



**Banque Royale**

## Guide de distribution Pour les résidents du Québec

**Nom du produit d'assurance :**  
Assurance voyage

**Genre de produit d'assurance :**  
Assurance voyage collective

### **Coordonnées de l'assureur**

**Compagnie d'Assurance RBC du Canada et  
Aviva, Compagnie d'Assurance Générale**

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

Bureau régional de Québec  
C.P. 11472, succursale Centre-ville  
Montréal (Québec) H3C 5N2

Téléphone : 1 800 387-4357  
Télécopieur : 1 866 748-2588

### **Coordonnées du distributeur**

**Banque Royale du Canada  
1 Place ville Marie  
Montréal, Québec H3C 3B5  
1 866 292-5233**

**L'Autorité des marchés financiers ne s'est pas prononcée sur la  
qualité des produits offerts dans le présent guide. L'assureur est seul responsable  
des divergences entre le libellé du guide et celui du certificat d'assurance.**



# Table des matières

<b>DÉFINITIONS</b> .....	1
<b>INTRODUCTION</b> .....	7
<b>I. DESCRIPTION DES PRODUITS OFFERTS</b> .....	8
<b>Nature des assurances</b> .....	8
■ <b>Assurance Frais médicaux d'urgence</b> .....	9
■ <b>Assurance Annulation et interruption</b> .....	9
■ <b>Assurance Accidents de vol et de voyage</b> .....	10
■ <b>Assurance Bagages et effets personnels</b> .....	10
<b>Résumé des conditions particulières</b> .....	10
<b>Personnes admissibles</b> .....	10
■ <b>Quelles sont les options offertes</b> .....	11
■ <b>Date d'effet de l'assurance</b> .....	12
■ <b>Assurance Frais médicaux d'urgence</b> .....	13
• En cas d'urgence médicale .....	13
• Frais remboursables .....	14
• Informations personnelles .....	19
• Exclusions, limitations ou réductions de garantie applicables à l'assurance Frais médicaux d'urgence .....	20
■ <b>Assurance Annulation et interruption</b> .....	24
• Sommaire de l'assurance .....	24
• Risques assurés.....	25
• Frais remboursables .....	32
• Annulation d'un <i>voyage</i> .....	36
• Changement dans votre état médical avant votre départ .....	36
• Exclusions, limitations ou réductions de garantie applicables à l'assurance Annulation et interruption .....	37
■ <b>Assurance Accidents de vol et de voyage</b> .....	42
• Risques assurés.....	42
• Frais remboursables .....	43
• Capital assuré .....	43
• Accidents multiples .....	43
• Présomption de décès suite à une disparition .....	43
• Exclusions, limitations ou réductions de garantie applicables à l'assurance Accidents de vol et de voyage.....	44
■ <b>Assurance Bagages et effets personnels</b> .....	46
• Risques assurés.....	46
• Frais remboursables .....	46
• Vol, malveillance, disparition, perte ou dommages .....	47
• Prolongation de l'assurance .....	47
• Exclusions, limitations ou réductions de garantie applicables à l'assurance Bagages et effets personnels.....	48

## Table des matières (suite)

■ <b>Résumé des conditions particulières Forfaits</b> .....	50
• Indemnités maximales .....	50
■ <b>Services d'assistance</b> .....	52
■ <b>Prolongation automatique de votre assurance</b> .....	54
• Retard d'un transporteur public .....	54
• Hospitalisation .....	54
• État médical .....	54
■ <b>Prolongation du <i>voyage</i></b> .....	55
■ <b>Assurance complémentaire</b> .....	55
• Avant la date d'effet .....	55
• Après la date d'effet .....	55
• Souscription d'une assurance voyage complémentaire auprès d'un autre Assureur .....	56
• Souscription d'une assurance complémentaire à l'assurance voyage offerte par votre carte de crédit .....	56
<b>Résiliation</b> .....	57
■ <b>Remboursement de la prime</b> .....	57
■ <b>Cessation de l'assurance</b> .....	58
<b>II. PREUVE DE SINISTRE OU DEMANDE DE RÈGLEMENT</b> .....	59
<b>Présentation de la demande de règlement</b> .....	59
■ <b>Soins médicaux</b> .....	59
■ <b>Autres assurances</b> .....	59
■ <b>Délai pour présenter une demande de règlement</b> .....	59
■ <b>Preuves à fournir</b> .....	60
<b>Réponse de l'assureur</b> .....	62
<b>Appel de la décision de l'assureur et recours</b> .....	62
<b>Responsabilité des autres personnes</b> .....	62
<b>III. PRODUITS SIMILAIRES</b> .....	63
<b>IV. RÉFÉRENCE À L'AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS</b> .....	63
<b>V. AVIS DE RÉOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE</b> .....	64
<b>VI. AVIS DE CONSENTEMENT PARTICULIER</b> .....	66
<b>VII. DIRECTIVES À L'INTENTION DE DU REPRÉSENTANT CANADIAN</b> .....	69

Les termes identifiés en *italiques* dans le texte sont définis à la section des Définitions.

## DÉFINITIONS

---

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

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

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

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

- avant la date à laquelle *vous* quittez *votre point de départ*, pour compléter l'assurance d'un autre programme ou d'un autre certificat d'assurance pour une partie du *voyage* ou de sa valeur.

Applicable à l'assurance Classique Frais médicaux– Voyage unique.

**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 nolisé délivré par la Commission canadienne des transports aériens ou sa contrepartie étrangère.

**Changement de médication** – l'ajout d'un nouveau *médicament sur ordonnance*, l'arrêt d'un *médicament sur ordonnance*, l'augmentation de la posologie d'un *médicament sur ordonnance* ou la diminution de la posologie d'un *médicament sur ordonnance*, sauf :

- le rajustement de la dose d'insuline ou de Coumadin (Warfarin), si *vous* prenez ces médicaments ;
- le changement d'un médicament de marque déposée pour une version générique identique si la dose est la même.

**Changement d'horaire** – report du départ d'un transporteur aérien à la suite duquel *vous* manquez la correspondance suivante que *vous* deviez prendre avec un autre transporteur aérien (ou bateau de croisière, traversier, autobus ou train) ou avancement du départ d'un transporteur aérien qui rend inutilisable le billet que *vous* avez acheté pour la correspondance précédente que *vous* deviez prendre avec un autre transporteur aérien (ou bateau de croisière, traversier, autobus ou train).

Le changement d'horaire découlant de la défaillance d'un fournisseur, d'une grève ou d'une interruption de travail n'est pas considéré comme un changement d'horaire

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

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

**Conjoint** – la personne :

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

**Contamination** – un empoisonnement de personnes au moyen de substances :

- nucléaires ;
- chimiques ; **ou**
- biologiques

causant une maladie et/ou la mort.

**Couverture familiale** – la couverture dont *vous* et *vos enfants* bénéficiez lorsque l'option *couverture familiale* est offerte et que la prime demandée a été payée. L'option *couverture familiale* est offerte au titre de *notre* assurance Classique Frais médicaux.

**Date d'effet** – (Assurance Voyage unique)

- a) pour les assurances Frais médicaux d'urgence, Accidents de voyage et Bagages et effets personnels :  
la date à laquelle il est prévu que *vous* quittez *votre point de départ*. La *date d'effet* de toutes les assurances est indiquée dans *votre proposition d'assurance / confirmation d'assurance*
- b) pour l'assurance Annulation et interruption :  
le jour et l'heure auxquels la prime requise est acquittée, tel qu'il est indiqué dans *votre proposition d'assurance / confirmation d'assurance* ;
- c) pour l'assurance Accidents de vol :  
la date indiquée dans *votre* titre de transport ;
- d) pour l'assurance complémentaire :
  - a) 0 h 01 (minuit une minute) le jour suivant la *date d'expiration* de *votre* couverture antérieure ; ou
  - b) si *vous* souscrivez une *assurance complémentaire* pour le début de la durée prévue de *votre voyage*, la *date d'effet* de l'assurance est définie dans les alinéas a) à c) ci-dessus, conformément à l'*assurance complémentaire* que *vous* souscrivez.

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

**Date du début (de la couverture) –:**

- dans le cas de l'assurance Annulation de *voyage*, la date à laquelle *vous* souscrivez l'assurance Forfait supérieur, telle qu'elle est indiquée dans *votre proposition d'assurance / confirmation d'assurance*. Le premier *voyage* doit être acheté à cette date ou après.

dans les cas des assurances Frais médicaux d'urgence, Interruption de *voyage*, Bagages et effets personnels et Accidents de vol et de voyage, la date de *votre proposition d'assurance / confirmation d'assurance* ou la date que *vous* indiquez comme étant la date de départ de *votre* premier *voyage* au titre de cette assurance, telle qu'elle est indiquée dans *votre proposition d'assurance / confirmation d'assurance*. Cette date ne doit pas se situer plus de 180 jours après la date de *votre proposition d'assurance / confirmation d'assurance*.

**Date de retour** – Assurance Voyage unique

- 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 *votre point de départ*. Cette date figure dans *votre proposition d'assurance / confirmation d'assurance*.
- b) pour l'assurance Accidents de vol :  
la date et l'heure de retour indiquées sur *votre* titre de transport.

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

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

**Employé clé** – un employé dont la présence est indispensable à la poursuite des activités de l'entreprise durant *votre* absence.

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

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

**État médical** (ou **problème de santé**) –

- un *accident corporel* ou une maladie ; **ou**
- un problème relié à cet *accident corporel* ou à cette maladie.

*État médical (ou problème de santé)* inclut les :

- affections,
- les psychoses aiguës, **et**
- les complications de la grossesse survenant au cours des 31 premières semaines de la grossesse.

**Événement catastrophique** – sinistre directement ou indirectement attribuable à un *acte de terrorisme* ou à une pluralité *d'actes de terrorisme* survenant dans un délai de soixante-douze heures, dont l'ensemble des demandes de règlement qui en découle au titre de l'assurance Annulation et interruption dépasse 1 000 000 \$.

**Gardien** – toute personne chargée de façon permanente et à temps plein de veiller au bien-être d'une personne à votre charge et dont l'absence ne peut raisonnablement pas être comblée.

**Grève spontanée** – tout arrêt de travail soudain ou spontané (qu'il soit ou non organisé ou approuvé par un syndicat) qui :

- n'est pas annoncé dans un média quelconque, **et**
- cause le retard du départ ou de l'arrivée du transporteur public que vous devez prendre (notamment un avion de transport de passagers, traversier, bateau de croisière, autobus, limousine, taxi ou train).

**Hôpital** (ou **hôpitaux**) – tout établissement qui est agréé comme tel :

- dont le rôle consiste à fournir des soins aux malades hospitalisés,
- où se trouve en permanence au moins un infirmier ou une infirmière diplômé(e) et autorisé(e) ; et
- comportant sur les lieux mêmes, ou dans d'autres lieux sous la direction de l'établissement, un laboratoire et une salle d'opération.

Ne sont pas considérés comme des *hôpitaux* les établissements principalement exploités comme cliniques, établissements de soins palliatifs ou de longue durée, centres de réadaptation, centres de traitement de la toxicomanie, maisons de convalescence ou de repos, centres d'accueil, foyers pour personnes âgées ou établissements de cure.

**Médecin** – toute personne autre que *vous-même* ou qu'un membre de *votre proche famille* qui est dûment autorisée à prescrire des médicaments et administrer des traitements médicaux (dans les limites de ses compétences professionnelles) à l'endroit où le traitement est donné.

Les naturopathes, herboristes, chiropraticiens et les homéopathes ne sont pas considérés comme des *médecins*.

**Médicament sur ordonnance** – médicament qui ne peut être obtenu que sur ordonnance d'un *médecin* ou d'un dentiste autorisé et qui est délivré par un pharmacien autorisé.

N'est pas considéré comme un *médicament sur ordonnance* un médicament dont *vous* avez besoin (ou que *vous* devez renouveler) pour stabiliser un *état médical* dont *vous* souffriez avant *votre voyage* ou une affection chronique.

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

**Nourrisson** – la personne :

- née avant la *date d'effet* ;
- qui a moins de 2 ans ;
- qui est membre de *votre proche famille* ; **et**
- qui *vous* accompagne durant *votre voyage*.

**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 *votre voyage* et qui figure dans l'itinéraire du voyage couvert par *notre* assurance, ou dans *votre proposition d'assurance / confirmation d'assurance*.

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

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

**Proposition d'assurance / confirmation d'assurance** – formulaire imprimé, relevé informatique, facture ou document fourni par représentant canadien ou obtenu en ligne et confirmant la couverture d'assurance que *vous* avez souscrite. **La proposition d'assurance / confirmation d'assurance fait partie intégrante du contrat d'assurance.**

**Questionnaire médical** – le formulaire qui comporte des questions auxquelles *vous* devez répondre d'une manière exacte au moment de l'établissement de la *proposition d'assurance / confirmation d'assurance* et qui, une fois rempli et signé, fait partie intégrante du contrat d'assurance.

