une blessure couverte jusqu'à concurrence de 300 \$ par profession : physiothérapeute, chiropraticien, podiatre, podologue ou ostéopathe ; et
- les **médicaments sur ordonnance**.

### Traitements dentaires d'urgence

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

- Si **vous** avez besoin de **traitement** dentaire d'**urgence** pour réparer ou remplacer des dents naturelles ou des prothèses fixes permanentes endommagées par suite d'un coup accidentel reçu au visage pendant **vos** voyage, l'assurance couvre les frais engagés et, jusqu'à concurrence de 1 500 \$, la poursuite du **traitement** nécessaire à **vos** retour au Canada. Ce **traitement** doit toutefois être terminé dans les 180 jours suivant l'accident.

- Si **vous** avez besoin d'autres **traitements** dentaires d'**urgence**, l'assurance rembourse les frais que **vous** engagez pendant **vos** voyage, jusqu'à concurrence de 300 \$, ainsi que le coût intégral des **médicaments sur ordonnance**.

## Indemnité pour débours

### IMPORTANT

**Vous devez recevoir au préalable l'autorisation d'Allianz Global Assistance pour bénéficier de cette garantie.**

**Appelez-nous au :**

**1 800 387-2487 (sans frais des États-Unis ou du Canada)**

**905 816-2561 (à frais virés de partout ailleurs par un service local)**

- L'assurance rembourse **vos** frais d'hébergement commercial, de repas, d'appels téléphoniques, d'utilisation d'Internet et de taxi (de covoiturage ou de location d'un véhicule au lieu de **vos** frais de taxi), si ces frais sont indispensables, jusqu'à concurrence de 175 \$ par jour et d'un montant maximum total de 1 750 \$, si, sur les conseils d'un **médecin** :
  - **vous** ou **vos** **compagnon de voyage** êtes transféré ailleurs à des fins de **traitement** en raison d'un **problème de santé urgent** couvert par l'assurance ; ou
  - **vos** **date de retour** est reportée parce que **vous** ou **vos** **compagnon de voyage** devez recevoir d'**urgence** un **traitement** en raison d'un **problème de santé urgent** couvert par l'assurance.
- Frais accessoires d'**hôpital** : 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.



## Transport

### Ambulance terrestre

L'assurance couvre le transport local par ambulance à destination d'un **hôpital**, du cabinet d'un **médecin** ou d'un prestataire de soins médicaux en cas d'**urgence**. Si le transport par ambulance est nécessaire du point de vue médical mais qu'il n'y a pas de service ambulancier, l'assurance couvre les frais de transport local par taxi.

### Ambulance aérienne, vol commercial ou civière

#### IMPORTANT

Cette garantie est subordonnée à l'autorisation préalable d'Allianz Global Assistance et les dispositions doivent être prises par elle.

Appelez-nous au :

1 800 387-2487 (sans frais des États-Unis ou du Canada)

905 816-2561 (à frais virés de partout ailleurs par un service local)

Si le **médecin** qui **vous** traite **nous** envoie une attestation écrite selon laquelle **vous** devez rentrer dans **votre** province ou territoire de résidence en raison de **votre état médical** pour y recevoir des soins médicaux d'**urgence**, ou si **nos** conseillers médicaux estiment que **vous** êtes en mesure de rentrer dans **votre** province ou territoire de résidence après avoir reçu d'**urgence** un **traitement** et recommandent **votre** retour,

l'assurance couvre les frais suivants, lorsque cela est indispensable du point de vue médical :

- le coût supplémentaire d'un billet aller simple en classe économique à bord d'un vol commercial, par l'itinéraire le plus économique, jusqu'à **votre** province ou territoire de résidence, pour que **vous** receviez immédiatement des soins médicaux d'**urgence** ; ou
- le prix du billet avec civière à bord d'un vol commercial, par l'itinéraire le plus économique, jusqu'à **votre** province ou territoire de résidence lorsque la civière est nécessaire du point de vue médical ; ou
- lorsque cela est nécessaire du point de vue médical ou exigé par la compagnie aérienne, le coût du surclassement à bord d'un vol commercial, par l'itinéraire le plus économique, ainsi que les honoraires et frais habituellement exigés par un accompagnateur médical qualifié pour **vous** accompagner ; ou
- le coût du transport par ambulance aérienne.

## IMPORTANT

Les garanties suivantes sont subordonnées à l'autorisation préalable d'Allianz Global Assistance

Appelez-nous au :

1 800 387-2487 (sans frais des États-Unis ou du Canada)

905 816-2561 (à frais virés de partout ailleurs par un service local)

### 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 **vo**tre voyage et que **vous** êtes hospitalisé plus de 24 heures, ou si **vous** devez rentrer au Canada par suite d'un **problème de santé urgent** découlant de **vo**tre état médical couvert par l'assurance, l'assurance prend en charge les frais suivants :

- 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
- 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.

### Retour d'un compagnon de voyage

- Si **vous** voyagez avec un **compagnon de voyage**, l'assurance prend en charge le coût supplémentaire du billet aller simple de ce dernier, en classe économique, à bord d'un vol commercial, par l'itinéraire le plus économique, jusqu'à **vo**tre province ou territoire de résidence, si **vous** devez rentrer au Canada pour y recevoir immédiatement des **traitements** médicaux par suite d'un **état médical** couvert.

### Retour à votre lieu de destination

- L'assurance **vous** rembourse le prix d'un billet aller simple, en classe économique, à bord

d'un vol commercial, par l'itinéraire le plus économique, jusqu'à **vo**tre lieu de destination prévu après que **vous** 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 **vous** n'avez plus besoin de soins médicaux pour **vo**tre état médical. Le **vo**yage 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.

