

CERTIFICAT D'ASSURANCE

Assurance Protection-Voyage^{MC}

pour les voyageurs de 60 ans et plus



Banque Royale

84911 (12/2019)

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.

Une police d'assurance collective (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 par des personnes admissibles à l'extérieur de leur province ou territoire de résidence au Canada ;
 - les frais d'interruption de **voyage** après le départ ;
 - les frais se rattachant aux bagages et effets personnels dans tous les territoires et provinces au Canada, à l'exception du Québec ;
 - les frais se rattachant aux accidents de vol et de voyage.
- Aviva, Compagnie d'Assurance Générale pour couvrir ce qui suit :
 - les frais se rattachant aux bagages et effets personnels au Québec.

Le présent certificat d'assurance résume les dispositions de la police. Lorsque **vous** souscrivez l'assurance, le présent certificat, accompagné de la **proposition d'assurance/confirmation d'assurance**, constitue **votre** 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 **votre** intérêt supérieur) ce que **votre** 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 **votre** certificat avant de partir. Les termes en **caractères gras** et en **italique** sont définis dans **votre** certificat.

- 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 Assistance aux Assurés Inc. avant d'obtenir un **traitement** sans quoi **votre** 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, **votre** assurance sera annulée.

IL EST DE VOTRE RESPONSABILITÉ DE COMPRENDRE VOTRE COUVERTURE. SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS, CONTACTEZ-NOUS AU 1 800 222-9978, consultez notre site Web à l'adresse <http://www.rbcbanqueroiyale.com/assurancevoyage/index.html> ou écrivez-nous à C.P. 97, succursale A, Mississauga (Ontario) L5A 2Y9

CE QUE LES ORGANISMES DE RÉGLEMENTATION PROVINCIAUX VEULENT QUE VOUS SACHIEZ

Le présent 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 Assistance aux Assurés Inc. – De l'aide jour et nuit où que **vous** soyez. Assistance aux Assurés Inc. est la compagnie d'assistance voyage exploitée au nom de RBC Assurances. Elle offre **notre** service d'assistance d'**urgence** de premier ordre.

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

Veillez composer le 1 800 222-9978 (sans frais des États-Unis ou du Canada) ou le 905 816-2562 (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).

Obtenez l'appli CHEMIN. Téléchargez sans frais l'appli CHEMIN de RBC Assurances pour avoir rapidement accès à une assistance médicale d'**urgence** partout dans le monde.

Obtenez l'appli dans les boutiques Apple Store ou Google Play.

SERVICES D'ASSISTANCE OFFERTS

Assistance aux Assurés Inc. fournit des services d'assistance en cas d'**urgence** 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.

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.

Avances de fonds et billets d'avion d'urgence

Si **vous** perdez **vo**tre carte de crédit RBC Banque Royale ou êtes victime d'un vol pendant un **vo**yage n'importe où dans le monde, **vous** pouvez **no**us appeler et on fera le nécessaire pour **vous** procurer jusqu'à concurrence de 5 000 \$ CA en fonds d'urgence et billets d'avion. Les fonds d'urgence seront portés au compte de **vo**tre carte de crédit RBC Banque Royale au même titre qu'une avance de fonds et les billets d'avion seront facturés comme un achat.

Aide juridique et caution

Si **vous** devez avoir recours à des conseils juridiques en **vo**yage, **vous** pouvez **no**us appeler pour obtenir le nom des avocats, ambassades et consulats susceptibles de **vous** aider. **No**us pouvons aussi prendre les dispositions nécessaires pour que des fonds soient transférés directement dans **vo**tre compte RBC Banque Royale si **vous** devez payer une caution ou une avance sur honoraires à un conseiller juridique. Le choix final du fournisseur de services juridiques **vous** appartiendra.

PRÉSENTATION D'UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

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 **vo**tre dossier de règlement actuel, veuillez communiquer avec **no**tre Service des règlements :

Notre site Web à l'adresse

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

905 816-2573 ou 1 800 464-3211

Adresse :

C.P. 97

Succursale A, Mississauga (Ontario) L5A 2Y9



ADMISSIBILITÉ

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

- être client d'une société de RBC ou le **co**njoint ou l'**e**nfant d'un client ;
- être assuré au titre de **vo**tre régime d'assurance maladie provincial pendant toute la durée de **vo**tre voyage ;
- être un résident canadien ;
- souscrire l'assurance avant la **date d'effet** ;
- avoir 60 ans ou plus à la date de souscription de l'assurance ; et
- avoir rempli correctement le **questionnaire médical**, sauf si **vous** souscrivez une assurance Voyage unique - catégorie C et que **vous** :
 - avez moins de 75 ans ; et
 - entreprenez un voyage de 15 jours au maximum.

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

- a la **date d'effet**, si **vous** avez souscrit une assurance Voyage unique.
- b la **date de début de la couverture**, si **vous** avez souscrit une assurance annuelle Voyages multiples.

La **date d'effet** d'une assurance Voyage unique, ou la **date de début de la couverture** d'une assurance annuelle Voyages multiples, ne peut être postérieure de plus de 120 jours à la date de **vo**tre proposition d'assurance/confirmation d'assurance.

FIN DE VOTRE ASSURANCE

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

- a le jour de **vo**tre retour dans **vo**tre province, territoire ou pays de résidence, sauf dans les circonstances suivantes* ;
- b dans le cas d'une assurance annuelle Voyages multiples : à minuit le 9^e jour, le 15^e jour, le 30^e jour ou le 60^e jour (selon l'option que **vous** avez souscrite) de **vo**tre voyage à l'extérieur du Canada ;
- c la **date de vo**tre retour, à minuit ;
- d la **date d'expiration**, à minuit ;
- e 183 jours après la date de départ de **vo**tre point de départ dans le cas de l'assurance Voyage unique ; ou

- f la veille du premier anniversaire de la **date du début de la couverture** si **vous** avez souscrit une assurance annuelle Voyages multiples.

* **Vo**tre assurance ne prend pas fin si **vous** retournez temporairement dans **vo**tre province, territoire ou pays de résidence avant la **date de retour** prévue et **vous** reprenez par la suite **vo**tre voyage, à condition :

- que **vous** n'ayez présenté aucune demande de règlement au titre de l'assurance ;
- que **vous** n'ayez eu aucun **problème de santé** lors de **vo**tre retour temporaire dans **vo**tre province, territoire ou pays de résidence ; et
- **vous** soyez apte à poursuivre **vo**tre 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 **vo**tre 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

Votre assurance comprend les garanties suivantes marquées d'un crochet ✓					Options	
Quel type d'assurance avez-vous souscrit ?	Frais médicaux d'urgence	Interruption de voyage/ après le départ	Accidents de vol et de voyage	Bagages et effets personnels	Option d'assurance Voyage unique	Option d'assurance annuelle Voyages multiples
Formule rehaussée	✓	✓	✓	✓	offerte	offerte
Formule de base	✓				offerte	offerte

a Assurance Voyage unique

L'assurance Voyage unique est offerte selon la formule rehaussée ou la formule de base, aux personnes admissibles, pour un **vo**yage unique ou comme **assurance complémentaire** et la couverture est limitée aux **vo**yages d'une durée maximale de 183 jours.

b Assurance annuelle Voyages multiples

L'option d'assurance annuelle Voyages multiples est offerte selon la formule rehaussée ou la formule de base, aux personnes admissibles, et la couverture est limitée aux **vo**yages de 9, 15, 30 ou 60 jours consécutifs, selon l'assurance que **vous** avez souscrite.