Au moment où *vous* remplissez le *questionnaire médical*, *votre état médical* détermine la couverture à laquelle *vous* avez droit et la prime que *vous* devez payer.

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

- toute assurance incluant l'assurance Annulation et interruption, si la partie non remboursable de vos frais de voyage prépayés dépasse 15 000 \$ ;
- les assurances Classique Frais médicaux si *votre voyage* dure plus de 183 jours.

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

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

**Réunion d'affaires** – réunion de personnes de sociétés non apparentées, un salon commercial, un cours de formation ou un congrès, prévus avant la *date d'effet* dans le cadre de *votre* profession à temps plein et constituant la seule raison de *votre voyage*. *Votre* présence à un procès n'est pas considérée comme une *réunion d'affaires*.



**Soins d'urgence** (ou **traitement d'urgence**) – tous soins médicaux ou toute intervention chirurgicale nécessités en cas d'urgence pour :

- le soulagement immédiat de symptômes aigus ; **ou**
- recommandés par un *médecin* autorisé,

qui ne peuvent attendre *vos* retour dans *vos* pays et que *vous* devez recevoir ou subir au cours de *vos* voyage parce que *vos* état médical *vous* empêche de retourner dans *vos* pays.

Ils doivent être :

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

**Stable** – qualifie un *problème de santé* ou une affection connexe, y compris une affection cardiaque ou pulmonaire (qu'un diagnostic ait été posé ou non), pour lesquels :

- il n'y a eu aucun nouveau traitement, aucune nouvelle prise en charge et aucun nouveau médicament de prescrit ; **et**
- il n'y a eu aucun changement dans le traitement, aucun changement dans la prise en charge et aucun *changement de médication* ; **et**
- il n'y a eu aucun nouveau symptôme, aucune nouvelle constatation ou des symptômes ou constatations plus fréquents ou plus sévères ; **et**
- il n'y a eu aucun nouveau test ou résultat de test témoignant d'une détérioration ; **et**
- il n'y a eu aucune nouvelle investigation et aucune investigation n'a été recommandée ou initiée pour *vos* symptômes ; **et**
- il n'y a eu aucune hospitalisation ou aucun renvoi à un spécialiste n'a été nécessaire ou recommandé.

**Terrorisme ou acte de terrorisme** – désigne un acte, y compris, mais pas exclusivement,

- l'usage de la force ou de la violence,
- la menace d'en faire usage,
- le détournement d'un moyen de transport, **ou**
- un enlèvement

perpétré par une personne ou 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 ou pour des motifs

- religieux,
- politiques **ou**
- idéologiques.

*Terrorisme* ou *acte de terrorisme* n'inclut pas un acte de guerre (déclarée ou pas), un acte d'ennemis étrangers ou une rébellion.

**Troubles mentaux ou affectifs** – état anxieux ou émotionnel, crise situationnelle, accès d'anxiété ou crise de panique, ou autres troubles mentaux soignés à l'aide de tranquillisants doux ou d'anxiolytiques.

**Urgence** (ou **urgent**) – événement soudain et imprévu survenant pendant la période d'assurance et nécessitant un traitement immédiat par un *médecin* autorisé ou une hospitalisation immédiate. Une *urgence* cesse lorsque les conseillers médicaux d'Assistance aux Assurés Inc. ou La Compagnie d'Assurance RBC du Canada déterminent que, du point de vue médical, *vous* êtes en mesure de rentrer dans *vos* pays.

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

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

« **Nous** », « **notre** » et « **nos** » font référence à :

• **La Compagnie d'Assurance RBC du Canada en ce qui concerne :**

- les frais médicaux d'*urgence* engagés par des personnes admissibles à l'extérieur de leur province ou territoire de résidence au Canada.
- les frais se rattachant à l'annulation et à l'interruption de *voyage*.
- les frais se rattachant aux accidents de vol et de *voyage*.
- les frais se rattachant aux bagages et effets personnels dans tous les territoires et provinces au Canada, à l'exception du Québec.

• **Aviva, Compagnie d'Assurance Générale en ce qui concerne :**

- les frais se rattachant aux bagages et effets personnels au Québec.

« **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*, si vous avez souscrit la *couverture familiale* et qu'elle est en vigueur.

## INTRODUCTION

---

Le présent Guide de distribution décrit les caractéristiques et garanties offertes par le produit d'assurance voyage qui est distribuée par RBC Banque Royale®. Il les décrit en langage clair et simple pour *vous* aider à prendre une décision éclairée au moment de choisir l'assurance la plus appropriée, et ce, sans la présence d'un conseiller en assurances.

Les assurances peuvent être souscrites individuellement ou dans des forfaits.

Pour obtenir toutes les précisions sur les garanties, exclusions et autres dispositions générales de l'assurance, veuillez consulter le certificat d'assurance de RBC Assurances®. *Vous* pouvez *vous* procurer un exemplaire du certificat d'assurance auprès d'une succursale de RBC Banque Royale ou par l'entremise du lien suivant : [www.rbcbanqueroyale.com/assurancevoyage](http://www.rbcbanqueroyale.com/assurancevoyage).

# I. DESCRIPTION DES PRODUITS OFFERTS

## Nature des assurances

---

Les produits offerts par La Compagnie d'Assurance RBC du Canada sont les suivants :

- Assurance Frais médicaux d'urgence ;
- Assurance Annulation et interruption ;
- Assurance Accidents de vol et de voyage ; **et**
- Assurance Bagages et effets personnels ;

Ces assurances peuvent être souscrites individuellement ou dans un forfait.

Les forfaits offerts sont :

- Forfait supérieur (options d'assurance VOYAGE UNIQUE) ;
- Forfait Voyage au Canada (option d'assurance VOYAGE UNIQUE) ;
- Forfait non médical (option d'assurance VOYAGE UNIQUE).

Le tableau ci-dessous indique les assurances comprises dans chacun des forfaits :

	Frais médicaux d'urgence Page 13	Annulation et interruption Page 24	Accidents de vol Page 42	Accidents de voyage Page 42	Bagages et effets personnels Page 46
Classique Frais médicaux	✓				
Forfait supérieur	✓	✓	✓	✓	✓
Forfait Voyage au Canada	✓	✓	✓	✓	✓
Forfait non médical		✓	✓	✓	✓
Annulation et interruption		✓			

**Les montants remboursables peuvent varier** en fonction du forfait que *vous* choisissez ou si *vous* choisissez une seule assurance. Pour plus de détails, veuillez *vous* référer à la section « Résumé des conditions particulières – Forfaits » à la page 50 de ce guide ou à la section se reportant à chacune des assurances comprises dans le forfait.

Les paiements, remboursements et montants détaillés dans ce guide sont 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.

**Les intérêts ne sont pas couverts par cette assurance si le paiement de la demande de règlement est retardé.**

La section ci-dessous décrit chacune des assurances offertes.

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

L'assurance Frais médicaux d'urgence couvre les frais médicaux raisonnables et d'ordre courant que *vous* engagez pour des soins médicaux ou chirurgicaux. L'*urgence* doit survenir **après** que *vous* avez quitté *votre point de départ*. Les soins doivent être nécessaires dans le cadre d'un *traitement d'urgence* en raison d'un *état médical*.

L'assurance rembourse **seulement les frais qui dépassent** ceux qui sont couverts :

- par le *régime d'assurance maladie provincial* ; **et**
- par tout autre régime ou assurance dont *vous* bénéficiez.

Plusieurs types d'assurance Frais médicaux d'urgence sont offerts selon *votre* âge, *votre* état de santé et la durée de *votre voyage* :

- Classique Frais médicaux (options d'assurance VOYAGE UNIQUE) ;

Pour connaître le type d'assurance Frais médicaux qui s'applique à *votre* situation, veuillez *vous* référer à la section « Résumé des conditions particulières – Assurance Frais médicaux d'urgence » de ce guide.

## ■ **Assurance Annulation et interruption**

Cette assurance rembourse certains frais que *vous* pouvez engager si *vous* devez :

- annuler,
- interrompre, **ou**
- prolonger

*votre voyage* en raison d'un des événements énumérés à la section « Résumé des conditions particulières – Assurance Annulation et interruption » de ce guide.

## **Assurance Accidents de vol et de voyage**

Cette assurance *vous* verse un certain montant si *vous* êtes victime d'un *accident corporel* qui entraîne :

- la *mutilation* ;
- la *perte de la vision* ;
- la perte totale et irrémédiable de l'ouïe ;
- la perte totale et irrémédiable de la parole ; **ou**
- le décès.

### ■ **Assurance Bagages et effets personnels**

Cette assurance couvre :

- la perte de *vos* bagages ; **ou**
- les dommages causés à *vos* bagages et à *vos* effets personnels

**que *vous* utilisez durant *votre* voyage.**

## **Résumé des conditions particulières**

---

### ■ **Personnes admissibles**

Elle n'est valide que si les conditions ci-dessous sont remplies.

Dans ce guide, *votre* âge s'entend de l'âge à la date de signature de la *proposition d'assurance / confirmation d'assurance*.

Pour **toutes les assurances**, *vous* êtes admissible si :

- *vous* êtes client d'une société de RBC ou le *conjoint* ou l'*enfant* d'un client ;
- *vous* êtes résident canadien (s'applique à l'assurance Frais médicaux d'*urgence*) ;
- *vous* souscrivez l'assurance pour toute la *durée de votre voyage* ; **et**
- *vous* êtes couvert par *votre régime d'assurance maladie provincial* pour toute la durée de *votre voyage* (si *vous* souscrivez un forfait ou une assurance Frais médicaux d'*urgence*).

Pour **tous les forfaits et pour l'assurance Annulation et interruption**, *vous* êtes admissible si :

- *vous* avez rempli le *questionnaire médical* si **la valeur totale de la partie non remboursable de vos frais de voyage prépayés dépasse 15 000 \$** ;

#### **Forfaits d'assurance :**

- a) **Forfait supérieur**, *vous* devez :
  - avoir moins de 75 ans.
  
- b) **Forfait Voyage au Canada**, *vous* devez :

- voyager dans le Canada pendant toute la durée de  *votre voyage*  ou si  *vous*  voyagez dans  *votre*  province ou territoire de résidence, le  *voyage*  doit être de plus de 500 km si vous voyagez en voiture ou plus de 100 km si vous voyagez par avion, train ou autobus ; **et**
  - souscrire l'assurance pour une durée maximale de 365 jours.
- c) **Forfait non médical et Annulation & Interruption**,  *vous devez*  à la date à laquelle le forfait est souscrit :
- souscrire l'assurance pour une durée maximale de 365 jours.
  - Vivre au Canada, voyager au Canada ou visiter le Canada pendant  *votre voyage* .

**Assurances Frais médicaux d'urgence :**

- d) **Classique Frais médicaux**,  *vous devez*  :
- souscrire l'assurance avant la  *date d'effet*  ; **et**
  - avoir moins de 65 ans à la date à laquelle le forfait est souscrit.

**Autres assurances :**

- e) **Annulation et interruption**,  *vous devez*  souscrire l'assurance avant la date d'effet.

**MISE EN GARDE - Exclusions, limitations ou réductions de garantie**

**Votre assurance devient invalide si  *vous*  ne respectez pas les conditions d'admissibilité décrites dans cette section. Notre responsabilité se limite au remboursement de la prime payée.**

■ **Quelles sont les options offertes**

**1. Assurance VOYAGE UNIQUE**

L'option d'assurance Voyage unique est offerte au titre de toutes nos couvertures, conformément aux  **paragraphes a) à d)** de la rubrique « Personnes admissibles ».

**MISE EN GARDE - Exclusions, limitations ou réductions de garantie**

**L'assurance se limite aux personnes admissibles dont le  *voyage*  dure 183 jours au maximum, sauf indication contraire.**

En ce qui concerne l'assurance Frais médicaux d'urgence, si  *votre voyage*  dure plus de 183 jours et 365 jours au maximum,  *vous*  voudrez peut-être souscrire l'assurance Voyage unique, ou une  *assurance complémentaire*  à  *votre*  assurance FRAIS MÉDICAUX, formule annuelle Voyages multiples, si  *vous*  êtes couvert par  *votre régime d'assurance maladie provincial*  pour toute la durée de  *votre voyage*  et avez :

- moins de 40 ans ; **ou**
- 40 ans ou plus mais moins de 75 ans, avez rempli correctement le  *questionnaire médical* , et que sur la foi des réponses qui y sont données, il est établi que  *vous*  êtes en droit de souscrire une assurance pour des  *voyages*  de plus de 183 jours.