- **Vous** ne pouvez avoir recours à cette garantie qu'une seule fois pendant **vo**tre voyage.
- Une fois de retour 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.
- Lorsque cette garantie s'applique, la **date d'effet** du certificat d'assurance est la date à laquelle **vous** quittez **vo**tre province ou territoire de résidence pour retourner à **vo**tre lieu de destination.

### Retour de votre chien ou chat

- Si **vous** voyagez avec chien(s) ou chat(s) et que **vous** devez rentrer au Canada en raison d'un **problème de santé urgent** couvert, l'assurance prend en charge le coût du billet aller simple de ces animaux jusqu'à **vo**tre province ou territoire de résidence, jusqu'à concurrence de 500 \$.

### Retour des bagages excédentaires

- Si **vous** êtes ramené à **vo**tre province ou territoire de résidence en ambulance aérienne (avec **not**re autorisation) en raison d'un **problème de santé urgent**, l'assurance couvre le coût du transport de retour de vos bagages excédentaires jusqu'à concurrence de 500 \$.

### Retour du véhicule

- Si **vous** ne pouvez ramener **vo**tre véhicule au point d'origine par suite d'une **urgence** médicale survenant pendant **vo**tre voyage, l'assurance couvre les frais **usuels et raisonnables** engagés pour faire ramener le **véhicule** à **vo**tre domicile par une **agence de location commerciale**.

## Transport d'un compagnon à votre chevet

### IMPORTANT

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

- Si **vous** voyagez seul et **vous** êtes hospitalisé (pendant plus de 24 heures) pendant **votre voyage** et que la présence d'une personne à **votre** chevet est nécessaire, 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** compagnon de chevet, selon la même assurance que la **vôtre**, aussi longtemps que sa présence est nécessaire à **votre** chevet.
- Si **vous** avez plus de 20 ans et que **vous** avez un handicap physique ou mental, ou si **vous** avez moins de 21 ans et que **vous** êtes à la charge de la personne devant se rendre à **votre** chevet, **vous** bénéficiez de cette garantie dès que **vous** êtes admis à **l'hôpital**.

## Services ménagers

- Si **vous** êtes ramené à **votre** province ou territoire de résidence en ambulance aérienne en raison d'un **problème de santé urgent**, et que **votre problème de santé** limite **votre** capacité à effectuer les travaux ménagers, cette assurance couvre les frais **usuels et raisonnables** 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.

## Consultation d'un *médecin* pour remplacer un *médicament sur ordonnance* perdu, volé ou endommagé

- Si **votre** médicament d'ordonnance (requis pour stabiliser **votre problème de santé**) est perdu, volé ou endommagé pendant **votre voyage**, et que **vous** avez besoin du médicament pour le reste de **votre voyage**, la présente assurance couvre le coût d'une consultation auprès d'un **médecin** pour obtenir une ordonnance écrite afin que **votre** médicament **vous** soit délivré par un pharmacien autorisé pendant **votre voyage**. Remarque : Cette garantie est uniquement offerte si le **médicament sur ordonnance** exigeant une ordonnance par écrit doit être délivré pendant **votre voyage** et que cela ne peut attendre **votre** retour dans **votre** province ou territoire de résidence.

## 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 :

- 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
- les frais de transport de **vos** cendres jusqu'à **votre** province ou territoire de résidence et, jusqu'à concurrence de 5 000 \$, les frais d'incinération sur les lieux de **votre** décès ; ou
- 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 de **votre** décès jusqu'à concurrence de 5 000 \$.

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. Cette personne est couverte par **votre** assurance pendant la période nécessaire pour identifier **votre** dépouille, sous réserve d'un maximum de 3 jours ouvrables.

## Limitations, conditions et exclusions

### Limitations de la couverture

1 Le présent certificat d'assurance est établie sur la base des renseignements fournis dans **votre** proposition d'assurance ou en lien avec cette dernière (incluant les réponses au **questionnaire médical**, s'il y a lieu). Lorsque **vous** remplissez la proposition d'assurance et répondez aux questions médicales, **vos** réponses doivent être complètes et exactes. En cas de présentation d'une demande de règlement, **nous** examinerons **vos** antécédents médicaux. Si l'une de **vos** réponses est incomplète ou inexacte :

- **votre** assurance sera annulée,
- ce qui signifie que **votre** demande de règlement sera refusée.

2 **Vous** devez **nous** appeler avant de recevoir un **traitement urgent**, pour que **nous** puissions :

- confirmer **votre** protection,
- approuver préalablement un **traitement**.

S'il **vous** est impossible du point de vue médical d'appeler avant d'obtenir un **traitement urgent**, demandez à quelqu'un de le faire pour **vous** ou appelez-**nous** aussi tôt que possible. Si **vous** ne **nous** appelez pas avant d'obtenir un **traitement urgent**, **vous** devrez assumer 30 % des frais médicaux couverts aux termes de la présente assurance.

3 La présente assurance ne couvre pas les dépenses engagées dans **votre** province ou territoire de résidence.

4 **Nous** ne verserons aucune prestation si **vous** n'êtes pas couvert par le **régime d'assurance maladie provincial** de **votre** province ou territoire de résidence pour la durée totale du **voyage**. Il est de **votre** responsabilité de **vous** assurer que **vous** avez cette couverture. Si **votre** couverture au titre du **régime d'assurance maladie provincial** n'est pas en vigueur, la présente assurance est assujettie à une limite de couverture de 20 000 \$.