Lorsque vous voyagez hors du Canada

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

- 9 jours consécutifs hors du Canada si **vous** avez souscrit l'option 9 jours ; ou
- 15 jours consécutifs hors du Canada si **vous** avez souscrit l'option 15 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 60 jours (offerte uniquement aux personnes de moins de 80 ans).

De plus, si **vous** êtes couvert par l'assurance annuelle Voyages multiples, la date de **vo**tre départ du Canada et la **date de vo**tre retour au Canada sont comprises dans le nombre de jours consécutifs. Si **vo**tre voyage dure plus de 9 jours consécutifs si **vous** avez souscrit l'option 9 jours, 15 jours consécutifs si **vous** avez souscrit l'option 15 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** » du présent certificat d'assurance. Si **vous** ne souscrivez pas une **assurance complémentaire** pour un voyage de plus de 9 jours, 15 jours, 30 jours ou 60 jours, selon l'option sélectionnée, **vous** ne bénéficierez d'aucune protection dans le cas d'un sinistre survenant après la durée de l'assurance du voyage en question.

Lorsque vous voyagez au Canada

L'assurance se limite aux personnes admissibles et prévoit une protection pour un nombre illimité de **vo**yages au Canada, hors de **vo**tre province ou territoire de résidence.

SITUATIONS NON COUVERTES

Il est très important de lire les modalités de **votre** 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.



SOMMAIRE DES GARANTIES D'ASSURANCE

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

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

² La garantie couvre les soins 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

- 1 800 222-9978 (sans frais des États-Unis ou du Canada)
- 905 816-2562 (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 urgent** 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 d'un **traitement** pour soins dentaires afin de réparer ou de 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'un autre **traitement** pour soins 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'Assistance aux Assurés Inc. pour bénéficier de cette garantie.

Appelez-nous au :

- 1 800 222-9978 (sans frais des États-Unis ou du Canada)
- 905 816-2562 (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
 - la **date de votre 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'Assistance aux Assurés Inc. et les dispositions doivent être prises par elle.

Appelez-nous au :

- 1 800 222-9978 (sans frais des États-Unis ou du Canada)
- 905 816-2562 (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 **vos** province ou territoire de résidence en raison de **vos** **état médical** pour y recevoir des soins médicaux d'**urgence**, ou si **nos** conseillers médicaux estiment que **vous** êtes en mesure de rentrer dans **vos** province ou territoire de résidence après avoir reçu d'**urgence** un **traitement** et recommandant **vos** 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 **vos** 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 **vos** 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'Assistance aux Assurés Inc.

Appelez-nous au :

- 1 800 222-9978 (sans frais des États-Unis ou du Canada)
- 905 816-2562 (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 **vos** 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 d'un **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 **vos** 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.

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 **vos** lieu de destination prévu après que **vous** êtes revenu à **vos** province ou territoire de résidence pour y recevoir immédiatement des soins médicaux, à condition que **vos** **médecin** traitant estime que **vous** n'avez plus besoin de soins médicaux pour **vos** **état médical**. Le **voyage** de retour à **vos** 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 **votre voyage**.
- Une fois de retour à **votre** lieu de destination, toute récidive de **votre 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** de l'assurance est la date à laquelle **vous** quittez **votre** province ou territoire de résidence pour retourner à **votre** 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 **votre** province ou territoire de résidence, jusqu'à concurrence de 500 \$.

Retour des bagages excédentaires

- Si **vous** êtes ramené à **votre** province ou territoire de résidence en ambulance aérienne (avec **notre** 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 **votre véhicule** au point d'origine par suite d'une **urgence** médicale survenant pendant **votre voyage**, l'assurance couvre les frais **usuels et raisonnables** engagés pour faire ramener le **véhicule** à **votre** 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 sur 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 établi sur la base des renseignements fournis dans **votre** proposition 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 \$.

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 **traitement**, y compris **vos** antécédents médicaux, les diagnostics et 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** :

Si vous êtes couvert par l'assurance suivante :	Veuillez noter que l'exclusion suivante relative aux problèmes de santé préexistants s'applique à votre assurance.
Catégorie A*	Aucune exclusion relative aux problèmes de santé préexistants ne s'applique.
Catégorie B*	Exclusion 1
Catégorie C*	Exclusion 2
Catégorie D*	Exclusion 2
Catégorie E*	Exclusion 3

*La catégorie de **vo**tre assurance est déterminée par **vo**tre **questionnaire médical** correctement rempli, s'il y a lieu.

EXCLUSION 1 – Catégorie B

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

- 1 **Vo**tre **problème de santé** ou une affection connexe (qu'un diagnostic ait été posé ou non), si dans les 90 jours précédant **vo**tre départ en **vo**yage, ce **problème de santé** ou cette affection connexe n'était pas **stable**.
- 2 **Vo**tre affection cardiaque (qu'un diagnostic ait été posé ou non), si dans les 90 jours précédant **vo**tre départ en **vo**yage :
 - 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 **Vo**tre affection pulmonaire (qu'un diagnostic ait été posé ou non), si dans les 90 jours précédant **vo**tre départ en **vo**yage :
 - 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 on **vous** a traité au moyen de stéroïdes par voie buccale (prednisone ou prednisolone) ou on **vous** en a prescrit pour une affection pulmonaire.

EXCLUSION 2 – Catégorie C ou D

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

- 1 **Vo**tre **problème de santé** ou une affection connexe (qu'un diagnostic ait été posé ou non), si dans les 180 jours précédant **vo**tre départ en **vo**yage, ce **problème de santé** ou cette affection connexe n'était pas **stable**.
- 2 **Vo**tre affection cardiaque (qu'un diagnostic ait été posé ou non), si dans les 180 jours précédant **vo**tre départ en **vo**yage :
 - 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 **Vo**tre 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 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 on **vous** a traité au moyen de stéroïdes par voie buccale (prednisone ou prednisolone) ou on **vous** en a prescrit pour une affection pulmonaire.

EXCLUSION 3 – Catégorie E

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

- 1 **Vo**tre **problème de santé** ou affection connexe (que le diagnostic ait été posé ou non) si, à un moment donné au cours des 180 jours précédant la date de **vo**tre départ en **vo**yage :
 - a **vous** avez pris des médicaments, des médicaments **vous** ont été prescrits ou **vous** avez été **traité** pour cet **état médical** ou cette affection connexe ; ou

- b **vous** avez constaté une aggravation ou avez consulté pour cet **état médical** ou cette affection connexe.
- 2 **Vo**tre affection cardiaque (que le diagnostic ait été posé ou non) si, à un moment donné au cours des 180 jours précédant la date de **vo**tre départ en **vo**yage :
 - a **vous** avez pris des médicaments, des médicaments **vous** ont été prescrits ou **vous** avez fait l'objet d'un traitement pour une affection cardiaque ; ou
 - b **vous** avez constaté une aggravation d'une affection cardiaque ou avez consulté pour une affection cardiaque.
 - 3 **Vo**tre affection pulmonaire (que le diagnostic ait été posé ou non) si, à un moment donné au cours des 180 jours précédant la date de **vo**tre départ en **vo**yage :
 - a **vous** avez pris des médicaments, des médicaments **vous** ont été prescrits ou **vous** avez fait l'objet d'un traitement pour une affection pulmonaire ; ou
 - b **vous** avez constaté une aggravation d'une affection pulmonaire ou avez consulté pour une affection pulmonaire.