## ■ **Date d'effet de l'assurance**

La *date d'effet* de l'assurance est différente selon le type d'assurance, tel que décrit ci-dessous :

### a) **Assurances Frais médicaux d'urgence, Accidents de voyage et Bagages et effets personnels** :

La *date d'effet* est la date à laquelle il est prévu que *vous* quittiez *votre point de départ*. La *date d'effet* est indiquée dans *votre proposition d'assurance / confirmation d'assurance*.

### b) **Assurance Annulation et interruption** :

Dans le cas des assurances VOYAGE UNIQUE, la *date d'effet* est la date et l'heure auxquelles la prime requise est payée, conformément à *votre proposition d'assurance / confirmation d'assurance*.

### c) **Assurance Accidents de vol** :

La *date d'effet* est la date et l'heure indiquées sur *votre* titre de transport.

### d) **Assurance complémentaire** :

La *date d'effet* est :

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

Les sections suivantes décrivent en détail chacune des assurances offertes.



## ■ **Assurances Frais médicaux d'urgence**

L'assurance Frais médicaux d'urgence s'applique si *vous* avez souscrit l'une des protections suivantes :

- Assurances Forfait supérieur ;
- Forfait Voyage au Canada ;
- Assurances Classiques Frais médicaux ;

Un *nourrisson* est couvert par *notre* assurance **Classique Frais médicaux** et *nous* n'exigeons aucune prime pour sa couverture s'il voyage avec un membre de la *proche famille* assuré sous le **Forfait supérieur** ou le **Forfait Voyage au Canada**.

### **En cas d'urgence médicale**

***Vous devez appeler Assistance aux Assurés Inc. si vous avez besoin de soins médicaux pendant votre voyage, ou pour toute autre urgence, avant de recevoir un traitement d'urgence, à l'un des numéros suivants :***

Sans frais des États-Unis ou du Canada : ..... 1 800 387-2487  
À frais virés de partout ailleurs par un service local : ..... 905 816-2561  
Télécopieur sans frais des États-Unis ou du Canada : ..... 1 888 298-6340  
Télécopieur : ..... 905 813-4719

Si *votre état médical* vous empêche de communiquer avec Assistance aux Assurés Inc. avant de recevoir un *traitement d'urgence*, *vous* devez appeler Assistance aux Assurés Inc. dès que cela est possible du point de vue médical. Une autre personne (membre de la famille, ami, *hôpital*, personnel du cabinet du *médecin*, etc.) peut appeler à *votre* place.

Toute intervention chirurgicale ou procédure cardiaque doit être approuvée d'avance par les conseillers médicaux d'Assistance aux Assurés Inc. Lorsque *vous* communiquez avec Assistance aux Assurés Inc., leurs conseillers médicaux peuvent, si la situation médicale le justifie, *vous* adresser ou *vous* transférer à un fournisseur de soins médicaux faisant partie du *réseau*.

Assistance aux Assurés Inc. demandera au fournisseur de soins médicaux membre du *réseau* de *nous* facturer directement les frais médicaux couverts au lieu de *vous* les facturer.

**Si *vous* n'appellez pas Assistance aux Assurés Inc., l'indemnité pourrait être réduite.**

## **Frais remboursables**

L'assurance couvre les frais médicaux raisonnables et d'ordre courant que *vous* engagez après avoir quitté *votre point de départ*. Ces soins médicaux ou chirurgicaux doivent être nécessaires dans le cadre d'un *traitement d'urgence* en raison d'un *état médical*. L'assurance couvre uniquement les frais qui dépassent ceux couverts :

- par le *régime d'assurance maladie provincial* ; **et**
- par tout autre régime ou assurance dont *vous* bénéficiez.

Les points a) à q) ci-dessous expliquent les frais remboursables selon certaines situations.

### **a) Frais médicaux d'urgence illimités**

L'assurance couvre certains frais lorsqu'ils :

- sont **nécessaires** pour un *traitement d'urgence* ; **et**
- sont recommandés par un *médecin* autorisé pendant *votre voyage*.

Les frais couverts sont les suivants :

- le *traitement d'urgence*, à l'exception des soins dentaires ;
- les services d'infirmiers ou d'infirmières particuliers autorisés pendant l'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 mesures diagnostiques lorsqu'elles ont été autorisées au préalable par Assistance aux Assurés Inc. ; **et**
- le coût des *médicaments sur ordonnance*.

### **b) Allocation d'hospitalisation**

L'assurance *vous* rembourse *vos* frais accessoires d'*hôpital* (appels téléphoniques, location de télévision) **à raison de 50 \$ par jour et de 500 \$ au total**, si *vous* êtes hospitalisé pendant au moins 48 heures.

### **c) Autres frais médicaux d'urgence**

L'assurance couvre les frais médicaux pour un *traitement d'urgence* donné par les spécialistes autorisés suivants :

- un physiothérapeute ;
- un chiropraticien ;
- un podiatre ;
- un podologue ; **ou**
- un ostéopathe

jusqu'à un maximum de **300 \$ par profession**.

### **d) Ambulance terrestre**

L'assurance couvre le transport local par ambulance à destination :

- d'un *hôpital* ;
- du cabinet d'un *médecin* ; **ou**
- d'un fournisseur de soins médicaux

en cas d'*urgence*.

Les frais de taxi local seront remboursés **à la place des frais d'ambulance** si une ambulance est nécessaire du point de vue médical **mais n'est pas fournie**.

#### **e) Rapatriement de votre dépouille**

Si *vous* décédez pendant  *votre voyage* par suite d'un  *problème de santé* couvert, l'assurance couvre les **frais pour l'un ou l'autre** des services suivants :

- le transport de  *votre* dépouille jusqu'à  *votre* province ou territoire de résidence ; **et**
- la préparation de  *votre* dépouille et le coût d'un conteneur de transport standard, **jusqu'à un maximum de 5 000 \$** ;

#### **OU**

- le transport de  *vos cendres* jusqu'à  *votre* province ou territoire de résidence ; **et**
- l'incinération de  *votre* dépouille au lieu du décès, **jusqu'à un maximum de 5 000 \$** ;

#### **OU**

- la préparation de  *votre* dépouille et le prix d'un cercueil ordinaire, **jusqu'à un maximum de 5 000 \$** ; **et**
- l'inhumation de  *votre* dépouille au lieu du décès, **jusqu'à un maximum de 5 000 \$**.

Si quelqu'un est légalement tenu d'identifier  *votre* corps, l'assurance couvre :

- le coût d'un billet aller retour en classe économique à bord d'un avion de ligne par l'itinéraire le plus économique ; **et**
- les frais d'hébergement commercial et de repas engagés par cette personne, **jusqu'à un maximum de 500 \$**.

La personne est couverte par  *votre* assurance pendant la période nécessaire pour identifier  *votre* dépouille, pour un **maximum de 3 jours ouvrables**.

#### **f) Évacuation médicale d'urgence/ Retour à votre province ou territoire de résidence**

L'assurance couvre certains frais si :

- le  *médecin* qui  *vous* traite  *nous* envoie un avis par écrit qui dit que  *vous* devez rentrer dans  *votre* province ou territoire de résidence en raison de  *votre problème de santé* pour que  *vous* receviez immédiatement des soins médicaux  *d'urgence* ; **ou**
- les conseillers médicaux d'Assistance aux Assurés Inc. estiment que  *vous* êtes en mesure de rentrer dans  *votre* province ou territoire de résidence après avoir reçu des  *soins d'urgence* et recommandent  *votre* retour.

L'assurance couvre ces frais **seulement** si :

- Assistance aux Assurés Inc. a donné son autorisation **avant** que les frais soit engagés ; **et**
- Assistance aux Assurés Inc. a pris les dispositions nécessaires lorsque cela est nécessaire du point de vue médical.

Les frais engagés pour **une des situations suivantes** sont couverts :

- le coût supplémentaire d'un billet aller simple en classe économique à bord d'un avion de ligne, par le trajet le plus économique, jusqu'à  *votre* province ou territoire de résidence pour que  *vous* receviez immédiatement des  *soins médicaux d'urgence* ;

#### **OU**

- le prix du billet avec civière en classe économique à bord d'un avion de ligne, par le trajet le plus économique, jusqu'à  *votre* province ou territoire de résidence lorsque la civière est nécessaire du point de vue médical ;

**OU**

- lorsque cela est nécessaire du point de vue médical ou exigé par la compagnie aérienne, le coût du surclassement à bord d'un avion de ligne, ainsi que les honoraires et frais habituellement exigés par un accompagnateur médical qualifié pour *vous* accompagner ;

**OU**

La présence de l'accompagnateur doit **être nécessaire du point de vue médical** ou **exigée par la compagnie aérienne** ;

**OU**

- le coût du transport par ambulance aérienne s'il est nécessaire du point de vue médical.

**g) Retour à votre lieu de destination**

- La présente assurance *vous* rembourse le prix d'un billet aller simple en classe économique à bord d'un avion de ligne, par l'itinéraire le plus économique, jusqu'à *votre* lieu de destination prévu après que *vous* soyez revenu à *votre* province ou territoire de résidence pour y recevoir immédiatement des soins médicaux, à condition que *votre médecin* traitant estime que *vous* n'avez plus besoin de soins médicaux pour *votre problème de santé*. Le *voyage* de retour à *votre* lieu de destination prévu doit avoir lieu au cours de la *durée de l'assurance* prévue à l'origine par cette garantie.
- *Vous* devez recevoir au préalable l'autorisation d'Assistance aux Assurés Inc. pour bénéficier de cette assurance.
- *Vous* ne pouvez avoir recours à cette assurance qu'une seule fois pendant *votre voyage*.
- Une fois retourné à *votre* lieu de destination, une récurrence de *votre problème de santé* initial ou d'une affection connexe ne sera pas couverte au titre du présent certificat d'assurance.
- Lorsque le présent certificat d'assurance *vous* est offert, la *date d'effet* est la date à laquelle *vous* quittez *votre* province ou territoire de résidence pour retourner à *votre* lieu de destination.

**h) Frais de subsistance**

L'assurance prévoit le remboursement de certains frais indispensables si, sur les conseils du *médecin* :

- *vous* ou *votre compagnon de voyage* êtes transféré à des fins de traitement ; **ou**
- *vous* devez reporter la *date de retour* parce que *vous* ou *votre compagnon de voyage* devez recevoir un *traitement d'urgence*

pour un *problème de santé urgent*.

Les frais couverts sont les suivants :

- vos frais d'hébergement commercial et de repas ;
- vos frais d'appels téléphoniques indispensables ;
- *d'utilisation d'Internet* ; **et**
- vos frais de taxi (ou vos frais de location d'un véhicule, au lieu des frais de taxi).

Les frais sont remboursables **jusqu'à un maximum des montants indiqués dans le tableau suivant** :

	Montant par jour	Montant total
Forfait supérieur Forfait Voyage au Canada	350 \$ / jour	3 500 \$
Autres assurances Frais médicaux d'urgence	175 \$ / jour	1 750 \$

***Vous* devez recevoir au préalable l'autorisation d'Assistance aux Assurés Inc. pour bénéficier de cette couverture.**

**i) Transport d'un compagnon de chevet**

Si :

- vous voyagez seul ;
- vous êtes hospitalisé (pendant plus de 24 heures) pendant  *votre voyage*  ; **et**
- la présence d'une personne à  *votre chevet*  est nécessaire ;

l'assurance couvre :

- le prix du billet aller retour de  *votre compagnon de chevet*  en classe économique à bord d'un avion de ligne par l'itinéraire le plus économique ;
- les frais d'hébergement commercial et de repas engagés par le  *compagnon de chevet*  **jusqu'à un maximum 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 **moins de 21 ans et avez besoin de votre compagnon de chevet** ; **ou**
- vous avez **plus de 20 ans et êtes atteint d'une infirmité physique ou mentale** ;

vous bénéficiez de cette couverture **dès que vous êtes admis à l'hôpital.**

**Vous devez recevoir au préalable l'autorisation d'Assistance aux Assurés Inc. pour bénéficiaire de cette couverture.**

#### **j) Soins dentaires d'urgence**

L'assurance couvre certains soins dentaires lorsqu'ils :

- sont nécessaires dans le cadre d'un  *traitement d'urgence*  ;
- prescrits ou donnés par un dentiste autorisé.

Si  *vous*  avez besoin de soins dentaires pour réparer ou remplacer des dents naturelles ou des prothèses fixes permanentes endommagées par suite d'un **coup accidentel reçu au visage** pendant  *votre voyage* ,

- l'assurance couvre les frais engagés ; **et**
- **jusqu'à concurrence de 1 500 \$**, la poursuite du traitement nécessaire à  *votre*  retour au Canada. Ce traitement doit toutefois être terminé dans les **180 jours** suivant l'accident.

Si d'autres soins dentaires d'urgence sont nécessaires, l'assurance rembourse les frais que  *vous*  engagez pendant  *votre voyage* , **jusqu'à concurrence de 300 \$**, ainsi que le coût intégral  *des médicaments sur ordonnance* .