5 Si, après **votre date d'effet**, le gouvernement du Canada émet un avertissement officiel aux voyageurs indiquant « Évitez tout voyage non essentiel » ou « Évitez tout voyage » dans le pays, la région ou la ville de **votre** destination, **votre** couverture au titre de cette assurance sera limitée à une période de 10 jours suivant la diffusion de l'avertissement aux voyageurs. Si, pour des raisons indépendantes de **votre** volonté, **vous** ne pouvez pas retourner au Canada dans un délai de 10 jours, veuillez communiquer avec **nous** pour déterminer si l'assurance peut être prolongée.

### Conditions particulières

1 En payant la prime d'assurance, **vous** convenez que **nous** avons :

- a **votre** accord pour vérifier auprès des autorités compétentes **votre** numéro de carte d'assurance maladie et 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 tous les renseignements qu'ils détiennent sur **vous**, pendant que **vous** êtes en observation ou sous **traitements**, 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 la présente assurance intitulées « Couverture liée au **terrorisme** », « Conditions générales » et « Présentation d'une demande de règlement ».

## Situations non couvertes

Exclusions relatives aux **problèmes de santé préexistants** :

VacanSanté – Or	Exclusion 1
VacanSanté – Argent	Exclusion 2
VacanSanté – Bronze	Exclusion 3

### EXCLUSION 1 – VACANSANTÉ OR

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 90 jours précédant  **votre** départ en  **voyage** , ce  **problème de santé**  ou cette affection connexe n'était pas  **stable** .
- 2 **Votre** affection cardiaque (qu'un diagnostic ait été posé ou non) si, dans les 90 jours précédant  **votre** départ en  **voyage**  :
  - a une 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  **votre** départ en  **voyage**  :
  - a une affection pulmonaire n'était pas  **stable**  ;  
ou
  - b  **vous**  avez reçu un  **traitement**  avec oxygène à domicile (régulièrement ou au besoin) ou on  **vous**  a prescrit un tel  **traitement**  ou  **vous**  a soigné au moyen de stéroïdes par voie buccale (prednisone ou prednisolone) ou on  **vous**  en a prescrit pour une affection pulmonaire.

### EXCLUSION 2 – VACANSANTÉ 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  **votre** départ, ce  **problème de santé**  ou cette affection connexe n'était pas  **stable** ,
- 2 **Votre** affection cardiaque (qu'un diagnostic ait été posé ou non) si, dans les 180 jours précédant  **votre** départ en  **voyage**  :
  - a une 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 une affection pulmonaire n'était pas  **stable**  ;  
ou
  - b  **vous**  avez reçu un  **traitement**  avec oxygène à domicile (régulièrement ou au besoin) ou on  **vous**  a prescrit un tel  **traitement**  ou  **vous**  a soigné au moyen de stéroïdes par voie buccale (prednisone ou prednisolone) ou on  **vous**  en a prescrit pour une affection pulmonaire.

### EXCLUSION 3 – VACANSANTÉ BRONZE

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 365 jours précédant  **votre** départ, ce  **problème de santé**  ou cette affection connexe n'était pas  **stable** ,
- 2 **Votre** affection cardiaque (diagnostiquée ou non) si, dans les 365 jours précédant  **votre** départ en  **voyage**  :
  - a une 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 365 jours précédant **votre** départ en **voyage** :
  - a une affection pulmonaire n'était pas **stable** ; ou
  - b **vous** avez reçu un **traitement** avec oxygène à domicile (régulièrement ou au besoin) ou on **vous** a prescrit un tel **traitement** ou **vous** a soigné au moyen de stéroïdes par voie buccale (prednisone ou prednisolone) ou on **vous** en a prescrit pour une affection pulmonaire.

### Exclusions générales

En plus des exclusions décrites sous la rubrique « **Exclusions relatives aux problèmes de santé préexistants** », l'assurance ne couvre pas les pertes, sinistres ou frais, quels qu'ils soient, attribuables directement ou indirectement à ce qui suit :

- 1 La continuation du **traitement**, la réapparition ou les complications d'un **problème de santé** ou d'un problème qui y est relié pour lequel **vous** avez reçu un **traitement urgent** au cours de **votre voyage**, si **nos** conseillers médicaux estiment que **votre urgence** était terminée.
- 2 Le **traitement** d'une affection cardiaque ou pulmonaire par suite d'un **traitement urgent** que **vous** avez reçu pour une affection cardiaque ou pulmonaire pendant **votre voyage**, si **nos** conseillers médicaux déterminent que **vous** êtes capable de retourner à **votre** pays et que **vous** décidez de ne pas le faire.
- 3 Une fois que **votre traitement médical urgent** a débuté, **nous** devons évaluer et approuver préalablement tout **traitement** additionnel. Si **vous vous** soumettez à des tests médicaux à des fins d'investigation, recevez un **traitement** ou subissez une intervention chirurgicale sans avoir obtenu l'approbation préalable, **votre** demande de règlement ne sera pas payée. Cela comprend, notamment, les tests invasifs, les interventions chirurgicales,
- le cathétérisme cardiaque, les autres interventions cardiaques, la greffe et l'imagerie par résonance magnétique.
- 4 Des automutilations, **votre** suicide ou tentative de suicide.
- 5 Toute demande de règlement qui résulte de **votre** participation à un acte criminel ou à un acte illégal ou d'une tentative de commettre un tel acte ou qui est liée à un tel acte.
- 6 Tout **problème de santé** survenant au cours de **votre voyage**, découlant ou se rapportant de quelque façon que ce soit à l'abus d'alcool, de drogues et d'autres substances intoxicantes.
- 7 Tout **problème de santé**, y compris les symptômes de sevrage découlant de **votre** usage chronique d'alcool, de drogues ou d'autres substances intoxicantes, ou s'y rapportant de quelque façon que ce soit, avant ou pendant **votre voyage**.
- 8 Tout **problème de santé** résultant du fait que **vous** n'avez pas respecté le **traitement** prescrit, y compris la prise d'un médicament avec ou sans ordonnance.
- 9 **Nous** ne verserons aucune prestation relativement à un **traitement** non **urgent**, expérimental ou facultatif (p. ex. chirurgie esthétique, soins chroniques, réadaptation, incluant les frais découlant de complications directes ou indirectes).
- 10 **Votre** participation à des activités sportives en tant qu'athlète **professionnel**, y compris l'entraînement.
- 11 **Votre** pratique de l'escalade ou de **l'alpinisme**.
- 12 **Votre** participation à des courses ou à des épreuves de vitesse d'engins motorisés, y compris l'entraînement.
- 13 Un **voyage** entrepris dans le but de recevoir un diagnostic, un **traitement**, une intervention chirurgicale, une évaluation, des soins palliatifs, ou toute autre forme de thérapie, ainsi que de toute complication directe ou indirecte qui en résulte.