EXCLUSIONS GÉNÉRALES

En plus des exclusions décrites ci-dessus à la section « 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 **vo**tre **vo**yage, si **nos** conseillers médicaux estiment que **vo**tre **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 **vo**tre **vo**yage, si **nos** conseillers médicaux déterminent que **vous** êtes capable de retourner à **vo**tre pays et que **vous** décidez de ne pas le faire.
- 3 Une fois que **vo**tre **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, **vo**tre 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, **vo**tre suicide ou tentative de suicide.
- 5 Toute demande de règlement qui résulte de **vo**tre 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 **vo**tre **vo**yage, 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 **vo**tre usage chronique d'alcool, de drogues ou d'autres substances intoxicantes, ou s'y rapportant de quelque façon que ce soit, avant ou pendant **vo**tre **vo**yage.
- 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 **Vo**tre participation à des activités sportives en tant qu'athlète **professionnel**, y compris l'entraînement.
- 11 **Vo**tre pratique de l'escalade ou de l'**alpinisme**.
- 12 **Vo**tre participation à des courses ou à des épreuves de vitesse d'engins motorisés, y compris l'entraînement.
- 13 Un **vo**yage 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 la **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 **vo**tre **vo**yage.

- 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 **vo**tre enfant durant le **vo**yage ; 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 **tra**itement ou à prendre des médicaments pendant les 90 jours précédant la **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 **vo**tre **urg**ence est liée de quelque façon à un avertissement officiel aux voyageurs émis par le gouvernement canadien indiquant « Évitez tout voyage non essentiel » ou « Évitez tout voyage » dans le pays, la région ou la ville de **vo**tre destination, avant la **date d'effet**.
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 **vo**tre province ou territoire de résidence pour recevoir un **tra**itement, et que **vous** choisissez de ne pas le faire, aucune prestation ne sera versée pour ce **tra**itement ou pour des **tra**itements subséquents et la couverture prendra fin.
- 21 a S'applique à la prolongation facultative du certificat d'assurance – Tout **problème de santé** qui s'est manifesté pour la première fois, a été diagnostiqué ou pour lequel des soins d'**urg**ence 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 **tra**itement **urg**ent 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 nucléaires ;
 - 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.

ASSURANCE INTERRUPTION DE VOYAGE

L'assurance interruption de **vo**yage s'applique si **vous** avez souscrit la formule rehaussée.

Description de la couverture :

Cette assurance **vous** couvre pour les pertes subies si une situation couverte **vous** empêche de voyager comme prévu.

Interruption de voyage – Après le départ :

- (jusqu'à concurrence de 1 500 \$ par personne et 3,000 \$ par famille)
- lorsqu'une situation couverte, qui se produit durant **vo**tre voyage, entraîne le retour anticipé à **vo**tre point de départ ou retarde **vo**tre retour à **vo**tre point de départ après **vo**tre date de retour prévue.

SITUATIONS COUVERTES

Problème de santé urgent ou décès :

Pour les situations couvertes nos 1 à 3, « **vous** ou **vo**tre » s'applique à **vous** ou à **vo**tre compagnon de voyage.

- 1 **Vo**tre **problème de santé urgent** ou décès.
- 2 Le **problème de santé urgent** ou décès d'un membre de **vo**tre **proche famille**.
- 3 Le décès ou l'admission à l'**h**ôpital de **vo**tre hôte à destination, en raison d'un **problème de santé urgent**.

FRAIS REMBOURSABLES

Interruption de voyage – Après le départ (jusqu'à 1 500 \$ par personne et 3 000 \$ par famille)

Partie non utilisée des frais de voyage prépayés :

Si **vo**tre voyage est interrompu après **vo**tre départ par suite d'une situation couverte, les indemnités sont les suivantes :

- La partie non utilisée de **vos** frais de voyage prépayés, à l'exclusion des billets d'avion/de transport partiellement utilisés pour revenir à **vo**tre point de départ.

Transport :

Votre transport en classe économique par l'itinéraire le plus économique jusqu'à **vo**tre point de départ ou pour rejoindre un circuit ou un groupe.

IMPORTANT

Vol pour se rendre au chevet d'une personne ou assister à des funérailles : Si **vous** devez interrompre **vo**tre voyage pour assister à des funérailles, ou pour **vous** rendre au chevet d'un membre de **vo**tre **proche famille** qui est hospitalisé, **vous** pouvez acheter un billet à destination de l'endroit où le décès ou l'hospitalisation a eu lieu. Le coût du billet **vous** sera remboursé, jusqu'à concurrence du montant maximum qu'aurait coûté un billet aller simple en classe économique par l'itinéraire le plus économique pour **vous** rendre à **vo**tre point de départ. (applicable à la situation couverte n° 2)

- **Vous devez recevoir au préalable l'autorisation d'Assistance aux Assurés Inc. pour vous prévaloir de cette option.**
- Cette option ne peut être exercée qu'une seule fois au cours de la **durée de l'assurance**.
- Si **vous** exercez cette option, elle remplacera l'indemnité pour frais de transport.
- L'indemnité pour débours ne s'applique pas si **vous** choisissez cette option.
- L'indemnité est versée sous réserve d'un plafond de 1 500 \$ par personne et 3 000 \$ par famille.

Indemnité pour débours

Vos frais d'hébergement commercial et de repas, **vos** frais d'appels téléphoniques, d'utilisation d'Internet et de taxi (ou **vos** frais de location d'un véhicule, au lieu de **vos** frais de taxi), si ces frais sont indispensables, jusqu'à concurrence de :

- 100 \$ par personne et par jour, sous réserve d'un maximum de 1 000 \$ par personne et de 3 000 \$ par famille.

LIMITATIONS, CONDITIONS ET EXCLUSIONS

Conditions particulières

- 1 Pour avoir droit aux indemnités pour frais de transport et débours, **vous** devez entreprendre **vo**tre voyage à la plus rapprochée des dates suivantes :
 - a la date à laquelle **vous** êtes en mesure de voyager du point de vue médical ; et
 - b dans un délai de 10 jours suivant **vo**tre date de retour prévue si **vo**tre retard n'est pas dû à une hospitalisation ; ou
 - c dans un délai de 30 jours suivant **vo**tre date de retour prévue si **vo**tre retard est dû à une hospitalisation, lorsque les indemnités sont payables en raison d'un **problème de santé** couvert au titre d'une des situations couvertes.

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

Si vous êtes couvert par l'assurance suivante :	Veillez noter que l'exclusion suivante relative aux problèmes de santé préexistants s'applique à vo tre assurance.
Catégorie A*	Aucune exclusion relative aux problèmes de santé préexistants ne s'applique.
Catégorie B*	Exclusion 1
Catégorie C*	Exclusion 2
Catégorie D*	Exclusion 2
Catégorie E*	Exclusion 3

*La catégorie de **vo**tre assurance est déterminée par **vo**tre **questionnaire médical** correctement rempli, s'il y a lieu.

EXCLUSION 1 – Catégorie B

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 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 on **vous** a traité au moyen de stéroïdes par voie buccale (prednisonne ou prednisolone) ou on **vous** en a prescrit pour une affection pulmonaire.

EXCLUSION 2 – Catégorie C ou D

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 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 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 on **vous** a traité au moyen de stéroïdes par voie buccale (prednisonne ou prednisolone) ou on **vous** en a prescrit pour une affection pulmonaire.