#### **k) Retour du véhicule**

L'assurance couvre les frais raisonnables engagés pour faire ramener le  *véhicule*  par une agence commerciale :

- à  *votre*  domicile ; **ou**
- à une  *agence de location*

si  *vous*  ne pouvez pas ramener le  *véhicule*  au point d'origine par suite d'une  *urgence*  médicale survenant pendant  *votre voyage* .

**Vous devez recevoir au préalable l'autorisation d'Assistance aux Assurés Inc. pour bénéficiaire de cette couverture.**

#### **l) Retour des enfants et de l'accompagnateur des enfants à leur province ou territoire de résidence**

L'assurance couvre certains frais concernant des *enfants* couverts par l'une de nos assurances Frais médicaux d'urgence ;

- qui voyagent avec *vous* ; **ou**
- qui *vous* rejoignent pendant  *votre voyage*.

*Vous* devez :

- être hospitalisé pendant **plus de 24 heures** ; **ou**
- *vous* devez être obligé de rentrer au Canada

par suite d'un *problème de santé urgent* couvert.

Les frais couverts sont les suivants :

- le coût supplémentaire du billet aller simple des *enfants* en classe économique à bord d'un avion de ligne, 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 avion de ligne, par l'itinéraire le plus économique, si la compagnie aérienne exige que les *enfants* soient accompagnés.

**m) Retour d'un compagnon de voyage**

- Lorsque *vous* voyagez avec un *compagnon de voyage*, l'assurance couvre le coût supplémentaire du billet aller simple de ce dernier, et de lui seul, jusqu'à  *votre* province ou territoire de résidence si *vous* devez rentrer au Canada pour y recevoir immédiatement des soins médicaux par suite d'un *problème de santé* couvert. Ce billet doit être en classe économique à bord d'un avion de ligne.
- **Cette garantie est subordonnée à l'approbation préalable d'Assistance aux Assurés Inc.**

**n) Retour de votre chien ou chat**

- Si  *votre* (vos) chien(s) ou chat(s) font partie du  *voyage* et que *vous* devez rentrer au Canada en raison d'un *problème de santé* couvert, la présente 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 \$.**
- **Cette garantie est subordonnée à l'approbation préalable d'Assistance aux Assurés Inc.**

**o) Retour des bagages excédentaires**

- Si *vous* êtes ramené à  *votre* province ou territoire de résidence en ambulance aérienne (avec l'autorisation d'Assistance aux Assurés) 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 \$.**
- **Cette garantie est subordonnée à l'approbation préalable d'Assistance aux Assurés Inc.**

**p) Service d'aide ménagère**

- Si *vous* retournez dans  *votre* province ou territoire de résidence par ambulance aérienne (sous réserve de l'autorisation préalable d'Assistance aux Assurés Inc.) en raison d'un *problème de santé urgent*, et que celui-ci restreint  *votre* capacité à accomplir les tâches d'entretien ménager, l'assurance couvre les frais raisonnables engagés pour des services d'aide ménagère fournis par une entreprise enregistrée offrant des services d'aide

ménagère, **jusqu'à concurrence de 250 \$**. La garantie doit être utilisée dans les 30 jours qui suivent le retour à *vo*tre province ou territoire de résidence.

**Nota** : Cette garantie s'applique à *vo*tre résidence principale.

- **Cette garantie est subordonnée à l'approbation préalable d'Assistance aux Assurés Inc.**

q) **Consultation d'un médecin pour remplacer un médicament d'ordonnance perdu, volé ou endommagé.**

- **Il faut obtenir l'autorisation d'Assistance aux Assurés avant de se prévaloir de cette garantie.**
- Si *vo*tre médicament d'ordonnance (requis pour stabiliser *vo*tre problème de santé) est perdu, volé ou endommagé pendant *vo*tre voyage, et que vous avez besoin du médicament pour le reste de *vo*tre voyage, la présente assurance couvre le coût d'une consultation auprès d'un *m*édecin pour obtenir une ordonnance écrite afin que *vo*tre médicament vous soit délivré par un pharmacien autorisé pendant *vo*tre voyage. Nota : Cette garantie est uniquement offerte si le médicament d'ordonnance exigeant une ordonnance par écrit doit être délivré pendant *vo*tre voyage et que cela ne peut attendre *vo*tre retour dans *vo*tre province ou territoire de résidence.

## **Informations personnelles**

Lorsque *vo*us payez la prime d'assurance, *vo*us convenez que *no*us ainsi que Assistance aux Assurés Inc. ont *vo*tre autorisation pour :

- vérifier auprès des autorités *vo*tre numéro de carte d'assurance maladie et les autres renseignements nécessaires à *vo*tre demande de règlement ;
- que les *m*édecins, *h*ôpitaux et les autres fournisseurs de soins médicaux *no*us fournissent tous les renseignements qu'ils détiennent sur *vo*us pendant que *vo*us êtes sous leurs soins, y compris :
  - vos antécédents médicaux ;
  - les diagnostics ;
  - les résultats de vos tests ;
- transmettre les renseignements ci-dessus à d'autres personnes qui les utiliseront pour déterminer les prestations qui *vo*us sont payables.
- Si *vo*us êtes jugé inadmissible à la couverture, si une demande de règlement est jugée inadmissible, ou si les prestations sont réduites conformément à une exclusion, une disposition ou une condition du certificat d'assurance, *no*us avons le droit de *vo*us demander de rembourser tout montant que *no*us avons versé en *vo*tre nom aux fournisseurs de services médicaux ou à d'autres parties.

**Exclusions, limitations ou réductions de garantie applicables  
à l'assurance Frais médicaux d'urgence**

**MISE EN GARDE**

**a) Exclusions relatives à un état médical préexistant :**

L'assurance ne couvre pas les frais se rattachant directement ou indirectement à certains *états médicaux* préexistants. Cette exclusion varie en fonction du type d'assurance que *vous* avez choisi. Le tableau ci-dessous précise les exclusions applicables à chaque type d'assurance. La description de chaque exclusion se trouve à la suite du tableau.

Si <i>vous</i> êtes couvert par l'assurance suivante	Si <i>vous</i> avez moins de 65 ans	Si <i>vous</i> avez 65 ans ou plus, mais moins de 75 ans	Si <i>vous</i> avez 75 ans ou plus
Assurances Forfait supérieur	Exclusion 1	Exclusion 1	Couverture non offerte
Voyage au Canada			Exclusion 1
Assurances Classiques Frais médicaux	Couverture non offerte		

**Exclusion 1 :**

L'assurance ne prend pas en charge les frais imputables ou se rattachant directement ou indirectement aux *états médicaux*, troubles cardiaques et/ou pulmonaires et aux problèmes de santé qui y sont reliés (qu'un diagnostic ait été posé ou non) si :

- l'*état médical* ou le problème qui y est relié (qu'un diagnostic ait été posé ou non) n'est pas *stable* ;
- *vous* avez pris de la nitroglycérine plus d'une fois par semaine pour soulager les douleurs d'angine de poitrine ;
- *vous* avez reçu un traitement ou on *vous* a prescrit de l'oxygène à domicile (régulièrement ou au besoin) ou *vous* avez reçu un traitement ou on *vous* a prescrit des stéroïdes par voie buccale (prednisone ou prednisolone) pour une affection pulmonaire.

au cours des 90 jours avant la date de *votre* départ.

**b) Vous devrez payer 30 % des frais médicaux remboursables par la présente assurance en excédent des frais couverts par le régime d'assurance maladie provincial si :**

- *vous* n'avez pas communiqué avec Assistance aux Assurés Inc. lorsque l'*urgence* médicale est survenue ; ou
- *vous* avez décidé de recevoir des soins hors du *réseau* approuvé par Assistance aux Assurés Inc.

Si *votre état médical* *vous* empêche de communiquer avec Assistance aux Assurés Inc. avant de recevoir un *traitement d'urgence*, *vous* devez appeler Assistance aux Assurés Inc. dès que cela est possible du point de vue médical. Une autre personne (membre de la famille, ami, *hôpital*, personnel du cabinet du *médecin*, etc.) peut appeler à *votre* place.



## MISE EN GARDE (suite)

- c) La présente assurance ne couvre pas les dépenses engagées dans *votre* propre province ou territoire de résidence
- d) Si *vous* n'êtes pas couvert par le *régime d'assurance maladie provincial* au moment de la demande de règlement, le montant maximum remboursable ou couvert par *nous* est de 20 000 \$.
- e) **Terrorisme :**

Dans le cas d'un sinistre résultant directement ou indirectement d'un acte de *terrorisme*, les prestations payables sont versées après toutes les autres sommes payables par d'autres sources, notamment les options de modification ou de remplacement de *voyages* proposées par :

- les compagnies aériennes ;
- les voyagistes ;
- les compagnies de croisière ;
- les autres prestataires de voyages ou par toute autre assurance

même si cette autre assurance est décrite comme une assurance en excédent de sinistres.

Les prestations payables sont versées seulement si *vous* avez épuisé toutes ces autres sources.

f) **Exclusions générales :**

En plus des exclusions a) à d) décrites ci-dessus l'assurance ne couvre pas une perte, un sinistre ou des dépenses attribuables directement ou indirectement à :

- tout *état médical* si *vous* avez fourni une réponse inexacte dans *votre questionnaire médical*. Dans ce cas, le certificat d'assurance sera annulée et la prime payée sera remboursée à notre gré ;
- la continuation du traitement, la réapparition ou les complications d'un *état médical* ou d'un problème qui y est relié pour lequel *vous* avez reçu un *traitement d'urgence* au cours de *votre voyage*. Cette exclusion est applicable si les conseillers médicaux d'Assistance aux Assurés Inc. ou de La Compagnie d'Assurance RBC du Canada estiment que *vous* étiez en mesure de rentrer dans le pays de *votre* domicile mais que *vous* avez décidé de ne pas le faire ;
- le traitement de tout problème cardiaque ou pulmonaire, après que *vous* ayez reçu un *traitement d'urgence* pour un problème cardiaque ou pulmonaire qui y est relié ou non au cours de *votre voyage*. Cette exclusion est applicable si les conseillers médicaux d'Assistance aux Assurés Inc. ou de RBC Assurances estiment que *vous* étiez en mesure de rentrer dans le pays de *votre* domicile mais que *vous* avez décidé de ne pas le faire ;
- des blessures que *vous* vous infligez intentionnellement, *votre* suicide ou une tentative de suicide, quel que soit *votre* état mental ;
- la perpétration d'actes criminels ou des tentatives directes ou indirectes de perpétration d'actes criminels par *vous* même ;

## MISE EN GARDE (suite)

- un *problème de santé* attribuable ou lié à votre usage chronique d'alcool ou de drogues avant ou pendant  *votre voyage* ;
- à un problème de santé attribuable ou lié à l'abus d'alcool pendant  *votre voyage* ;
- à un *problème de santé* attribuable ou lié à l'usage volontaire, pendant  *votre voyage*, de drogues illégales ou de médicaments sur ordonnance qui ne  *vous ont pas été prescrits* ;
- à  *votre abus de médicaments*, ou au refus délibéré de suivre une thérapie ou un traitement médical prescrit avant ou pendant  *votre voyage* ;
- à  *vos troubles mentaux ou affectifs* ;
- tout traitement qui n'est pas considéré comme des *soins d'urgence* ;et / ou tout *problème de santé* attribuable ou lié à un traitement qui n'est pas considéré comme des *soins d'urgence*
- *votre participation* à des activités sportives en qualité d'athlète  *professionnel*, y compris l'entraînement ;
- *votre pratique* de l'escalade ou de l'*alpinisme* ;
- *votre participation* à des courses ou à des épreuves de vitesse d'engins motorisés, y compris l'entraînement ;
- les *problèmes de santé*, complications, soins d'urgence ou frais engagés pendant  *votre voyage*, si  *vous* entreprenez  *votre voyage* en sachant que  *vous* aurez besoin de recevoir ou que  *vous* chercherez à obtenir des soins ou services de santé comme un traitement, une intervention chirurgicale, des examens, des soins palliatifs ou une thérapie alternative de quelque nature que ce soit ;
- un *état médical* pour lequel des examens ou des soins futurs (à l'exception d'un contrôle courant) sont prévus avant la  *date d'effet* ;
- un *état médical* pour lequel des soins ou une hospitalisation durant  *votre voyage* étaient raisonnablement prévisibles ;
- des soins prénatals courants ou une naissance survenant au cours de  *votre voyage* ;
- à des complications de la grossesse, ou de l'accouchement survenant dans les 9 semaines précédant ou suivant la date prévue de l'accouchement ;
- des symptômes qui auraient amené une personne normalement prudente à se faire soigner ou à prendre des médicaments dans les 90 jours avant la  *date d'effet* ;
- à un traitement ou une intervention chirurgicale pour un problème médical précis ou une affection connexe, qui avait amené  *votre médecin* à  *vous* déconseiller de voyager ;
- à tous les frais engagés, si la cause de  *votre urgence* est liée de quelque façon à un avertissement de voyage officiel émis par écrit par le ministère des Affaires étrangères ou du Commerce international du Canada, avant la  *date d'effet*, déconseillant aux Canadiens d'aller dans le pays, la région ou la ville de  *votre voyage* assuré.