- 14 Un **problème de santé** pour lequel des examens ou des **traitements** futurs (sauf des examens de routine) sont prévus avant **votre date d'effet**.
- 15 Tout **problème de santé** ou symptôme pour lequel il est raisonnable de croire ou il est prévu que des **traitements** seront requis durant **votre voyage**.
- 16 a Toute demande de règlement résultant de soins prénatals et postnatals de routine ;  
ou  
b Toute demande de règlement résultant de la naissance de **votre** enfant durant le **voyage** ; ou  
c Toute demande de règlement résultant d'une grossesse, d'un accouchement ou des complications qui en résultent, survenant au cours des 9 semaines avant la date d'accouchement prévue ou dans les 9 semaines après cette date.
- 17 Des symptômes qui auraient amené une personne normalement prudente à obtenir un **traitement** ou à prendre des médicaments pendant les 90 jours précédant **votre date d'effet**.
- 18 Tout sinistre survenu après qu'un **médecin vous** a conseillé de ne pas voyager.
- 19 Les frais engagés si la cause de **votre urgence** est liée de quelque façon à un avertissement officiel aux voyageurs émis par le gouvernement canadien avant **votre date d'effet**, indiquant « Évitez tout voyage non essentiel » ou « Évitez tout voyage » dans le pays, la région ou la ville de **votre** destination.  
\*\*Pour voir les avertissements, consultez le site de voyage du gouvernement du Canada.
- Cette exclusion ne vise pas les demandes de règlement liées à une **urgence** ou à un **problème de santé** sans lien avec l'avertissement officiel aux voyageurs.
- 20 Si **nos** conseillers médicaux établissent que **vous** devriez être transféré à un autre établissement ou que **vous** devez revenir dans **votre** province ou territoire de résidence pour recevoir un **traitement**, et que **vous** choisissiez de ne pas le faire, aucune prestation ne sera versée pour ce **traitement** ou pour des **traitements** subséquents et la couverture prendra fin.
- 21 a S'applique à la prolongation facultative de l'assurance – Tout **problème de santé** qui s'est manifesté pour la première fois, a été diagnostiqué ou pour lequel des **traitements 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.  
b S'applique à l'**assurance complémentaire** – Tout **problème de santé** qui s'est manifesté pour la première fois, qui a été diagnostiqué ou qui a fait l'objet d'un **traitement urgent** avant la **date d'effet** de la présente assurance, si celle-ci a été souscrite en tant qu'**assurance complémentaire**.
- 22 Toute demande de règlement résultant :
- d'un acte de guerre, que celle-ci soit déclarée ou non ;
  - d'une rébellion ;
  - d'une exposition à la réaction ou au rayonnement nucléaire ;
  - de la **contamination** radioactive, biologique ou chimique.
- 23 Les dépenses découlant de vols spatiaux orbitaux, de vols spatiaux suborbitaux et de tourisme dans l'espace.



## 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 situations couvertes sous réserve des dispositions du certificat d'assurance, la présente assurance prévoit une garantie comme suit :

- 1 **Nous vous** rembourserons jusqu'à concurrence de la totalité des frais couverts que **vous** avez engagés.
- 2 Les prestations payables 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 d'assurance voyage et autres assurances (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.

## Souscription, prolongation ou modification de *vo*tre assurance

### Souscription de l'assurance

**Vous** êtes couvert par l'assurance et ce certificat d'assurance devient **vo**tre contrat d'assurance lorsque :

- **vo**tre nom figure sur la **proposition d'assurance/confirmation d'assurance** ;
- la prime requise a été versée au plus tard à la **date d'effet** de **vo**tre assurance.
- **vous** avez rempli le **questionnaire médical**, s'il est requis.

## Prolongation d'office de *vo*tre assurance

- 1 Si **vous** ne pouvez terminer **vo**tre voyage à la **date de retour** prévue à cause du retard d'un moyen de transport public que **vous** devez emprunter, **vo**tre 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 vo**tre retour ou à la **date d'expiration**, **vous** ou **vo**tre **compagnon de voyage** êtes hospitalisé, **vo**tre 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 **vo**tre **compagnon de voyage** êtes retardé au-delà de la **date de retour** en raison d'un **problème de santé** et, pour des raisons médicales, **vous** n'êtes pas en mesure de voyager sans toutefois être hospitalisé, **vo**tre assurance est prolongée d'office pour la durée du retard, jusqu'à un maximum de 5 jours après **vo**tre **date de retour**.
- 4 Quelle que soit la cause des prolongations d'office, l'assurance ne peut être prolongée au-delà d'une période de 365 jours suivant la dernière date de départ de **vo**tre **point de départ**.