EXCLUSION 3 – Catégorie E

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

- 1 **Votre problème de santé** ou affection connexe (que le diagnostic ait été posé ou non) si, à un moment donné au cours des 180 jours précédant la date de **votre** départ en **voyage** :
 - a **vous** avez pris des médicaments, des médicaments **vous** ont été prescrits ou **vous** avez été **traité** pour cet **état médical** ou cette affection connexe ; ou
 - b **vous** avez constaté une aggravation ou avez consulté pour cet **état médical** ou cette affection connexe.
- 2 **Votre** affection cardiaque (que le diagnostic ait été posé ou non) si, à un moment donné au cours des 180 jours précédant la date de **votre** départ en **voyage** :
 - a **vous** avez pris des médicaments, des médicaments **vous** ont été prescrits ou **vous** avez fait l'objet d'un traitement pour une affection cardiaque ; ou
 - b **vous** avez constaté une aggravation d'une affection cardiaque ou avez consulté pour une affection cardiaque.
- 3 **Votre** affection pulmonaire (que le diagnostic ait été posé ou non) si, à un moment donné au cours des 180 jours précédant la date de **votre** départ en **voyage** :
 - a **vous** avez pris des médicaments, des médicaments **vous** ont été prescrits ou **vous** avez fait l'objet d'un traitement pour une affection pulmonaire ; ou
 - b **vous** avez constaté une aggravation d'une affection pulmonaire ou avez consulté pour une affection pulmonaire.

EXCLUSIONS GÉNÉRALES

En plus des exclusions décrites ci-dessus à la section « 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 :

- a Tout événement, tout sinistre, toute circonstance ou tout **problème de santé** connu ou prévisible, dont **vous** étiez au courant à **votre date d'effet**, ou avant cette date, et dont **vous** saviez qu'il pouvait entraîner l'annulation, l'interruption ou le retard de **votre voyage**.
- b Un **voyage** entrepris dans le but de rendre visite à une personne malade ou de la soigner, lorsque le **problème de santé** ou le décès de cette personne est la cause de la demande de règlement.
- c Des frais de **voyage** prépayés si la prime requise n'a pas été payée.
- d Des automutilations, **votre** suicide ou tentative de suicide.
- e Toute demande de règlement qui résulte de **votre** participation à un acte criminel ou à un acte illégal ou d'une tentative de commettre de tels actes ou qui est liée à de tels actes.
- f 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**.
- g 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.
- h Tout **problème de santé** résultant du fait que **vous** n'avez pas respecté le **traitement** qui **vous** est prescrit, y compris la prise d'un médicament avec ou sans ordonnance.
- i Toute demande de règlement résultant de soins prénatals et postnatals de routine ; ou Toute demande de règlement résultant de la naissance de **votre** enfant durant le **voyage** ; ou 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 les 9 semaines après cette date.
- j 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.
- k **Votre** pratique de l'escalade ou de l'**alpinisme**.
- l **Votre** participation à des courses ou à des épreuves de vitesse d'engins motorisés, y compris l'entraînement.
- m Le changement de date d'un examen médical ou d'une intervention chirurgicale initialement prévue avant la **durée de l'assurance**.
- n **Votre état médical** si **vous** avez fourni une réponse inexacte dans le **questionnaire médical**, le cas échéant ; dans quel cas, **vous** pouvez annuler l'assurance et rembourser la prime à **notre** gré.
- o 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 nucléaires ;
 - de la **contamination** radioactive, biologique ou chimique.
- p Les dépenses découlant de vols spatiaux orbitaux, de vols spatiaux suborbitaux et de tourisme dans l'espace.

PERTE, RETARD ET DÉTÉRIORATION DES BAGAGES

(Assureur au Québec : Aviva, Compagnie d'Assurance Générale)

L'assurance Bagages et effets personnels s'applique si **vous** avez souscrit l'une des formules rehaussées.

Description de la couverture :

Cette assurance couvre la perte physique ou la détérioration directe des bagages et effets personnels qui **vous** appartiennent et que **vous** utilisez pendant **votre voyage**. Elle couvre aussi les retards de bagages si **vos** bagages sont retardés pendant au moins 12 heures en cours de route. Cette indemnité est payable seulement si le retard se produit avant **votre** retour à domicile.

IMPORTANT

Si **vous** êtes couvert par une autre assurance Bagages et effets personnels établie par **vous**, l'indemnité totale versée au titre de toutes les assurances se limite à 2 000 \$ par personne ou par famille.

SITUATIONS COUVERTES :

Perte ou détérioration des bagages et effets personnels :

- Remboursement de **vos** pertes, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ (2 000 \$ par famille et par **voyage**), sous réserve d'un maximum de 500 \$ par article ou ensemble d'articles (articles qui sont achetés en vue d'être utilisés comme un tout).

Remplacement des documents de voyage :

- Remboursement, jusqu'à concurrence de 300 \$ au total, des frais engagés pour le remplacement de l'un ou de plusieurs des documents suivants : passeport, permis de conduire, certificat de naissance ou visa de **voyage** en cas de perte ou de vol de l'un de ces documents.

Retard des bagages et effets personnels :

- Remboursement des frais d'achat, jusqu'à concurrence de 400 \$ au total, d'articles de toilette et de vêtements de première nécessité, si **vos** bagages enregistrés sont retardés d'au moins 12 heures en cours de route par le transporteur et avant le retour à **votre point de départ**.

LIMITATIONS, CONDITIONS ET EXCLUSIONS

CONDITIONS PARTICULIÈRES

- En cas de vol, de vandalisme, de disparition ou de perte ou de dommages d'un article couvert par l'assurance, **vous** devez :
 - a pendant la **durée de l'assurance**, faire une déclaration et obtenir la preuve documentaire à l'appui auprès de la police ou, si **vous** ne pouvez communiquer avec la police, auprès du directeur de l'hôtel, du guide touristique ou du transporteur ;
 - b prendre rapidement toutes mesures raisonnables pour protéger ou récupérer les biens ; et
 - c **nous** aviser dès **votre** retour à **votre point de départ**.
Le non-respect de cette condition entraîne la déchéance de tout droit à la garantie de l'assurance.
- Si les biens assurés sont enregistrés auprès d'un transporteur public et que leur remise est retardée, l'assurance se poursuit jusqu'à la remise des biens par le transporteur.
- a **Notre** garantie se limite à la valeur réelle des biens au jour du sinistre (le prix d'achat moins la dépréciation).
 - b **Nous nous** réservons le droit de réparer ou de remplacer tous les biens endommagés ou perdus par d'autres articles de nature, qualité et valeur similaires, et de demander que les biens **nous** soient remis pour l'estimation des dommages.
- En cas de sinistre portant sur des articles qui composent un ensemble, l'indemnité tient compte, dans une mesure juste et raisonnable, de la valeur relative des articles perdus ou endommagés par rapport à l'ensemble, sans pour autant atteindre la pleine valeur de ce dernier.
- Si **vous** êtes couvert par une autre assurance Bagages et effets personnels établie par **nous**, l'indemnité totale versée au titre de toutes les assurances se limite à 2 000 \$ par personne ou par famille.
- L'assurance est assujettie aux dispositions des sections intitulées « Couverture liée au **terrorisme** », « Conditions générales » et « Présentation d'une demande de règlement » du présent document.