## MISE EN GARDE (suite)

- toute partie des frais nécessitant l'autorisation préalable et la prise de dispositions par Assistance aux Assurés Inc. pour lesquels Assistance aux Assurés Inc. n'a pas donné son autorisation préalable ni pris de dispositions à cet effet ;
  - un *état médical* si les conseillers médicaux d'Assistance aux Assurés Inc. recommandent que *vous* rentriez dans le pays de *votre* domicile après avoir reçu
  - des *soins d'urgence* et que *vous* décidiez de ne pas le faire ;
  - une guerre, déclarée ou non, des actes d'ennemis étrangers ou une rébellion ;
  - un rayonnement ionisant ou une *contamination* radioactive provenant :
    - d'un combustible nucléaire ou de déchets radioactifs ; **ou**
    - par les propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses d'un appareil nucléaire ou de toute partie de cet appareil.
  - s'applique à la prolongation facultative du certificat d'assurance - à un *état médical* qui s'est manifesté pour la première fois, a été diagnostiqué ou pour lequel des *soins d'urgence* ont été reçus avant la date d'effet de la prolongation de l'assurance si cette prolongation a été souscrite après la date de départ contractuelle.
  - 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 de *soins médicaux d'urgence* avant la *date d'effet* de la présente assurance, si celle-ci a été souscrite en tant qu'assurance *complémentaire*;
  - aux dépenses découlant de vols spatiaux orbitaux, de vols spatiaux suborbitaux et de tourisme dans l'espace.
- g) Si *vous* :
- êtes à la retraite et que *vous* êtes couvert par une assurance maladie complémentaire offerte par *votre* ancien employeur ; **ou**
  - êtes un salarié et que *vous* êtes couvert par une assurance maladie collective offerte par *votre* employeur
- nous* :
- n'appliquons pas la coordination des prestations si le maximum à vie de cette assurance est de 50 000 \$ ou moins ; **et**
  - appliquons la coordination des prestations seulement sur l'excédent de 50 000 \$ si le maximum viager de cette assurance est de plus de 50 000 \$.
- h) Les indemnités totales qui *vous* sont versées par tous les assureurs avec qui *vous* avez un certificat d'assurance semblable ne peuvent pas dépasser les frais engagés. Toutes les indemnités qui *vous* sont payables par *nous* viennent en complément des indemnités payables par les autres assureurs pour des assurances semblables.
- i) L'indemnité totale qui *vous* est versée ne peut dépasser les frais que *vous* avez engagés si *vous* êtes couvert par plusieurs de *nos* contrats.
- j) L'indemnité maximale à laquelle *vous* avez droit se limite au plus élevé des montants indiqués pour ce certificat d'assurance si *vous* êtes couvert par plusieurs de *nos* contrats.

Toute fraude ou tentative de fraude de *votre* part, ou toute réticence ou fausse déclaration de *votre* part sur des faits essentiels ou des circonstances concernant cette assurance la rend invalide.

## ■ Assurance Annulation et interruption

Certains frais sont remboursables par cette assurance lorsque *vous* devez annuler *votre voyage* ou l'int interrompre en raison de certains événements couverts.

L'assurance Annulation et interruption s'applique si *vous* avez souscrit l'une des protections suivantes :

- Forfait supérieur ;
- Forfait Voyage au Canada ;
- Forfait non médical ;
- Couverture Assurance Annulation et interruption.

### Sommaire de l'assurance

- **Annulation de voyage – Avant le départ**-lorsque la réalisation d'un risque assuré *vous* oblige à annuler *votre voyage* **avant** d'avoir quitté *votre point de départ*.
- **Interruption de voyage – Après le départ**-lorsque la réalisation d'un risque assuré survient **pendant** *votre voyage* et retarde *votre* départ de *votre point de départ* ; ou lorsque la réalisation d'un risque assuré survient **pendant** *votre voyage* et devance le retour à *votre point de départ*.
- **Retour retardé – Après le départ**-lorsque la réalisation d'un risque assuré survient **pendant** *votre voyage* et *vous* empêche de revenir à *votre point de départ* à la *date de retour* prévue.

Les événements pour lesquels des frais sont remboursables comprennent :

- une *urgence* médicale ;
- une grossesse ou une adoption ;
- un décès ;
- un avis du gouvernement ou un refus de visa ;
- un changement dans *votre* situation d'emploi ;
- un retard ou un changement d'horaire de *votre* transporteur ; **et**
- certains autres risques indiqués dans les tableaux des pages 25 à 31.

Les tableaux des pages suivantes énumèrent chacun des risques couverts par ces assurances. Les frais remboursables qui s'appliquent à chaque risque sont représentés par une lettre dans la colonne correspondant à l'assurance. La description de chacun des frais est faite à la suite du tableau.

## Risques assurés

		Frais remboursables		
		Annulation de voyage	Interruption de voyage	Retour retardé
<b>État médical</b>				
1	<i>Votre problème de santé urgent.</i>	A	C, D et J, ou C, E et J, ou C, F et J	E, L et Q
2	L'admission à l'hôpital : <ul style="list-style-type: none"> <li>d'un membre de <i> votre proche famille </i> qui ne se trouve pas à destination ;</li> <li>de <i> votre associé </i> ;</li> <li>de <i> votre employé clé </i> ;</li> <li>de <i> votre gardien </i></li> </ul> en raison d'une <i> urgence </i> .	A	C, E, J et coupon VacanSûres*	sans objet
3	Le problème de santé urgent : <ul style="list-style-type: none"> <li>d'un membre de <i> votre proche famille </i> qui ne se trouve pas à destination ;</li> <li>de <i> votre associé </i> ;</li> <li>de <i> votre employé clé </i> ;</li> <li>de <i> votre gardien </i>.</li> </ul>	A	C, E et J	sans objet
4	L'admission à l'hôpital de <i> votre hôte </i> à destination, en raison d'un <i> problème de santé urgent </i> .	A	C, E et J	sans objet
5	Le problème de santé urgent de <i> votre compagnon de voyage </i> .	A ou B	C, D et J, ou C, E et J, ou C, F et J	E, L et Q
6	Le problème de santé urgent : <ul style="list-style-type: none"> <li>d'un membre de la <i> proche famille </i> de <i> votre compagnon de voyage </i> ;</li> <li>d'un associé de <i> votre compagnon de voyage </i> ;</li> <li>d'un <i> employé clé </i> de <i> votre compagnon de voyage </i> ;</li> <li>d'un <i> gardien </i> de <i> votre compagnon de voyage </i>.</li> </ul>	A ou B	C, E et J	sans objet
7	Le problème de santé urgent d'un membre de <i> votre proche famille </i> qui se trouve à destination.	A	C, E et J	E, L et Q
<b>Grossesse et adoption</b>				
8	Complications de : <ul style="list-style-type: none"> <li><i> votre grossesse </i> ;</li> <li>de la grossesse d'un membre de <i> votre proche famille </i></li> </ul> survenant dans les <b>31 premières semaines</b> de la grossesse. Nota : La confirmation d'une grossesse multiple ou d'une grossesse à la suite de traitements contre la stérilité n'est pas considérée comme des complications de la grossesse.	A	C, E et J	E, L et Q

		Frais remboursables		
		Annulation de voyage	Interruption de voyage	Retour retardé
<b>Grossesse et adoption (suite)</b>				
9	<p>Complications de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>la grossesse de <i>vo</i>tre compagne de voyage ;</li> <li>de la grossesse d'un membre de la <i>proche famille</i> de <i>vo</i>tre compagnon de voyage ;</li> <li>de la grossesse de la <i>conjointe</i> de <i>vo</i>tre compagnon de voyage ;</li> <li>de la grossesse d'un membre de la <i>proche famille</i> de <i>conjointe</i> de <i>vo</i>tre compagnon de voyage</li> </ul> <p>survenant dans les <b>31 premières semaines</b> de la grossesse. Nota : La confirmation d'une grossesse multiple ou d'une grossesse à la suite de traitements contre la stérilité n'est pas considérée comme des complications de la grossesse.</p>	A ou B	C, E et J	E, L et Q
10	Confirmation de <i>vo</i> tre grossesse, ou de celle de <i>vo</i> tre <i>conjointe</i> , après la <i>date d'effet</i> de <i>vo</i> tre assurance, si le départ de <i>vo</i> tre <i>point de départ</i> doit avoir lieu dans les 9 semaines précédant ou suivant la date prévue de l'accouchement.	A	sans objet	sans objet
11	Confirmation de la grossesse de <i>vo</i> tre compagne de voyage, ou de celle de la <i>conjointe</i> de <i>vo</i> tre <i>compagnon de voyage</i> , après la <i>date d'effet</i> de <i>vo</i> tre assurance, si le départ de <i>vo</i> tre <i>point de départ</i> doit avoir lieu dans les 9 semaines précédant ou suivant la date prévue de l'accouchement.	A ou B	sans objet	sans objet
12	Adoption légale d'un <i>enfant</i> par <i>vo</i> us-même, si la date effective de l'adoption tombe après la <i>date d'effet</i> de <i>vo</i> tre assurance, et avant ou pendant <i>vo</i> tre voyage.	A	C, E et J	sans objet
13	Adoption légale d'un <i>enfant</i> par <i>vo</i> tre <i>compagnon de voyage</i> , si la date effective de l'adoption tombe après la <i>date d'effet</i> de <i>vo</i> tre assurance, et avant ou pendant <i>vo</i> tre voyage.	A ou B	C, E et J	sans objet
<b>Décès</b>				
14	<i>Vo</i> tre décès.	A	C et M, ou C et N, ou C et O	M ou N ou O et Q
15	<p>Décès :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>d'un membre de <i>vo</i>tre <i>proche famille</i> qui ne se trouve pas à destination ;</li> <li>de <i>vo</i>tre ami qui ne se trouve pas à destination;</li> <li>de <i>vo</i>tre associé ;</li> <li>de <i>vo</i>tre <i>employé clé</i> ;</li> <li>de <i>vo</i>tre <i>gardien</i>.</li> </ul>	A	C, E, J et VacanSûres	sans objet

		Frais remboursables		
		Annulation de voyage	Interruption de voyage	Retour retardé
<b>Décès (suite)</b>				
16	Décès de <i> votre compagnon de voyage</i> .	A ou B	C, E et J	E, L et Q
17	Décès : <ul style="list-style-type: none"> <li>d'un membre de la <i> famille de votre compagnon de voyage</i> ;</li> <li>d'un associé de <i> votre compagnon de voyage</i> ;</li> <li>d'un <i> employé clé de votre compagnon de voyage</i> ;</li> <li>du <i> gardien de votre compagnon de voyage</i>.</li> </ul>	A ou B	C, E et J	sans objet
18	Décès de <i> votre hôte à destination</i> , par suite d'un <i> problème de santé urgent</i> .	A	C, E et J	sans objet
19	Décès d'un membre de <i> votre proche famille</i> ou de <i> votre ami</i> qui se trouve à destination.	A	C, E et J	E, L et Q
<b>Avis du gouvernement et visas</b>				
20	Avis formel émis par le ministère canadien des Affaires étrangères et du Commerce international, après la souscription de <i> votre assurance</i> . Cet avis doit déconseiller aux Canadiens de se rendre dans un pays, une région ou une ville durant une période qui inclut <i> votre voyage</i> alors que <i> vous aviez un billet pour cette destination</i> .	A	C, E et J, ou C, F et J	sans objet
21	Non-émission de <i> votre visa de voyage</i> (et non d'un visa à des fins d'immigration ou d'emploi) ou le refus de <i> votre demande de visa de voyage</i> (et non d'un visa à des fins d'immigration ou d'emploi) <b>pour des raisons indépendantes de votre volonté</b> .	A	sans objet	sans objet
22	Non-émission du visa de voyage (et non d'un visa à des fins d'immigration ou d'emploi) de <i> votre compagnon de voyage</i> ou le refus de la demande de visa de voyage (et non d'un visa à des fins d'immigration ou d'emploi) de <i> votre compagnon de voyage</i> <b>pour des raisons indépendantes de sa volonté</b> .	A ou B	sans objet	sans objet
<b>Emploi et profession</b>				
23	Mutation par l'employeur pour lequel <i> vous ou votre conjoint</i> travaillez à la <i> date d'effet</i> , <b>nécessitant le déménagement de votre résidence principale</b> .	A	C, E et J	sans objet
24	Mutation par l'employeur pour lequel <i> votre compagnon de voyage</i> travaille à la <i> date d'effet</i> , <b>nécessitant le déménagement de sa résidence principale</b> .	A ou B	C, E et J	sans objet
25	Perte <b>involontaire</b> de <i> votre</i> emploi permanent ou de celui de <i> votre conjoint</i> (mais non d'un emploi contractuel) en raison d'une mise à pied ou d'un renvoi injustifié.	A	C, E et J	sans objet
26	Perte <b>involontaire</b> de l'emploi permanent (mais non d'un emploi contractuel) de <i> votre compagnon de voyage</i> en raison d'une mise à pied ou d'un renvoi injustifié.	A ou B	C, E et J	sans objet