## Prolongation de votre voyage

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

- 1 a Si **vous** n'avez pas eu de **problème de santé** visé par une garantie dont **vous** bénéficiez au titre de l'une de **nos** assurances, **vous** devez communiquer avec **nous** avant **votre date de retour** pour prolonger l'assurance.
- b Si **vous** avez eu un **problème de santé** visé par une garantie dont **vous** bénéficiez au titre de l'une de **nos** assurances, **vous** devez communiquer avec **nous** avant la **date de votre retour** pour demander la prolongation, laquelle est assujettie à **notre** approbation.
- 2 **Vous** devez payer la prime supplémentaire exigée avant la **date de retour** initialement prévue.
- 3 Si l'assurance que **vous** désirez prolonger n'est pas offerte pour une durée incluant le nombre total de jours de **votre voyage** et toute prolongation facultative de celui-ci, **vous** ne pouvez pas prolonger **votre** couverture. À la place, **vous** pouvez, au titre de la garantie, souscrire un nouveau certificat d'assurance :
  - a à laquelle **vous** devez être admissible, et
  - b qui est offerte pour la durée comprenant la période débutant à la **date d'effet** et prenant fin à **votre** nouvelle **date de retour**.
- 4 Toute prolongation de **votre** couverture est assujettie à **notre** approbation et **nous nous** réservons le droit de refuser la demande.

Les dispositions et exclusions du nouveau certificat d'assurance s'appliquent à **vous** pendant la période de prolongation.

## Souscription d'une assurance complémentaire à l'assurance voyage d'un autre assureur

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

- a **Vous** devez payer la prime correspondante avant la date de départ de **votre point de départ**.
- b Les dispositions et exclusions de **notre** certificat d'assurance établie à titre d'**assurance complémentaire** s'appliquent à **vous**.
- c **Vous** ne pouvez pas souscrire une assurance annuelle pour compléter une assurance voyage unique (si **vous** bénéficiez d'une assurance voyage offerte par **votre** carte de crédit, **vous** pouvez souscrire une assurance annuelle à titre d'**assurance complémentaire**).
- d Toute **assurance complémentaire** est assujettie à **notre** approbation et **nous nous** réservons le droit de refuser la demande.



## Prime d'assurance

### À propos de *vo*tre prime

- La prime requise est payable au moment de la souscription et elle est établie selon le barème des taux de prime en vigueur.
- Les taux de prime et les conditions de la couverture peuvent être modifiés sans préavis.
- La couverture sera nulle et sans effet si les frais portés à **vo**tre carte de crédit ne sont pas valides ou s'il n'y a aucune preuve de **vo**tre paiement.

### Remboursement de la prime

Si **vo**us n'êtes pas entièrement satisfait de cette assurance voyage, **vo**us pouvez la résilier dans les 10 jours suivant la souscription et obtenir un remboursement complet, pourvu que **vo**us n'ayez pas entamé **vo**tre voyage et qu'aucun événement qui **vo**us amènerait à présenter une demande de règlement ne soit survenu. Passé la période de 10 jours, aucun remboursement n'est effectué, sauf si :

- 1 **vo**tre voyage est annulé avant **vo**tre date de départ de **vo**tre point de départ ;
- 2 Si **vo**us retournez à **vo**tre point de départ avant la **date de retour**, les primes payées pour les jours inutilisés peuvent être remboursées si **vo**us :
  - fournissez la preuve de **vo**tre date de retour ; et

- n'avez pas présenté une demande de règlement en vertu de l'assurance.

### IMPORTANT

Aucune prime ne sera remboursée si une prestation a été versée, si une demande de règlement a été déposée, si un sinistre est déclaré, ou si **vo**us avez déjà entrepris **vo**tre voyage.

### Résiliation du contrat ou de la couverture par nous

- 1 Le présent certificat d'assurance est établie sur la base des renseignements fournis dans **vo**tre proposition d'assurance ou en lien avec cette dernière (incluant les réponses au **questionnaire médical**, s'il y a lieu). Lorsque **vo**us remplissez la proposition d'assurance et répondez aux questions médicales, **vo**s réponses doivent être complètes et exactes. En cas de présentation d'une demande de règlement, **no**us examinerons **vo**s antécédents médicaux. Si l'une de **vo**s réponses est inexacte ou incomplète,
  - **vo**tre assurance sera annulée,
  - ce qui signifie que **vo**tre demande de règlement sera refusée.
- 2 Le non-respect des conditions d'admissibilité énoncées à la rubrique « Admissibilité » invalide **vo**tre assurance, et **no**tre

responsabilité se limite alors au remboursement de la prime payée.

- 3 **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** certificat d'assurance.
- 4 Le présent contrat est nul si un **voyage** est entrepris dans le but de recevoir un diagnostic, un **traitement**, une intervention chirurgicale, une évaluation, des soins palliatifs, ou toute autre forme de thérapie, ainsi que toute complication directe ou indirecte qui en résulte.