SITUATIONS NON COUVERTES

L'assurance ne couvre pas :

- Les animaux, les denrées périssables, les bicyclettes sauf en tant que bagages enregistrés auprès d'un transporteur public, les meubles et articles ménagers, les membres artificiels, les prothèses dentaires et auditives, les lunettes, les lunettes de soleil, les verres de contact, l'argent, les billets et les tickets, les valeurs mobilières, les documents, les articles servant à des fins **professionnelles**, les antiquités et les articles de collection, ainsi que le bris d'articles fragiles ou cassants, les dommages à ces articles et les biens acquis, détenus, emmagasinés ou transportés illégalement.
- Les pertes ou détériorations :
 - a imputables à l'usure normale, à la détérioration graduelle, aux défauts ou aux pannes mécaniques ;
 - b imputables à une imprudence ou à une omission de **votre** part ;
 - c d'articles expressément assurés en valeur agréée par un autre assureur au moment où la présente assurance est en vigueur ;
 - d occasionnées par le vol d'objets se trouvant dans un véhicule laissé sans surveillance, à moins que le véhicule en question (y compris le coffre du véhicule) n'ait été verrouillé et qu'on ait pu constater des signes manifestes de vol par effraction.
- 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.

- 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 nucléaires ;
 - de la **contamination** radioactive, biologique ou chimique.
- Les dépenses découlant de vols spatiaux orbitaux, de vols spatiaux suborbitaux et de tourisme dans l'espace.

ASSURANCE ACCIDENTS DE VOL ET DE VOYAGE

L'assurance Accidents de vol et de voyage s'applique si **vous** avez souscrit l'une des formules rehaussées.

DESCRIPTION DE LA COUVERTURE

L'assurance couvre les **accidents corporels** dont **vous** êtes victime, qui entraînent la **mutilation**, la **perte de la vision**, le décès ou la perte totale et irrémédiable de l'ouïe ou de la parole dans les 365 jours suivant l'accident pendant **votre voyage**.

IMPORTANT

Les conditions suivantes s'appliquent à l'assurance Accidents de vol :

- **Votre voyage** doit se faire à bord d'un **avion de transport de passagers**, entre le **point de départ** et la destination ou le retour au **point de départ** si **vous** avez acheté un billet aller-retour avant de quitter le **point de départ**.
- Au moment de l'**accident corporel**, **vous** devez voyager avec un titre de transport **vous** ayant été délivré pour la totalité du **voyage** aérien à bord d'un **avion de transport de passagers** pour lequel **vous** avez souscrit l'assurance. Tout billet qui **vous** est délivré à bord d'un tel avion après qu'il a quitté le **point de départ** mais avant d'arriver à la première escale prévue sera réputé avoir été délivré avant que **vous** ne quittiez le **point de départ**.

L'**accident corporel** doit survenir pendant que :

- **vous** êtes passager lors du **voyage** indiqué dans la **proposition d'assurance/confirmation d'assurance** ou d'un **voyage** de remplacement si le billet a été échangé ;
- **vous** êtes passager à bord d'un moyen de transport terrestre ou maritime aux frais de la compagnie aérienne en remplacement d'un **avion de transport de passagers** pour lequel **vous** êtes couvert par l'assurance ;
- **vous** êtes passager dans une limousine ou un autobus fourni par la compagnie aérienne ou les autorités aéroportuaires ;
- **vous** **vous** trouvez dans un aéroport en prévision du départ ou de l'arrivée du vol couvert par l'assurance ;
- **vous** êtes passager dans un hélicoptère offrant un service régulier de navette entre aéroports pour assurer la correspondance avec un vol couvert par l'assurance ; ou
- **vous** êtes exposé aux éléments en raison de l'atterrissage forcé ou de la disparition de l'**avion de transport de passagers** dans lequel **vous** **vous** trouviez.

SITUATIONS COUVERTES

Capital assuré :	
Accidents de vol et de voyage	50 000 \$

Nous payons la plus élevée des indemnités suivantes pour l'ensemble des pertes résultant d'un accident :

- 100 % du capital assuré en cas de décès, de double **mutilation** ou de **perte de la vision** des deux yeux ; ou
- 100 % du capital assuré en cas de perte totale et irrémédiable de l'ouïe ou de la parole ; ou
- 50 % du capital assuré en cas de **mutilation** simple ou de **perte de la vision** d'un œil.

LIMITATIONS, CONDITIONS ET EXCLUSIONS

CONDITIONS PARTICULIÈRES

Les conditions 1 à 3 s'appliquent à l'assurance Accidents de voyage
Les conditions 2 à 5 s'appliquent à l'assurance Accidents de vol

- 1 Si, un (1) an après l'accident couvert par la présente assurance, **vo**tre corps n'est toujours pas retrouvé, **vous** serez réputé décédé des suites des blessures subies lors de cet accident.
- 2 L'assurance est assujettie aux dispositions des sections du présent certificat d'assurance intitulées « Couverture liée au **terrorisme** », « Conditions générales » et « Présentation de la demande de règlement ».
- 3 Les frais engagés pour 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.
- 4 Si, un (1) an après l'atterrissage forcé ou la disparition de l'**avion de transport de passagers** dans lequel **vous** vous trouviez, **vo**tre corps n'est toujours pas retrouvé, **vous** serez réputé décédé des suites de l'**accident corporel** survenu lors de l'atterrissage forcé ou de l'accident ou, dans le cas de la disparition de l'**avion de transport de passagers**, **vous** serez réputé décédé des suites d'un accident d'avion au moment et au lieu où l'**avion de transport de passagers** a été vu ou entendu pour la dernière fois.
- 5 L'assurance débute à la **date d'effet**. Elle se termine soit à la fin du **voyage** aérien, soit à l'expiration du billet d'**avion de transport de passagers** ou à sa remise contre un remboursement ou un crédit.

SITUATIONS NON COUVERTES

Les exclusions 1 à 13 s'appliquent à l'assurance Accidents de vol
Les exclusions 1 à 16 s'appliquent à l'assurance Accidents de voyage

L'assurance ne couvre pas les pertes, sinistres ou frais attribuables directement ou indirectement à ces causes :

- 1 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 nucléaires ;
 - de la **contamination** radioactive, biologique ou chimique.
- 2 Des automutilations, **vo**tre suicide ou tentative de suicide.
- 3 Toute demande de règlement résultant de **vo**tre participation ou de la participation de **vo**tre bénéficiaire à un acte criminel ou à un acte illégal ou d'une tentative de commettre de tels actes ou qui est liée à de tels actes.
- 4 La participation à des manœuvres ou exercices d'entraînement militaires.
- 5 Une maladie, même si la cause de son apparition ou de sa réapparition est un accident.
- 6 Le pilotage, l'apprentissage du pilotage ou du vol comme membre d'équipage d'un aéronef.
- 7 La **contamination** attribuable à un **acte de terrorisme**.
- 8 Le **terrorisme**.
- 9 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.
- 10 **Accident corporel**, y compris les symptômes de sevrage, attribuable à **vo**tre usage chronique d'alcool, de drogues ou d'autres substances intoxicantes, ou s'y rapportant de quelque façon que ce soit, avant ou pendant **vo**tre voyage.
- 11 **Accident corporel** attribuable à la consommation abusive d'alcool, de drogues ou d'autres substances intoxicantes, ou s'y rapportant de quelque façon que ce soit, durant **vo**tre voyage.
- 12 **Accident corporel** résultant du fait que **vous** n'avez pas respecté le **traitement** qui **vous** est prescrit, y compris la prise d'un médicament avec ou sans ordonnance

- 13 Les dépenses découlant de vols spatiaux orbitaux, de vols spatiaux suborbitaux et de tourisme dans l'espace.
- 14 La participation à des activités sportives en qualité d'athlète **professionnel**, y compris l'entraînement.
- 15 La pratique du deltaplane, de l'escalade ou de l'**alpinisme**, du parachutisme, de la chute libre ou du saut à l'élastique (bungee).
- 16 La participation à des courses ou à des épreuves de vitesse d'engins motorisés, y compris l'entraînement.