		Frais remboursables		
		Annulation de voyage	Interruption de voyage	Retour retardé
<b>Emploi et profession (suite)</b>				
27	Annulation de <i>vos</i> réunion d'affaires ou de celle de <i>vos</i> compagnon de voyage <b>pour des raisons indépendantes de <i>vos</i> volonté, de celle de <i>vos</i> employeur ou de celle de <i>vos</i> compagnon de voyage ou de son employeur.</b>	A	C, E et J	sans objet
28	<i>Votre</i> appel, dans le cas des réservistes, des militaires de l'armée active, de la police, des employés des services médicaux essentiels, des pompiers et des services médicaux essentiels.	A	C, E et J	sans objet
29	L'appel de <i>vos</i> compagnon de voyage, dans le cas des réservistes, des militaires de l'armée active, de la police, des employés des services médicaux essentiels, des pompiers et des services médicaux essentiels.	A ou B	C, E et J	sans objet
<b>Retards et changements d'horaire</b>				
30	Retard du transporteur régulier avec lequel <i>vous</i> devez voyager <b>en raison du mauvais temps</b> , de tremblements de terre ou d'éruptions volcaniques lorsque ce retard représente <b>au moins 30 %</b> du voyage et que <b><i>vous</i> décidez de ne pas poursuivre <i>vos</i> voyage</b> selon les arrangements pris.	A	C, E et J	sans objet
31	Retard du transporteur régulier de <i>vos</i> compagnon de voyage <b>en raison du mauvais temps</b> , de tremblements de terre ou d'éruptions volcaniques lorsque ce retard représente <b>au moins 30 %</b> du voyage et que <b><i>vous</i> décidez de ne pas poursuivre <i>vos</i> voyage</b> selon les arrangements pris.	A	C, E et J	sans objet
32	Retard du transporteur régulier de <i>vos</i> compagnon de voyage <b>en raison du mauvais temps</b> , de tremblements de terre ou d'éruptions volcaniques lorsque ce retard représente <b>au moins 30 %</b> du voyage et que <b><i>vous</i> décidez de poursuivre <i>vos</i> voyage</b> selon les arrangements pris.	B	B	sans objet
33	Retard d'une voiture privée en raison : <ul style="list-style-type: none"> <li>• d'une panne mécanique de la voiture ;</li> <li>• du mauvais temps, de tremblements de terre ou d'éruptions volcaniques ;</li> <li>• d'un accident de la route ;</li> <li>• d'un barrage routier ordonné par la police en cas d'urgence</li> </ul> à la suite duquel <i>vous</i> manquez une correspondance ou ne pouvez poursuivre <i>vos</i> voyage selon les arrangements pris. La voiture privée doit avoir été prévue arriver au <i>point de départ</i> au moins <b>2 heures avant l'heure prévue de départ.</b>	Sans objet	C, F et J	E, J et Q



		Frais remboursables		
		Annulation de voyage	Interruption de voyage	Retour retardé
<b>Retards et changements d'horaire (suite)</b>				
34	Retard du transporteur assurant <i>vo</i> tre correspondance (avion de ligne, traversier, paquebot de croisière, autocar, limousine, taxi ou train) dû : <ul style="list-style-type: none"> <li>à une panne mécanique du transporteur ;</li> <li>au mauvais temps, de tremblements de terre ou d'éruptions volcaniques ;</li> <li>à un accident de la route ;</li> <li>à un barrage routier ordonné par la police en cas d'urgence ;</li> <li>d'une grève spontanée;</li> <li>de la perte ou du vol de <i>vo</i>tre passeport, <i>vo</i>s documents de voyage ou <i>vo</i>tre argent</li> </ul> à la suite duquel <i>vo</i> us manquez une correspondance ou ne pouvez poursuivre <i>vo</i> tre voyage selon les arrangements pris.	Sans objet	C, F et K	E, J et Q
35	Annulation de <i>vo</i> tre croisière, de l'excursion et du forfait voyage (à l'exclusion de la défaillance du fournisseur des services de voyage) par le croisiériste ou le voyageur, <b>si vous êtes couvert par l'un de nos forfaits d'assurance</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>avant la date de départ de <i>vo</i>tre point de départ ; ou</li> <li>après la date de départ de <i>vo</i>tre point de départ, mais avant la date de départ du bateau de croisière ou de l'excursion.</li> </ul>	H	I	sans objet
36	<i>Vo</i> tre vol de correspondance manqué en raison du changement d'horaire du transporteur aérien assurant le transport sur une partie de <i>vo</i> tre voyage <b>si vous êtes couvert par l'un de nos forfaits d'assurance.</b>	G et J	G et J	G, J et Q
37	<i>Vo</i> tre vol de correspondance manqué en raison de l'annulation par la compagnie aérienne assurant le transport pour une partie de <i>vo</i> tre voyage, rendant inutilisable <i>vo</i> tre billet de correspondance prépayé non remboursable pour <i>vo</i> tre voyage, <b>si vous êtes couvert par l'un de nos forfaits d'assurance</b>	G et J	G et J	G, J et Q
<b>Autres risques</b>				
38	Un événement entièrement indépendant de tout acte malveillant ou négligent rendant inhabitable <i>vo</i> tre résidence principale ou inutilisable l'entreprise que <i>vo</i> us possédez.	A	C, E et J	sans objet
39	Un événement entièrement indépendant de tout acte malveillant ou négligent rendant inhabitable la résidence principale de <i>vo</i> tre compagnon de voyage ou l'entreprise qu'il/elle possède.	A ou B	C, E et J	sans objet

		Frais remboursables		
		Annulation de voyage	Interruption de voyage	Retour retardé
<b>Autres risques (suite)</b>				
40	Votre mise en quarantaine, celle de <i> votre conjoint ou enfant </i> ou le détournement du moyen de transport utilisé.	A	C, E et J	E, L et Q
41	La mise en quarantaine de <i> votre compagnon de voyage </i> , celle de sa <i> conjointe </i> ou de son <i> enfant </i> ou le détournement du moyen de transport utilisé.	A ou B	C, E et J	E, L et Q
42	Votre assignation, celle de <i> votre conjoint ou enfant </i> comme juré, comme témoin ou comme tiers dans une instance judiciaire pendant la durée de <i> votre voyage </i> .	A	C, E et J	sans objet
43	L'assignation de <i> votre compagnon de voyage </i> ou celle de sa <i> conjointe </i> ou <i> enfant </i> comme juré, comme témoin ou comme tiers dans une instance judiciaire pendant la durée de <i> votre voyage </i> .	A ou B	C, E et J	sans objet
44	Retard de <i> votre </i> bateau de croisière ou interruption de la croisière en raison d'une <i> urgence </i> médicale touchant un autre passager du navire, de sorte que <i> vous </i> manquez une correspondance ou ne pouvez poursuivre <i> votre voyage </i> selon les arrangements pris. <b>Vous devez être couvert par l'un de nos forfaits d'assurances.</b>	sans objet	C, F et J	E, J et Q
45	Incapacité d'utiliser, lors d'une escale, le billet d'excursion ou d'activité spéciale (pièce de théâtre, concert ou événement sportif), que <i> vous </i> avez acheté au cours de <i> votre </i> croisière en raison de <i> votre problème de santé </i> urgent ou d'un <i> problème de santé </i> urgent de <i> votre compagnon de voyage </i> souffrez. <b>Vous devez être couvert par l'un de nos forfaits d'assurance.</b>	sans objet	P	P
46	Le cambriolage de <i> votre </i> résidence principale ou de <i> votre </i> établissement commercial ou celui de <i> votre compagnon de voyage </i> dans les sept jours qui précèdent la date prévue de <i> votre </i> départ si cela <i> vous </i> oblige ou oblige <i> votre compagnon de voyage </i> à rester sur place afin de sécuriser les lieux et de rencontrer les représentants de l'assureur ou de la police. <b>Vous devez être couvert par l'un de nos forfaits d'assurance.</b>	A ou B	sans objet	sans objet
47	Pour des raisons médicales, <i> vous </i> ou <i> votre compagnon de voyage </i> ne pouvez être immunisés ou prendre les médicaments préventifs qui sont soudainement exigés par l'État pour avoir le droit d'entrer dans le pays, la région ou la ville qui faisait initialement partie de <i> votre voyage </i> , à condition que cette exigence n'ait pris effet qu'après <i> vos </i> réservations de <i> voyage </i> et la souscription de l'assurance. La raison pour laquelle <i> vous </i> ou <i> votre compagnon de voyage </i> ne pouvez être immunisés ou prendre les médicaments préventifs doit être attribuable à <i> votre problème de santé </i> . <b>Vous devez être couvert par l'un de nos forfaits d'assurance.</b>	A	C et E	sans objet

		Frais remboursables		
		Annulation de <i>voyage</i>	Interruption de <i>voyage</i>	Retour retardé
<b>Autres risques (suite)</b>				
48	La maladie, la blessure ou le décès de <i>votre</i> chien d'assistance, à condition que <i>vous</i> soyez aveugle ou malvoyant, ou que <i>vous</i> ayez une limitation fonctionnelle, et que des dispositions ont été prises pour que le chien puisse <i>vous</i> accompagner pour un <i>voyage</i> couvert par l'assurance. <b>Vous devez être couvert par l'un de nos forfaits d'assurance.</b>	A	C et E	sans objet
49	L'impossibilité d'utiliser <i>vos</i> droits de jeu sur le terrain de golf, que <i>vous</i> avez payés durant <i>votre voyage</i> , en raison de l'un des risques assurés conformément à l'Assurance interruption de <i>voyage</i> . <b>Vous devez être couvert par l'un de nos forfaits d'assurance.</b>	sans objet	R	sans objet
50	L'impossibilité d'utiliser <i>vos</i> billets de remontée de ski si les remontées mécaniques sont fermées en raison d'une avalanche ou de mauvaises conditions météorologiques. <b>Vous devez être couvert par l'un de nos forfaits d'assurance.</b>	sans objet	S	sans objet

+ La partie foncée ne s'applique pas si le montant assuré avant le départ pour Annulation de *voyage* est égal à 0 \$.

## **Frais remboursables**

Les frais remboursables par cette assurance sont décrits ci-dessous.

### **Annulation de voyage-Avant le départ**

#### **Frais de voyage prépayés / Annulation de voyage :**

- A) la partie non remboursable de vos frais de voyage prépayés ;
- B) le supplément à payer si vous décidez de faire le voyage comme prévu ;

Nota : Les garanties A et B ne sont pas applicables si la somme assurée en cas d'annulation de voyage (avant le départ) est de 0 \$.

### **Interruption de voyage-Après le départ**

**Partie inutilisée des frais de voyage prépayés / Annulation de voyage** – Remboursement des frais que vous engagez effectivement par suite de la réalisation de l'un des risques assurés jusqu'à la somme assurée souscrite pour Annulation de voyage – Avant le départ :

- C) la partie non utilisée et non remboursable de vos frais de voyage payés à l'avance, sauf le coût du titre de transport payé à l'avance de retour à votre point de départ.

### **Frais de transport :**

- D) le transport en classe économique, par l'itinéraire le plus économique, pour rejoindre un circuit ou un groupe ;
- E) le transport en classe économique, par l'itinéraire le plus économique, pour rejoindre votre point de départ ;

Transport au chevet d'une personne hospitalisée ou transport en raison de funérailles –  
Nota : Si vous devez interrompre votre voyage pour assister à des funérailles ou pour vous rendre au chevet d'un membre de la proche famille, d'un associé, d'un employé clé ou d'un gardien 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 de ce qu'aurait coûté un billet aller simple en classe économique par l'itinéraire le plus économique jusqu'à votre point de départ (s'applique aux risques numéros 2, 15 et 17).

- 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 la garantie E.
- La garantie Frais de subsistance ne s'applique pas si vous exercez cette option.