## Présentation d'une demande de règlement

### Présentation d'une demande de règlement

- 1 Lorsque **vous nous** appelez au moment d'une **urgence, nous vous** fournissons tous les renseignements dont **vous** avez besoin pour remplir une demande de règlement. 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 de règlement dans les 90 jours suivant le retour à **votre point de départ**.
  - Si **vous** avez besoin d'un formulaire Demande de règlement et autorisation, veuillez communiquer avec **notre** Service des règlements aux numéros suivants : **1 800 387-2487 (sans frais des États-Unis et du Canada) ou 905 816-2561**.
  - Ou visitez **notre** site Web à l'adresse <http://www.rbcbanqueroyle.com/assurancevoyage/sinistres-assurance-voyage.html> pour obtenir un formulaire de demande de règlement à l'égard des assurances Frais médicaux d'**urgence** ou Annulation et interruption de **voyage**.

- **Notre** adresse :  
Compagnie d'assurance RBC du Canada –  
Service des règlements  
a/s d'Allianz Global Assistance  
C.P. 277, Waterloo (Ontario) N2J 4A4

### Renseignements exigés pour chaque type de demande de règlement

Si **vous** présentez une demande de règlement au titre de l'assurance Frais médicaux d'**urgence** :

**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 du paiement effectué par **votre régime d'assurance maladie provincial** et du paiement de tout autre assureur ou régime d'assurance ;
- la procuration et les formulaires de la Régie de l'assurance maladie du Québec, correctement remplis et signés, si **vous** êtes domicilié au Québec ;

- le diagnostic complet du ou des **médecins** et/ ou **hôpitaux** ayant prodigué le **traitement**, y compris, s'il y a lieu, le certificat écrit du **médecin** qui **vous a traité** pendant **vos** voyage, attestant que les frais ont été engagés pour des soins nécessaires du point de vue médical.

En outre, dans le cas de frais dentaires par suite d'un coup accidentel, **nous** avons besoin d'une preuve de l'accident.

**Le fait de ne pas remplir en entier le formulaire Demande de règlement et autorisation retardera le processus d'évaluation de votre demande de règlement.**

### **Ce à quoi vous devez vous attendre lorsque vous présentez une demande de règlement**

- 1 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** perdrez tout droit à indemnisation pour **vos** demande de règlement.
- 2 **Nous** paierons les sommes couvertes par l'assurance à **vous** ou aux fournisseurs des services, sauf en cas de décès. Les sommes payables en cas de décès seront versées à **vos** succession, sauf indication contraire dans la **proposition d'assurance/ confirmation d'assurance**.
- 3 Les paiements, remboursements et montants stipulés dans le présent contrat sont exprimés en dollars canadiens, sauf indication contraire. **Nous** appliquerons le taux de change en vigueur à la date à laquelle le dernier service **vous** aura été fourni si une conversion de devises s'applique. Aucun intérêt n'est payable au titre de la présente assurance.
- 4 **Vous** devez **nous** rembourser toute somme que **nous** aurons payée ou autorisée pour **vos** compte, si **nous** établissons que cette somme n'est pas payable au titre de **vos** certificat d'assurance.

- 5 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 **nous** frais, par un ou plusieurs **médecins** choisis par **nous**.

### **Option de porter en appel la décision rendue (paiement partiel ou refus de paiement)**

Si **nous** n'avons pas répondu à **vos** satisfaction aux préoccupations que **vous** avez soulevées et que **vous** avez reçu une lettre indiquant **notre** décision ou proposition définitive, **vous** pouvez contacter le bureau du Service Satisfaction à la clientèle de RBC Assurances pour obtenir de l'aide. Ce bureau peut procéder, de façon impartiale, à un examen équitable et objectif des positions des deux parties et préparer un rapport final contenant ses conclusions et recommandations.

#### **Vous devrez :**

- produire une déclaration écrite énonçant **vos** préoccupations non réglées et **vos** attentes concernant la résolution du différend ;
- produire une copie de la lettre d'offre ou de décision définitive de la division de RBC Assurances ;
- présenter, à l'appui de **vos** position, des renseignements ou des documents nouveaux que **vous** n'avez pas encore soumis.

#### **Veillez communiquer avec :**

**Services d'assurance RBC Inc.**  
Service Satisfaction à la clientèle  
C. P. 213, succursale A  
Mississauga (Ontario) L5A 4N9

**Contactez-nous en ligne**  
[https://www.rbcinsurance.com/cgi-bin/fr/contact\\_us.cgi?form=feedback](https://www.rbcinsurance.com/cgi-bin/fr/contact_us.cgi?form=feedback)

**Téléphone : 1 888 728-6666**

**Télécopieur : 1 888 844-3331**

## Conditions générales

- 1 Dans le présent document, toute référence à l'âge s'entend de **votre** âge à la date de la **proposition d'assurance/confirmation d'assurance**.
- 2 **Nous** et **nos** 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.
- 3 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 aux présentes, le présent contrat est assujéti aux dispositions des lois fédérales et provinciales qui régissent les contrats d'assurance.
- 4 Toute procédure ou tout recours judiciaire contre un assureur pour le recouvrement des sommes assurées exigibles au titre du contrat est absolument exclu, à moins qu'il ne soit entamé dans les délais prescrits par la loi intitulée *Insurance Act* (pour les procédures ou recours régis par les lois de l'Alberta et de la Colombie-Britannique), la *Loi sur les assurances* (pour les procédures ou recours régis par les lois du Manitoba), la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (pour les procédures ou recours régis par les lois de l'Ontario), ou toute autre loi applicable dans **votre** province de résidence. Pour les procédures ou recours régis par les lois du Québec, le délai de prescription est indiqué dans le Code civil du Québec.
- 5 **Vous** pouvez entamer des poursuites judiciaires uniquement dans la province ou le territoire d'établissement du certificat d'assurance. **Vous** ou **vos** héritiers acceptez de renvoyer l'affaire devant le tribunal de la province ou du territoire d'établissement du certificat d'assurance.