COUVERTURE LIÉE AU TERRORISME

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

- 1 La couverture liée au **terrorisme** ne s'applique pas à l'assurance Accidents de vol et de voyage.
- 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 VOTRE ASSURANCE

SOUSCRIPTION DE L'ASSURANCE

- 1 Adhésion par l'entremise de **vo**tre succursale RBC Banque Royale : **Vous** êtes couvert par l'assurance et le présent certificat constitue **vo**tre contrat d'assurance lorsque :
 - **vo**tre nom figure dans la **proposition d'assurance/confirmation d'assurance** dûment remplie ;
 - **vous** payez la prime requise au plus tard à la **date d'effet** de **vo**tre assurance ; et
 - **vous** remplissez le **questionnaire médical**, s'il y a lieu, pour déterminer la catégorie d'assurance (A, B, C, D ou E) que **vous** êtes en droit de souscrire.
- 2 Adhésion en ligne à <http://www.rbcbanqueroyale.com/assurancevoyage> : **Vous** êtes couvert par l'assurance et le présent certificat constitue **vo**tre contrat d'assurance lorsque :
 - **vous** remplissez une proposition en ligne ;
 - **vous** payez la prime exigée au plus tard à la **date d'effet** ; et
 - **vous** répondez à chacune des questions du **questionnaire médical**, s'il y a lieu, pour déterminer la catégorie d'assurance (A, B, C, D ou E) que **vous** êtes en droit de souscrire.

PROLONGATION D'OFFICE DE VOTRE 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 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**.

SI VOUS DÉCIDEZ DE PROLONGER VOTRE VOYAGE

IMPORTANT

Si **vo**tre demande de prolongation est reçue après la **date d'effet**, des frais administratifs de 15 \$ s'appliqueront.

Si **vous** décidez de prolonger **vo**tre voyage, toute prolongation de **vo**tre couverture est subordonnée 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 prolonger l'assurance, laquelle prolongation est assujettie à **notre** approbation. **Vous** devez payer la prime supplémentaire exigée avant la **date de retour** initialement prévue.
- 2 Si **vous êtes** couvert par une assurance annuelle Voyages multiples, aucune prolongation n'est possible. À la place, **vous** pouvez souscrire une **assurance complémentaire**.
- 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 souscrire, au titre de la garantie, 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**.

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** comptez entreprendre ou entreprenez un **voyage** de plus de 9 jours consécutifs pour lequel **vous** avez souscrit l'option 9 jours, 15 jours consécutifs et avez souscrit l'option 15 jours, 30 jours consécutifs et avez souscrit l'option 30 jours, 60 jours consécutifs et avez souscrit l'option 60 jours, **vous** devez souscrire une **assurance complémentaire** comme suit : Si **vous** ne souscrivez pas une **assurance complémentaire** pour un **voyage** de plus de 9 jours, 15 jours, 30 jours ou 60 jours, selon les options correspondantes, **vous** ne bénéficierez d'aucune protection durant le **voyage** en question dans le cas d'un sinistre survenant après la **durée de l'assurance**.

Si **vous** êtes couvert par une assurance annuelle Voyages multiples et que **vous** désirez souscrire une **assurance complémentaire**, **vous** pouvez souscrire auprès de **nous** une assurance Voyage unique à laquelle **vous** êtes admissible pour le nombre de jours excédant la période couverte par **votre** assurance annuelle Voyages multiples, sous réserve d'un maximum de 183 jours au total.

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 établi 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 **Vous** devez souscrire :
 - la formule rehaussée Voyage unique à titre d'**assurance complémentaire** si **vous** êtes couvert par la formule rehaussée de l'assurance annuelle Voyages multiples ; ou
 - la formule de base Voyage unique à titre d'**assurance complémentaire** si **vous** êtes couvert par la formule de base de l'assurance annuelle Voyages multiples.



PRIME D'ASSURANCE

À PROPOS DE VOTRE 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 **votre** carte de crédit ne sont pas valides ou s'il n'y a aucune preuve de **votre** paiement.

REMBOURSEMENT DE LA PRIME

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 intégral, 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, aucun remboursement n'est effectué, sauf si :

- 1 **Votre voyage** est annulé avant **votre** date de départ de **votre point de départ** ;
- 2 Dans le cas d'une assurance annuelle Voyages multiples : la prime que **vous** avez payée peut seulement être remboursée avant la **date du début de la couverture**.
- 3 Dans le cas d'une assurance Voyage unique :

Si **vous** revenez à **votre point de départ** avant la **date de votre retour**, la prime que **vous** avez payée pour les journées non utilisées (moins des frais administratifs de 15 \$) peut être remboursée si **vous** :

 - fournissez la preuve de la **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 **vous** avez déjà entrepris **votre voyage**.

RÉSILIATION DU CONTRAT OU DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE PAR NOUS

- 1 Le présent certificat d'assurance est établi sur la base des renseignements indiqués dans **votre** proposition ou qui se rapportent à **votre** proposition (y compris 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 inexacte ou incomplète,
 - **votre** assurance sera annulée,
 - ce qui signifie que **votre** demande de règlement sera refusée.
- 2 Le non-respect des conditions d'admissibilité énoncées à la rubrique « Admissibilité » invalide **votre** assurance, et **notre** 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

- 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 : **1 800 222-9978 (sans frais des États-Unis et du Canada) ou 905 816-2562 (à frais virés de partout ailleurs)**.

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

Notre adresse :

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

RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS 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 la Demande de règlement et autorisation dûment remplie et, s'il y a lieu :

- **notre questionnaire médical** (le cas échéant) ;
- l'original des factures et des reçus ;
- les preuves de paiement par **votre régime d'assurance maladie provincial** et autres assureurs ou régimes d'assurance maladie ;
- 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 **votre 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, **nous** avons besoin d'une preuve de l'accident.

Le fait de ne pas remplir en entier le formulaire Demande de règlement et autorisation peut retarder le traitement de votre demande de règlement.

Si **vous** faites une demande de règlement au titre de l'assurance Interruption de **voyage** :

Vous devez **nous** fournir la Demande de règlement et autorisation dûment remplie et, s'il y a lieu :

- le certificat médical annexé, dûment rempli par le **médecin** légalement autorisé ayant dispensé les soins dans la localité où est survenu le **problème de santé**, et énonçant la raison pour laquelle le **voyage** n'était pas recommandé, le diagnostic et toutes les dates du **traitement** ;
- une attestation écrite de la situation couverte qui a causé l'interruption ou le retard ;
- les conditions du voyageur ;
- les originaux complets et inutilisés des titres de transport, des coupons, ainsi que des billets d'excursion ou d'activité spéciale prévue au cours d'une escale ;
- tous les reçus des réservations terrestres prépayées et/ou des débours ;
- les originaux des reçus des nouveaux billets ;
- les factures détaillées et/ou les reçus du ou des prestataires de services.

Si **vous** faites une demande de règlement au titre de l'assurance Bagages et effets personnels ou retard des bagages :

Vous devez **nous** fournir la Demande de règlement et autorisation dûment remplie et, s'il y a lieu :

- l'attestation de perte ou de dommages (copie des rapports établis par les autorités), les preuves de propriété et les reçus des articles sur lesquels porte la demande de règlement, en cas de perte ou de dommage.
- la preuve du retard et les reçus d'achat des articles de toilette et des vêtements de première nécessité, en cas de retard.