**Vous devez recevoir au préalable l'autorisation d'Assistance aux Assurés Inc. pour vous prévaloir de cette option.**

- F) un billet d'avion aller simple en classe économique, par l'itinéraire le plus économique, jusqu'à votre destination suivante (à l'aller ou au retour) ;

### **Correspondance manquée :**

- G) le moins élevé des montants suivants, jusqu'à un maximum de l'indemnité maximale indiquée dans le tableau de la page 56 :
  - la pénalité facturée par le(s) transporteur(s) aérien(s) lorsque cette option vous est offerte ; ou
  - le coût supplémentaire, jusqu'à un maximum de 1 000 \$, de votre billet d'avion aller simple en classe économique jusqu'à votre destination suivante (à l'aller ou au retour) ;

### **Annulation de croisière, d'excursion et de forfait voyage :**

Nota : La somme assurée doit couvrir la croisière, le billet d'excursion, le forfait voyage et *vos* billet d'avion non remboursable payé d'avance.

- H) le **moins** élevé des montants suivants, **jusqu'à un maximum de l'indemnité maximale indiquée dans le tableau de la page 50** :
- la pénalité facturée par le(s) transporteur(s) aérien(s) lorsque cette option *vous* est offerte ; **ou**
  - la partie non remboursable de *vos* billet d'avion prépayé en vue de rejoindre ou de quitter un lieu de rencontre **jusqu'à un maximum de 1 000 \$**, qui ne fait pas partie de *vos* forfait croisière ;
- I) le **moins** élevé des montants suivants, **jusqu'à un maximum de l'indemnité maximale indiquée dans le tableau de la page 50** :
- la pénalité facturée par le(s) transporteur(s) aérien(s) lorsque cette option *vous* est offerte ; **ou**
  - le coût supplémentaire, **jusqu'à concurrence de 1 000 \$**, de *vos* billet d'avion aller simple en classe économique à bord d'un avion de ligne jusqu'à *vos* point de départ ;

### **Frais de subsistance :**

- J) *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), indispensables, **jusqu'à un maximum de :**

	<b>Montant par jour</b>	<b>Montant total</b>
Forfait supérieur	350 \$ / jour	700 \$
Forfait Voyage au Canada	350 \$ / jour	700 \$
Forfait non médical	350 \$ / jour	700 \$
Annulation et interruption	175 \$ / jour	350 \$

- K) *vos* frais d'hébergement commercial jusqu'au lendemain (si le retard dure six heures ou plus et qu'il se produit au cours de la nuit) 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 un maximum de :**

	<b>Montant par jour</b>	<b>Montant total</b>
Forfait supérieur	350 \$ / jour	700 \$
Forfait Voyage au Canada	350 \$ / jour	700 \$
Forfait non médical	350 \$ / jour	700 \$
Annulation et interruption	175 \$ / jour	350 \$

Nota : L'assuré peut se prévaloir de cette garantie uniquement si aucune autre indemnisation n'a été accordée ou offerte par le transporteur aérien.

- L) *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 un maximum de :**

	Montant par jour	Montant total
Forfait supérieur	350 \$ / jour	3 500 \$
Forfait Voyage au Canada	350 \$ / jour	3 500 \$
Forfait non médical	350 \$ / jour	3 500 \$
Annulation et interruption	175 \$ / jour	1 750 \$

**MISE EN GARDE - Exclusions, limitations ou réductions de garantie**

1) **Pour avoir droit aux indemnités D), E) et F) pour les frais de transport et aux indemnités J) et L), pour les frais de subsistance, vous devez entreprendre votre voyage à la première des dates suivantes :**

- dès qu'il est possible de voyager du point de vue médical ;
- le **10<sup>e</sup> jour** suivant la *date de retour* prévue si le retard n'est pas dû à une hospitalisation ; **et**
- le **30<sup>e</sup> jour** suivant la *date de retour* prévue si le retard est dû à une hospitalisation.

**lorsque l'indemnité est payable en raison d'un état médical couvert au titre des risques assurés**

2) **Lorsque les indemnités aux points J) **et** L) vous sont payables, le remboursement total ne peut dépasser les montants prévus au point L).**

3) **Les indemnités décrites au point J) ne peuvent être payées que conjointement avec celles prévues aux points D), E) ou F) lorsqu'il n'y a pas d'autre moyen de transport direct ou plus économique.**

4) **Comme le prévoit le risque assuré n° 34, toute somme payable décrite au point F sera réduite par toute somme pouvant être recouvrée d'une autre source (notamment les solutions de rechange ou de remplacement de *voyage* proposées par les compagnies aériennes, les voyagistes, les croisiéristes et autres fournisseurs de *voyages*) pour la même cause.**

**Rapatriement de votre dépouille :**

Les frais pour **un des choix suivants :**

- M) • les frais de transport de *vo*tre dépouille jusqu'à *vo*tre province ou territoire de résidence ; **et**
- les frais de préparation de la dépouille et le coût d'un conteneur, **jusqu'à un maximum de 5 000 \$ ;**

**OU**

- N) • les frais de transport de *vo*s cendres jusqu'à *vo*tre province ou territoire de résidence ; **et**
- les frais d'incinération au lieu du décès, **jusqu'à un maximum de 5 000 \$ ;**

**OU**

- O) • les frais de préparation de *vo*tre dépouille et le prix d'un cercueil régulier, **jusqu'à un maximum de 5 000 \$** ; **et**
- les frais d'inhumation au lieu du décès, **jusqu'à un maximum de 5 000 \$**.

**Non-utilisation de billets d'excursion ou d'activité spéciale prévus au cours d'une escale :**

- P) remboursement des frais que *vous* avez effectivement engagés par suite de la réalisation du risque n° 44.
- les billets d'excursion ou d'activité spéciale (pièce de théâtre, concert ou événement sportif) que *vous* n'avez pas utilisés au cours d'une escale, jusqu'à 100 \$ par billet, **sous réserve d'un maximum de 500 \$**.

**Frais relatifs aux animaux de compagnie**

- Q) Remboursement des frais que *vous* engagez effectivement par suite de la réalisation de l'un des risques assurés, **jusqu'à concurrence de 100 \$** :
- pour des frais additionnels de pension d'un animal de compagnie si *vo*tre retour a été reporté au-delà de *vo*tre date de retour.
- Nota : La prestation n'est versée que si *vos* frais pour animaux de compagnie excèdent le prix convenu pour la période d'hébergement réservée à l'avance auprès d'un chenil, d'une chatterie ou d'un refuge pour animaux dûment autorisé, auquel cas *nous vous* rembourserons les frais d'hébergement effectivement engagés après les premières 24 heures de retard, sous réserve d'un maximum global de 100 \$. Cette garantie ne couvre pas les frais de vétérinaire.

**Frais relatifs aux droits de jeu sur le terrain de golf**

- R) Remboursement jusqu'à 100 \$ par jour, sous réserve d'un maximum de 400 \$, pour les droits de jeu sur le terrain de golf non remboursables, en raison de l'un des risques assurés

**Frais relatifs aux billets de remontée Mécanique**

- S) Remboursement des frais que *vous* engagez effectivement jusqu'à 100 \$ par jour, sous réserve d'un maximum de 400 \$, pour les billets de remontée mécanique non remboursables.

**Coupon VacanSûres :**

À *vo*tre demande, *nous vous* remettons, à titre de compensation, un coupon d'une **valeur pouvant aller jusqu'à 750 \$** si les risques assurés **2 ou 15** se réalisent, et si :

- *vo*tre voyage a été écourté d'**au moins 75 %** par suite de l'interruption du *vo*yage ;
- *vous* utilisez le coupon à des fins de *vo*yage dans les **180 jours** qui suivent la *date de vo*tre retour anticipé à la suite de l'interruption de *vo*tre *vo*yage couvert par l'assurance ; **et**
- *vous* échangez le coupon contre un autre *vo*yage **dans l'agence qui avait initialement fait les réservations** pour le *vo*yage que *vous* avez dû interrompre, à condition que l'agence soit toujours solvable.

Le non-respect de ces conditions invalide l'assurance VacanSûres. *Vo*tre assurance Forfait supérieur, Forfait Voyage au Canada ou Forfait non médical ne couvre pas le voyage de remplacement.

## **Annulation d'un voyage**

Si l'événement à l'origine de l'annulation (l'événement qui déclenche l'un des 50 risques assurés) se produit avant la date de départ de *votre point de départ*, vous devez :

- annuler immédiatement *votre voyage* auprès du conseiller en voyages ou du transporteur concerné, **au plus tard le jour ouvrable suivant l'événement** ayant causé l'annulation, et
- nous prévenir par la même occasion.

### **MISE EN GARDE - Exclusions, limitations ou réductions de garantie**

L'indemnité se limite aux sommes ou fractions de sommes stipulées dans le contrat de voyage qui ne sont pas remboursables à la date de survenance de la cause d'annulation ou au jour ouvrable suivant.

## **Changement dans votre état médical avant votre départ**

Si *vous* êtes couvert par :

- l'assurance Annulation et interruption ; **et**
- l'assurance Frais médicaux d'urgence

et que *votre état médical* n'est plus *stable* avant *votre* date de départ en raison :

- d'un changement de médicament prescrit ; **ou**
- d'un changement de traitement prescrit

et que cela *vous* fait perdre *votre* couverture sous l'assurance Frais médicaux d'urgence, *vous* pouvez demander à *votre* représentant canadien de communiquer avec *nous* pour que *nous* puissions prendre une décision sur *votre* cas particulier.

Nota : *Votre problème de santé* doit avoir été *stable* dans les 90 jours précédant la date à laquelle *vous* avez payé la prime de l'assurance pour pouvoir nous demander de prendre en considération *votre* cas particulier.

*Vous* devez *nous* fournir :

- les copies des notes du dossier de *votre médecin* traitant portant sur la période comprise entre les 90 jours précédant la date de réservation de *votre voyage* et la date de demande de prise en considération de *votre* cas. Il *vous* incombe d'assumer les frais demandés par *votre médecin* pour obtenir des copies des notes du dossier ;
- l'autorisation donnée aux *médecins* et *hôpitaux* et signée de *votre* main ; **et**
- l'itinéraire complet de *votre voyage*, ainsi que les frais prépayés, les sommes assurées, et les pénalités d'annulation.

*Nous* pourrions prendre **une des deux décisions suivantes en dedans d'un jour ouvrable** :

- réviser *votre* demande de règlement sous l'assurance Annulation de voyage ; ou
- *vous* permettre de faire *votre voyage* avec l'assurance Frais médicaux d'urgence **sans exclusions relative à cet état médical**.



**Exclusions, limitations ou réductions de garantie applicables  
à l'assurance Annulation et interruption**

**MISE EN GARDE**

- a) L'assurance ne couvre pas les frais liés directement ou indirectement à certains événements. Cette exclusion varie en fonction du montant non remboursable de vos frais de voyage prépayés. Le tableau ci-dessous précise les exclusions applicables à chaque type d'assurance. La description de chaque exclusion se trouve à la suite du tableau.

Aux termes de l'assurance Annulation et interruption, la *date d'effet* s'entend :

- de la date et de l'heure auxquelles la prime requise est payée, conformément à  *votre proposition d'assurance / confirmation d'assurance*, en ce qui concerne toutes les assurances VOYAGE UNIQUE.