## Accès à des soins

**Nous vous** aiderons à obtenir des soins dans la mesure du possible ; toutefois, **nous** ne sommes pas responsables de la qualité des soins que **vous** recevez.

## Fausse déclaration

- 1 Le présent certificat d'assurance est établie sur la base des renseignements fournis dans **votre** proposition d'assurance ou en lien avec cette dernière (incluant les réponses au **questionnaire médical**, s'il y a lieu). Lorsque **vous** remplissez la proposition d'assurance et répondez aux questions médicales, **vos** réponses doivent être complètes et exactes. En cas de présentation d'une demande de règlement, **nous** examinerons **vos** antécédents médicaux. Si l'une de **vos** réponses est incomplète ou inexacte :
  - **votre** assurance sera annulée,
  - ce qui signifie que **votre** demande de règlement sera refusée.
- 2 **Vous** devez toujours faire preuve d'exactitude et de rigueur dans **vos** échanges avec **nous**.
- 3 **Nous** refuserons **votre** demande de règlement si **vous**, toute personne assurée au titre du présent certificat d'assurance ou toute personne agissant en **votre** nom tentez de **nous** tromper ou de faire une déclaration ou une demande de règlement frauduleuse, fausse ou exagérée.

## Coordination des prestations

Si **vous** bénéficiez de garanties semblables à celles de la présente assurance, la somme de toutes les indemnités qui **vous** sont versées par tous les assureurs ne saurait dépasser les frais effectivement engagés.

**Nous** coordonnerons le paiement des prestations avec tous les assureurs auprès desquels **vous** bénéficiez de garanties, jusqu'à concurrence du plus élevé des montants stipulés par chaque assureur.

### 1 En ce qui concerne l'assurance 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 **votre** ancien employeur **vous** offre une assurance maladie complémentaire 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 le régime d'assurance maladie collective de **votre** employeur actuel qui comporte 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 \$.

- 2 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.
- 3 **Nos** assurances n'interviennent qu'en dernière ligne après que toutes les autres sources de recouvrement, d'indemnisation et d'assurance sont épuisées.



## **Droit au remboursement (subrogation) et recouvrement auprès d'un tiers**

Comme condition au paiement des prestations au titre du présent certificat d'assurance, **vous** acceptez, advenant le cas où **vous** avez une demande de règlement ou un droit d'action à l'encontre d'une personne, d'une entreprise ou d'une organisation relativement à des pertes ou à des frais que **nous vous** avons remboursés, de **nous** céder ou de **nous** transférer la réclamation ou le droit d'action, si **nous vous** le demandons. **Vous** acceptez de ne porter atteinte d'aucune manière à **nos** droits relatifs au recouvrement des sommes que **nous vous** avons versées et de collaborer entièrement avec **nous**, et **vous nous** autorisez à intenter, à **nos** frais, une poursuite en **votre** nom contre le tiers.

Si **vous** présentez une réclamation ou intentez une action en justice concernant des pertes ou des dépenses pour lesquelles **nous vous** avons indemnisé au titre du présent certificat d'assurance, **vous** acceptez :

- 1 de **nous** informer immédiatement de la réclamation et de **nous** fournir les coordonnées de l'avocat ou du cabinet qui **vous** représente ;
- 2 d'informer l'avocat ou le cabinet qui **vous** représente de **notre** droit d'être remboursés au titre du présent certificat d'assurance et de lui demander d'inclure dans **votre** action en justice tous les montants que **nous vous** avons versés au titre du présent certificat d'assurance ;
- 3 de **nous** tenir au courant du déroulement de **votre** poursuite en justice et de **nous** fournir, sans frais, les rapports que **nous** pourrions raisonnablement exiger, ainsi que des précisions relatives à la négociation en vue d'un règlement ;

- 4 **nous** rembourser les frais médicaux, hospitaliers et connexes d'**urgence** que **nous vous** avons payés au titre du certificat d'assurance à partir des sommes que **vous** recevrez d'un tiers responsable (en totalité ou en partie) pour **votre** blessure ou maladie, que ces sommes **vous** soient versées aux termes d'un jugement ou d'un règlement extrajudiciaire.



## Définitions

Les termes ci-dessous ont le sens que **nous** leur attribuons dans cette section, lorsqu'ils sont en **caractères gras** et en **italique** dans le présent document.

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

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

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

- afin de prolonger **votre** couverture après l'expiration de l'assurance annuelle Voyages multiples ; ou
- avant la date à laquelle **vous** quittez **votre point de départ**, pour compléter l'assurance d'un autre programme ou d'un autre certificat d'assurance pour une partie de **votre voyage** ou de sa valeur.

**Compagnon de voyage** – la personne qui voyage avec **vous**, sous réserve d'un maximum de trois personnes.

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

**Contamination** – un empoisonnement de personnes au moyen de substances nucléaires, chimiques ou biologiques causant la maladie ou la mort.

**Date d'effet** – la **date d'effet** est indiquée dans **votre proposition d'assurance/confirmation d'assurance** :

**Vacansanté Frais médicaux** :

- la date à laquelle il est prévu que **vous** quittez **votre point de départ**. Cette date ne peut pas être postérieure de plus de 120 jours à la date de **votre proposition d'assurance/confirmation d'assurance**.

**Assurance complémentaire** :

- 0 h 1 (minuit une minute) le jour suivant la **date d'expiration** de **votre** couverture antérieure ; ou
- si **vous** souscrivez une **assurance complémentaire** pour la première partie de la durée prévue de **votre voyage**, la **date d'effet** est définie ci-dessus, selon l'**assurance complémentaire** que **vous** souscrivez.