Si **vous** faites une demande de règlement au titre de l'assurance Accidents de vol et de voyage :

Vous devez **nous** fournir la Demande de règlement et autorisation dûment remplie et, s'il y a lieu :

- les rapports de police, les dossiers médicaux, le certificat de décès, le rapport d'autopsie ou du coroner.

Le fait de ne pas remplir en entier le formulaire Demande de règlement et autorisation peut retarder le traitement 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** soumettez au titre de la présente assurance. À défaut de quoi, **nous** ne donnerons pas suite à **votre** 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** ayants droit, sauf indication contraire dans la **proposition d'assurance/confirmation d'assurance**.
- 3 Tous les montants qui figurent 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 **votre** compte, si **nous** établissons que cette somme n'est pas payable au titre de **votre** certificat d'assurance.
- 5 **Nous nous** réservons le droit de **vous** faire subir un examen médical à **nos** frais, par un ou plusieurs **médecins** choisis par **nous**, dans le cadre du traitement de toute demande de règlement au titre de la présente assurance.

OPTION DE PORTER EN APPEL LA DÉCISION RENDUE (PAIEMENT PARTIEL OU REFUS DE PAIEMENT)

Si **nous** n'avons pas répondu à **votre** 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 de préparer un rapport final contenant ses conclusions et recommandations.

Vous devez :

- 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 **votre** position, des renseignements ou des documents nouveaux que **vous** n'avez pas encore soumis.

Veuillez 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
- **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, vos** héritiers ou **vos** ayants droit acceptez de renvoyer la poursuite judiciaire 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 établi sur la base des renseignements indiqués dans **votre** proposition ou qui se rapportent à **votre** proposition (y compris 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 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 dans tout certificat d'assurance.
- 3 **Nos** assurances n'interviennent qu'en dernière ligne après que toutes les autres sources de recouvrement, d'indemnisation et d'assurance sont épuisées.
- 4 Cette condition ne s'applique pas aux indemnités payables au titre de l'assurance Accidents de vol et de voyage.

DROIT AU REMBOURSEMENT (SUBROGATION) ET RECOUVREMENT AUPRÈS D'UN TIERS

Comme condition au paiement des prestations au titre du présent certificat, **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 intétez 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 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 ; et
- 4 de **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 mis en **gras** et en **italique** dans le présent document.

Accident corporel – blessure corporelle attribuable à un accident d'origine externe qui survient pendant la **durée de l'assurance** et qui est la cause directe et indépendante du sinistre.

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** :

- a afin de prolonger **vo**tre couverture après l'expiration de l'assurance annuelle Voyages multiples ; ou
- b avant la date à laquelle **vous** quittez **vo**tre point de départ, par l'entremise du Centre d'adhésion, pour compléter l'assurance d'un autre programme ou d'un autre certificat d'assurance pour une partie du **vo**yage ou de sa valeur.
- c l'assurance annuelle Voyages multiples que **vous** souscrivez auprès de **nous** pour compléter l'assurance voyage offerte par **vo**tre carte de crédit qui couvre la première partie de **vo**tre **vo**yage ou de sa valeur.

Avion de transport de passagers – un avion multimoteur immatriculé, piloté par un pilote détenteur d'une licence et utilisé par un transporteur aérien régulier pour effectuer des vols réguliers entre des aéroports agréés ; le transporteur doit détenir un permis valide de transport aérien régulier ou notifié délivré par la Commission canadienne des transports aériens ou sa contrepartie étrangère.

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.

Couverture familiale – couverture dont **vous** et **vos enfants** bénéficiez au titre de l'option familiale, si la prime exigible a été payée.

Date d'effet –

- a pour toutes les assurances, à l'exception de l'assurance Accidents de vol et de l'**assurance complémentaire** : la date à laquelle il est prévu que **vous** quittez **vo**tre point de départ. Dans le cas de l'assurance Voyage unique, la **date d'effet** est indiquée dans **vo**tre **proposition d'assurance/confirmation d'assurance**. Cette date ne peut pas être postérieure de plus de 120 jours à la date de **vo**tre **proposition d'assurance/confirmation d'assurance**.
- b dans le cas de l'assurance Accidents de vol : la date et l'heure indiquées sur **vo**tre titre de transport.
- c dans le cas de l'**assurance complémentaire** : 0 h 01 (minuit une minute) le jour suivant la **date d'expiration** de **vo**tre assurance antérieure.

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

Date de retour ou **date de vo**tre retour –

- a pour toutes les assurances à l'exception de l'assurance Accidents de vol : la date à laquelle il est prévu que **vous** rentriez à **vo**tre point de départ. Cette date est indiquée dans **vo**tre **proposition d'assurance/confirmation d'assurance**, au titre de toutes les assurances, à l'exception de l'assurance annuelle Voyages multiples.
- b dans le cas de l'assurance Accidents de vol : la **date et l'heure de retour** indiquées sur **vo**tre billet d'**av**ion de transport de passagers.
- c Si **vous** avez souscrit une **assurance complémentaire, vo**tre **date de retour** est fixée à 23 h 59 le dernier jour de la prolongation de **vo**tre assurance. (Nota : si **vous** souscrivez une assurance annuelle Voyages multiples, à titre de **assurance complémentaire** à l'assurance voyage offerte par **vo**tre carte de crédit, la durée de **vo**tre **assurance complémentaire** ne peut pas excéder celle de l'option choisie (9, 15, 30 ou 60 jours).

Date du début de la couverture – dans le cas d'une assurance annuelle Voyages multiples, la plus éloignée des dates suivantes :

- la date de **vo**tre **proposition d'assurance/confirmation d'assurance** ; ou
- la date que **vous** indiquez comme étant la date de départ de **vo**tre premier **vo**yage au titre de la présente assurance, telle qu'elle est indiquée dans **vo**tre **proposition d'assurance/confirmation d'assurance**.

Cette date ne peut pas être postérieure de plus de 120 jours à la date de **vo**tre **proposition d'assurance/confirmation d'assurance**.

- la **date de début** de l'assurance de chaque **vo**yage suivant est la date à laquelle **vous** quittez **vo**tre province ou territoire de résidence, et dépend de l'option que **vous** avez souscrite, soit : 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, 60 jours consécutifs si **vous** avez souscrit l'option 60 jours (quand **vous** voyagez à l'extérieur du Canada).

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

Enfant ou enfants – **vos** enfants naturels ou adoptifs ou les enfants de **vo**tre **conjoint**, non mariés et à **vo**tre charge :

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

État médical (ou **problème de santé**) – un accident corporel ou une maladie (Y compris les symptômes des affections non diagnostiquées).

Hôpital (ou **hospitaux**) – 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 **hospita**l 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 **vo**tre **proche famille** ou **vo**tre **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 **vo**tre **vo**yage ou une maladie chronique.

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

Nous, notre et **nos** – font référence à la Compagnie d'assurance RBC du Canada et à Assistance aux Assurés Inc.

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

Point de départ – le lieu que **vous** quittez le premier jour de la durée prévue de **vo**tre **vo**yage, 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 **vo**tre principale activité rémunérée.

Proposition d'assurance/confirmation d'assurance – document fourni par **nous** ou par l'entremise de **vo**tre succursale RBC Banque Royale, ou document 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. **Votre état médical** au moment où **vous** remplissez le **questionnaire médical** détermine la couverture à laquelle **vous** avez droit et la prime que **vous** devez payer.

Régime d'assurance maladie provincial – 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 recommandé 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 – Un **problème de santé** soudain et imprévu nécessitant un **traitement** immédiat. Une **urgence** cesse lorsque l'examen d'Assistance aux Assurés Inc. des pièces justificatives indique qu'un **traitement** à destination n'est plus nécessaire ou que **vous** êtes en mesure de rentrer dans **votre** province ou territoire de résidence pour recevoir ce **traitement**.

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**.

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**, et aux **enfants**, lorsque la **couverture familiale** s'applique et est en vigueur.

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

COLLECTE ET UTILISATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

COLLECTE DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nous (Compagnie d'assurance RBC du Canada) pouvons, de temps à autre, recueillir des renseignements financiers ou d'autres renseignements sur vous, notamment :

- des renseignements permettant d'établir votre identité (par exemple, nom, adresse postale, numéro de téléphone, date de naissance, etc.) et vos antécédents personnels ;
- des renseignements que vous nous communiquez au cours du processus de proposition et de règlement pour n'importe lequel de nos produits ou services d'assurance ; et
- des renseignements nécessaires à la fourniture de produits ou à la prestation de services d'assurance.

Nous recueillons ces renseignements en nous adressant directement à vous ou par l'entremise de nos représentants. Nous pouvons recueillir et vérifier ces renseignements tout au long de notre relation. Nous devons aussi parfois nous adresser ailleurs, par exemple à des hôpitaux, médecins ou autres prestataires de soins de santé, au gouvernement (notamment aux régimes d'assurance maladie gouvernementaux) et aux organismes gouvernementaux, à d'autres assureurs, aux prestataires de services de voyage, aux organismes d'application de la loi, à des détectives privés, à votre famille et à vos amis, et à toute personne que vous donnez en référence.

UTILISATION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Ces renseignements peuvent être utilisés aux fins suivantes :

- vérifier votre identité et examiner vos antécédents personnels ;
- établir et renouveler les produits et services d'assurance que vous pourriez demander ;
- évaluer le risque d'assurance, gérer et coordonner les demandes de règlement, modifier les frais médicaux et négocier le remboursement des frais ;
- mieux comprendre votre situation sur le plan de l'assurance ;
- déterminer votre admissibilité aux produits et services d'assurance que nous offrons ;
- nous aider à mieux comprendre les besoins actuels et futurs de nos clients ;
- vous communiquer tout avantage, toute caractéristique et toute information au sujet des produits et services que vous détenez chez nous ;
- nous aider à mieux gérer nos affaires et notre relation avec vous ; et
- comme la loi l'exige ou le permet.

À ces fins, nous pouvons rendre ces renseignements accessibles à nos employés, mandataires, prestataires de services, ou tierces parties qui sont tenus d'en assurer la confidentialité.

Si l'un de nos fournisseurs de services est situé à l'extérieur du Canada, ce fournisseur est lié par les lois en vigueur dans le territoire dans lequel il est situé, et les renseignements ne peuvent être divulgués qu'en vertu de ces lois. Les tierces parties peuvent être d'autres compagnies d'assurance, d'autres institutions financières, des organismes de la santé, le gouvernement (notamment les régimes d'assurance maladie gouvernementaux) et les organismes gouvernementaux.

À votre demande, nous pouvons transmettre ces renseignements à d'autres personnes.

Nous pouvons aussi utiliser ces renseignements et les communiquer aux sociétés de RBC® (i) pour gérer nos risques et nos activités et ceux d'autres sociétés de RBC, (ii) pour nous conformer aux demandes d'information valables vous concernant en provenance des autorités de contrôle, des organismes gouvernementaux, des organismes publics ou d'autres entités habilitées à soumettre de telles demandes, et (iii) pour faire connaître à d'autres sociétés de RBC vos choix au titre de la section « *Autres utilisations de vos renseignements personnels* » dans le seul but de les faire respecter.

AUTRES UTILISATIONS DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

- Nous pouvons nous servir de vos renseignements personnels pour promouvoir nos produits et services, de même que ceux de certains tiers de notre choix qui sont susceptibles de vous intéresser. Nous pouvons communiquer avec vous par divers moyens, y compris le téléphone, l'ordinateur ou le courrier, en utilisant les coordonnées que vous nous avez fournies.
- Nous pouvons aussi, si la loi ne l'interdit pas, communiquer ces renseignements aux sociétés membres de RBC, en vue de vous recommander à elles ou de faire la promotion de produits et services pouvant vous intéresser. Nous et les sociétés membres de RBC pouvons communiquer avec vous par divers moyens, y compris le téléphone, l'ordinateur ou le courrier, en utilisant les coordonnées que vous nous avez fournies. Nous convenons que, si un tel échange de renseignements se produit, ces sociétés pourraient nous informer des produits ou services fournis.
- Si vous faites également affaire avec des sociétés membres de RBC et que la loi ne l'interdit pas, nous pouvons combiner les renseignements que nous détenons sur vous avec ceux que ces sociétés détiennent à votre sujet, afin de nous permettre, à nous ou à n'importe laquelle d'entre elles, de gérer votre relation avec nous.

Vous comprenez que chaque société membre de RBC et nous sommes des entités distinctes mais affiliées. Les sociétés membres de RBC désignent nos sociétés affiliées qui offrent à la population un ou plusieurs des services suivants : dépôts, prêts et autres services financiers personnels, services de cartes de crédit, de débit ou de paiement, services de fiducie et de garde des valeurs, services liés aux valeurs mobilières, services de courtage, et services d'assurance.

Vous pouvez nous demander de ne pas échanger ni utiliser ces renseignements personnels aux fins décrites au paragraphe « Autres utilisations de vos renseignements personnels » en communiquant avec nous de la manière indiquée ci-dessous. Dans un tel cas, vous ne verrez pas refuser des produits ou services d'assurance pour cette seule raison. Nous respecterons vos choix et comme nous l'avons mentionné ci-dessus, nous pouvons faire connaître ces choix en vertu de la section *Autres utilisations de vos renseignements personnels* aux sociétés membres de RBC dans le seul but de faire respecter vos choix.

VOTRE DROIT D'ACCÉDER À VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Vous pouvez, en tout temps, avoir accès aux renseignements personnels que nous détenons à votre sujet, en vérifier l'exactitude et les faire rectifier au besoin. Ce droit d'accès peut toutefois être restreint en vertu de la loi. Pour accéder à ces renseignements, pour nous poser des questions sur nos politiques de protection des renseignements personnels ou pour nous demander de ne pas utiliser ces renseignements aux fins décrites au paragraphe « *Autres utilisations de vos renseignements personnels* », vous pouvez communiquer avec nous en tout temps à l'adresse suivante :

Compagnie d'assurance RBC du Canada
C. P. 97, succursale A
Mississauga (Ontario) L5A 2Y9

Téléphone : 1 800 464-3211
Télécopieur : 1 888 298-6262

NOS POLITIQUES EN MATIÈRE DE CONFIDENTIALITÉ

Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements au sujet de nos politiques en matière de protection des renseignements personnels en demandant un exemplaire de notre brochure « Prévention des fraudes financières et protection des renseignements personnels », en téléphonant au numéro sans frais indiqué ci-dessus ou en consultant notre site Web à l'adresse www.rbc.com/rensperssecurite.



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



Banque Royale

Assureur : Compagnie d'assurance RBC du Canada. Au Québec, certaines assurances sont établies par Aviva, Compagnie d'Assurance Générale.
® / ^{MC} Marque(s) de commerce de Banque Royale du Canada, utilisée(s) sous licence.

‡ Marque déposée d'Aetna, utilisée avec autorisation. VPS105166

84911 (12/2019)