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

**Date de retour** ou **date de votre retour** –

- a la date à laquelle il est prévu que **vous** retourniez à **votre point de départ**. Cette date figure dans **votre proposition d'assurance/confirmation d'assurance**.
- b Si **vous** souscrivez une **assurance complémentaire** pour le début de la durée prévue de **votre voyage**, **votre date de retour** est fixée à 23 h 59 le jour qui précède la **date d'effet** de **votre** couverture ultérieure.

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

**Enfants** – **vos** enfants naturels ou adoptifs ou les enfants de **votre conjoint**, non mariés et à **votre** charge :

- a de moins de 21 ans ; ou
- b de moins de 26 ans s'ils étudient à temps plein ; ou
- c de tous âges, s'ils ont un handicap physique ou mental.

**État médical** (ou **problème de santé**) – Trouble de santé, maladie ou blessure (y compris les symptômes d'affections non diagnostiquées).

**Hôpital** (ou **hôpitaux**) – établissement agréé doté de personnel offrant des soins et des **traitements** aux patients internes et externes. Les **traitements** doivent être supervisés par des **médecins**, et du personnel infirmier autorisé doit être présent 24 heures sur 24. Des services chirurgicaux et de

diagnostic doivent pouvoir être effectués sur place ou dans des installations contrôlées par l'établissement. Un **hôpital** n'est pas un établissement utilisé principalement en tant que clinique, centre de soins palliatifs ou de longue durée, centre de réadaptation ou de désintoxication, maison de convalescence, de repos ou de santé, ou foyer pour personnes âgées ou station thermale.

**Médecin** – une personne autre que **vous**-même, un membre de **votre proche famille** ou **votre compagnon de voyage**, diplômée en médecine, autorisée à prescrire et à administrer un **traitement** médical dans le territoire de compétence où les services sont fournis.

**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** dont **vous** souffriez avant **votre voyage** ou une maladie chronique.

**Nous, notre** et **nos** – font référence à la Compagnie d'assurance RBC du Canada et aux services fournis par Allianz Global Assistance.

**Point de départ** – le lieu que **vous** quittez le premier jour de la durée prévue de **votre voyage**, tel qu'il est indiqué sur l'itinéraire du **voyage** que **nous** assurons.

**Problème de santé préexistant** – tout **problème de santé** présent avant la **date d'effet**.

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

**Professionnel** – qualifie la pratique d'une activité précise qui constitue **votre** principale activité rémunérée.

**Proposition d'assurance/confirmation d'assurance** – document fourni par **nous** 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.

**Vous** devez remplir le **questionnaire médical** si **vous** souscrivez :

- a le forfait VacanSanté – Or, Argent ou Bronze ;  
ou
- b l'assurance VacanSanté Frais médicaux – Or si **votre voyage** dépasse 183 jours.

**Régime d'assurance maladie provincial** – l'assurance maladie que le gouvernement d'une province ou d'un territoire canadien offre aux personnes domiciliées dans cette province ou dans ce territoire.

**Réseau** – les **hôpitaux**, **médecins** et autres prestataires de soins médicaux autorisés par **nous** au moment de l'**urgence**.

**Stable** – un **état médical** est considéré comme **stable** lorsque tous les énoncés suivants sont vrais :

- aucun nouveau **traitement** n'a été prescrit ou recommandé, ou le **traitement** en cours n'a pas été modifié ni interrompu ;
- aucun changement n'a été apporté à un médicament prescrit (augmentation ou diminution du dosage, ou arrêt de la prise du médicament), ou aucun nouveau **médicament sur ordonnance** n'a été recommandée ou n'a commencé à être pris ;
- l'**état médical** ne s'est pas aggravé ;

- aucun nouveau symptôme n'est apparu, ou il n'y a eu aucune aggravation ou augmentation de la fréquence des symptômes existants ;
- il n'y a eu aucune hospitalisation ou recommandation de consulter un spécialiste ;
- il n'y a eu aucun examen, test médical ou **traitement** ni aucune évaluation recommandés, mais non encore effectués, ou pour lesquels les résultats sont attendus ; et
- il n'y a aucun **traitement** planifié ou en attente.

Toutes les conditions ci-dessus doivent être remplies pour qu'un **état médical** soit considéré comme **stable**.

**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.

**Traitement, traiter, traité** – acte médical prescrit, posé ou recommandé par un **médecin** en lien avec un **état médical**. Sans se limiter à ce qui suit, voici quelques exemples : prescription de médicaments, tests médicaux à des fins d'investigation, intervention chirurgicale.

**Urgence, urgent** – désigne ou qualifie un **problème de santé** soudain et imprévu nécessitant un **traitement** immédiat. Une **urgence** cesse lorsqu'il est établi par Allianz Global Assistance qu'aucun **traitement** n'est requis à destination ou que **vous** êtes en mesure de rentrer dans **votre** province ou territoire de résidence pour recevoir des **traitements**.

**Usuels et raisonnables** – qualifient les frais engagés pour des biens et des services, qui sont comparables aux frais facturés par d'autres fournisseurs pour des biens et des services semblables dans une même région.

**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 être loué auprès d'une **agence de location commerciale**.

**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** – la période comprise entre la date de départ de **votre point de départ** et la **date de votre retour** inclusivement.

Compagnie d'assurance RBC du Canada  
6880 Financial Drive  
Mississauga (Ontario)  
L5N 7Y5



Banque Royale