	Montant non remboursable des frais de voyage prépayés	
	moins de 15 000 \$	15 000 \$ ou plus
Pas de <i>questionnaire médical</i>	Exclusions 1 et 2	Sans objet
<i>Vous avez répondu à toutes les questions du questionnaire médical et sur la foi de ces réponses, il est déterminé que l'exclusion 3 ne s'applique pas à vous.</i>	Sans objet	Exclusions 1, et 4
<i>Vous avez répondu à toutes les questions du questionnaire médical et sur la foi de ces réponses, il est déterminé que l'exclusion 3 s'applique à vous.</i>	Sans objet	Exclusions 1, 3, et 4

**Exclusion 1 :**

Les pertes, sinistres ou dépenses, quels qu'ils soient, ne sont pas couverts par  *votre assurance* s'ils sont liés directement ou indirectement à :

- à tout événement, tout sinistre, toute circonstance ou tout  *problème de santé prévisible*, dont  *vous étiez au courant à la 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* ;
- un  *voyage* entrepris dans le but de rendre visite à une personne malade ou de la soigner, lorsque l'*état médical* ou le décès de cette personne est la cause de la demande de règlement ;
- des frais de voyage prépayés si la prime requise n'a pas été payée ;

## MISE EN GARDE (suite)

- des blessures que *vous* vous infligez intentionnellement, *votre* suicide ou une tentative de suicide, quel que soit *votre* état mental ;
- la perpétration d'actes criminels ou des tentatives directes ou indirectes de perpétration d'actes criminels par *vous* même ;
- *vos troubles mentaux ou affectifs* ;
- à un *problème de santé* attribuable ou lié à *votre* usage chronique d'alcool ou de drogues avant ou pendant *votre voyage* ;
- à un *problème de santé* attribuable ou lié à l'abus d'alcool pendant *votre voyage* ;
- à un *problème de santé* attribuable ou lié à l'usage volontaire, pendant *votre voyage*, de drogues illégales ou de médicaments sur ordonnance qui ne *vous* ont pas été prescrits ;
- à *votre* abus de médicaments, ou au refus délibéré de suivre une thérapie ou un traitement médical prescrit avant ou pendant *votre voyage* ;
- a) des soins prénatals courants ;  ou  
b) une naissance survenant pendant la *durée de l'assurance* ;   
c) une grossesse ;   
d) un accouchement ;
- à des complications de la grossesse ou de l'accouchement survenant dans les 9 semaines précédant ou suivant la date prévue de l'accouchement ;
- à des frais engagés si la raison de *votre voyage* est de recevoir ou de chercher à *vous* procurer un traitement, une intervention chirurgicale, des examens, des soins palliatifs ou une thérapie alternative de quelque nature que ce soit
- une guerre, déclarée ou non, des actes d'ennemis étrangers ou une rébellion ;
- à la non-émission d'un visa de *voyage* en raison de la présentation tardive de la demande ;
- au refus de *votre* passage à la douane, à la frontière ou au point de contrôle de sécurité pour toute raison
- au changement de la date d'un examen médical ou d'une intervention chirurgicale qui était prévue avant la *durée de l'assurance* ;
- *votre état médical* si *vous* avez fourni une réponse inexacte dans *votre questionnaire médical*. Dans ce cas, le certificat d'assurance est annulée et la prime payée sera remboursée à *notre* gré ;
- *votre* pratique de l'escalade ou de l'alpinisme ;
- un rayonnement ionisant ou une *contamination* radioactive provenant :
  - d'un combustible nucléaire ou de déchets radioactifs ;
  - par les propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses d'un appareil nucléaire ou de toute partie de cet appareil.
- aux dépenses découlant de vols spatiaux orbitaux, de vols spatiaux suborbitaux et de tourisme dans l'espace.

## MISE EN GARDE (suite)

### **Exclusion 2 :**

Lorsque *vous* lisez les exclusions *problèmes de santé* préexistants, s'il vous plaît revoir la définition de *stable*. Cette exclusion s'applique à *vous*, à  *votre conjoint* et à  *vos enfants*, qu'ils voyagent avec *vous* ou non. S'applique aussi à  *vos parents* et  *vos frères et sœurs* qui vivent dans le même domicile, qu'ils voyagent avec *vous* ou non.

Les frais liés à des *états médicaux*, troubles cardiaques et/ou pulmonaires et aux problèmes de santé qui y sont reliés (qu'un diagnostic ait été posé ou non) ne sont pas couverts par  *votre* assurance si *vous* ou un membre de  *votre famille* :

- avez un *état médical* ou un problème qui y sont reliés (qu'un diagnostic ait été posé ou non) qui n'est pas *stable* ;
- avez pris de la nitroglycérine plus d'une fois par semaine pour soulager les douleurs d'angine de poitrine ;
- avez été soigné par oxygénothérapie à domicile ; **ou**
- avez dû prendre des stéroïdes pour un problème pulmonaire.

au cours des **90 jours** avant la *date d'effet*.

### **Exclusion 3 :**

Si la fraction non remboursable de  *vos* frais de voyage prépayés dépasse 15 000 \$, *vous* devez remplir le *questionnaire médical*. L'exclusion relative aux affections préexistantes repose sur la catégorie à laquelle *vous* êtes admissible (Or, Argent ou Bronze). L'exclusion n° 4 s'applique également à toutes les catégories.

### **Or**

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

- 1 Un *problème de santé* ou une affection connexe (qu'un diagnostic ait été posé ou non), si dans les 90 jours précédant  *votre date d'effet*, ce *problème de santé* ou affection connexe n'était pas *stable*.
- 2 Une affection cardiaque (qu'un diagnostic ait été posé ou non), si dans les 90 jours précédant  *votre date d'effet* :
  - a) cette affection cardiaque n'était pas *stable* ; ou
  - b) *vous* avez pris de la nitroglycérine plus d'une fois par semaine pour des douleurs angineuses.
- 3 Une affection pulmonaire (qu'un diagnostic ait été posé ou non), si dans les 90 jours  *votre date d'effet* :
  - a) cette affection pulmonaire n'était pas *stable* ; ou
  - b) *vous* avez reçu un traitement ou on *vous* a prescrit de l'oxygène à domicile (régulièrement ou au besoin) ou *vous* avez reçu un traitement ou on *vous* a prescrit des stéroïdes par voie buccale (prednisone ou prednisolone) pour une affection pulmonaire.

### **Argent**

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

- 1 Un *problème de santé* ou une affection connexe (qu'un diagnostic ait été posé ou non), si dans les 180 jours précédant  *votre date d'effet*, ce *problème de santé* ou affection connexe n'était pas *stable*.
- 2 Une affection cardiaque (qu'un diagnostic ait été posé ou non), si dans les 180 jours précédant  *votre date d'effet* :
  - a) cette affection cardiaque n'était pas *stable* ; ou

b) *vous avez pris de la nitroglycérine plus d'une fois par semaine pour des douleurs angineuses.*

3 Une affection pulmonaire (qu'un diagnostic ait été posé ou non), si dans les 180 jours précédant  *votre date d'effet* :

a) *cette affection pulmonaire n'était pas stable ; ou*

b) *vous avez reçu un traitement ou on vous a prescrit de l'oxygène à domicile (régulièrement ou au besoin) ou vous avez reçu un traitement ou on vous a prescrit des stéroïdes par voie buccale (prednisone ou prednisolone) pour une affection pulmonaire.*

#### **Bronze**

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

1 Un *problème de santé* ou une affection connexe (qu'un diagnostic ait été posé ou non), si dans les 365 jours précédant votre date d'effet, ce problème de santé ou affection connexe n'était pas.

2 Une affection cardiaque (qu'un diagnostic ait été posé ou non), si dans les 365 jours précédant la date de  *votre date d'effet*:

a) *cette affection cardiaque n'était pas stable ; ou*

b) *avez pris de la nitroglycérine plus d'une fois par semaine pour des douleurs angineuses.*

3 Une affection pulmonaire (qu'un diagnostic ait été posé ou non), si dans les 365 jours précédant  *votre date d'effet* :

a) *cette affection pulmonaire n'était pas stable ; ou*

b) *vous avez reçu un traitement ou on vous a prescrit de l'oxygène à domicile (régulièrement ou au besoin) ou vous avez reçu un traitement ou on vous a prescrit des stéroïdes par voie buccale (prednisone ou prednisolone) pour une affection pulmonaire.*

#### **Exclusion 4 :**

**Exclusion relative à un problème de santé préexistant  
(Applicable si la fraction non remboursable de vos frais de voyage  
prépayés dépasse 15 000 \$)**

L'assurance ne prend pas en charge les frais imputables ou se rattachant directement ou indirectement à :

1) un *problème de santé* ou une affection connexe d'un membre de  *votre proche famille* ou de  *votre compagnon de voyage* (qu'un diagnostic ait été posé ou non) si dans les 90 jours précédant la  *date d'effet*, le  *problème de santé* ou l'affection connexe du membre de  *votre proche famille* ou de  *votre compagnon de voyage* n'était pas  *stable* ;  
ou

2) une affection cardiaque d'un membre de  *votre proche famille* ou de  *votre compagnon de voyage* (qu'un diagnostic ait été posé ou non) si dans les 90 jours précédant la  *date d'effet* :

a) *l'affection cardiaque n'était pas stable, ou*

b) *le membre de votre proche famille ou votre compagnon de voyage a pris de la nitroglycérine plus d'une fois par semaine dans le but précis de soulager des douleurs d'angine de poitrine ;*

3) une affection pulmonaire d'un membre de  *votre proche famille* ou de  *votre compagnon de voyage* (qu'un diagnostic ait été posé ou non) si dans les 90 jours précédant la  *date d'effet* :

a) *l'affection pulmonaire n'était pas stable ; ou*

b) *le membre de votre proche famille ou votre compagnon de voyage ont reçu un traitement ou on leur a prescrit un traitement d'oxygène à domicile (régulièrement ou au besoin) ou ils ont reçu un traitement ou on leur a prescrit des stéroïdes par voie buccale (prednisone ou prednisolone) pour une affection pulmonaire.*

## MISE EN GARDE (suite)

### b) Terrorisme :

Lorsqu'un *acte de terrorisme* n'est pas un *événement catastrophique* et qu'il entraîne directement ou indirectement un sinistre, nous remboursons les sommes auxquelles vous avez droit jusqu'à concurrence du montant maximal intégral.

Lorsqu'un *acte de terrorisme* est un *événement catastrophique* qui entraîne directement ou indirectement un sinistre, nous remboursons les sommes auxquelles vous avez droit jusqu'à concurrence de la moitié du montant maximal.

Si un *acte de terrorisme* est un événement catastrophique, le montant maximal payable :

- par acte de *terrorisme* ; ou
- par série d'*actes de terrorisme* survenant dans un délai de 72 heures

est de 5 000 000 \$ pour l'ensemble des titulaires de police. Si le total des montants payables dépasse 5 000 000 \$, votre indemnité sera réduite proportionnellement de façon à ce que la somme totale payée soit 5 000 000 \$.

Le montant maximal payable est de 10 000 000 \$ par année civile pour l'ensemble des titulaires de police, quel que soit le nombre d'*actes de terrorisme*. Si le total des montants payables dépasse 10 000 000 \$, votre indemnité sera réduite proportionnellement de façon à ce que la somme totale payée soit 10 000 000 \$.

Lorsque vos indemnités doivent être réduites, elles seront payées à la fin de l'année.

Les prestations payables sont versées après que les autres sources vous ont versé toute prestation à laquelle vous avez droit, notamment les options de modification ou de remplacement de *voyages* proposées par :

- les compagnies aériennes ;
- les voyagistes ;
- les compagnies de croisière ; et
- les autres prestataires de voyages ou par toute autre assurance

même si cette autre assurance est décrite comme une assurance en excédent de sinistres.

Une assurance en excédent de sinistres est une assurance dont les prestations payables sont versées après toutes les autres sommes payables par d'autres sources.

Les prestations payables sont versées seulement si vous avez épuisé toutes ces autres sources.

- c) Les indemnités totales qui vous sont versées par tous les assureurs avec qui vous avez une assurance semblable ne peuvent pas dépasser les frais engagés. Toutes les indemnités qui vous sont payables par nous viennent en complément des indemnités payables par les autres assureurs pour des assurances semblables.
- d) L'indemnité totale qui vous est versée ne peut dépasser les frais que vous avez engagés si vous êtes couvert par plusieurs de nos contrats.
- e) L'indemnité maximale à laquelle vous avez droit se limite au plus élevé des montants indiqués pour ce certificat d'assurance si vous êtes couvert par plusieurs de nos contrats.

**Toute fraude ou tentative de fraude de *votre* part, ou toute réticence ou fausse déclaration de *votre* part sur des faits essentiels ou des circonstances concernant cette assurance la rend invalide.**

## ■ **Assurance Accidents de vol et de voyage**

L'assurance **Accidents de vol** s'applique si *vous* avez souscrit l'une des protections suivantes :

- Forfait supérieur ;
- Forfait Voyage au Canada ;
- Forfait non médical ;

L'assurance **Accidents de voyage** s'applique si *vous* avez souscrit l'une des protections suivantes :

- Forfait supérieur ;
- Forfait Voyage au Canada ;
- Forfait non médical.

### **Risques assurés**

L'assurance couvre les *accidents corporels* dont *vous* êtes victime, qui entraînent

- la *mutilation* ;
- la *perte de la vision* ;
- le décès ;
- la perte totale et irrémédiable de l'ouïe ; **ou**
- la perte totale et irrémédiable de la parole

dans les **365 jours** suivant l'accident qui **survient durant votre voyage**.

Pour l'assurance **Accidents de vol**, l'accident doit survenir lorsque *vous* :

- êtes passager du vol indiqué dans la *proposition d'assurance / confirmation d'assurance* ou d'un vol de remplacement si le billet a été échangé ;
- 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* dans 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* êtes dans un aéroport en prévision du départ ou de l'arrivée du vol couvert par l'assurance ;
- *vous* êtes passager dans un hélicoptère assurant un service de navette régulier entre aéroports afin d'effectuer une correspondance avec un vol couvert par l'assurance ; ou
- 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.

De plus, pour l'assurance Accidents de vol, le *voyage* doit se faire à l'aller et au retour :

- à bord d'un *avion de transport de passagers* entre le *point de départ*, le point de destination et le retour au *point de départ* qui sont indiqués dans la *proposition d'assurance / confirmation d'assurance* si un billet aller et retour a été acheté avant de quitter le *point de départ* ;
- avec un billet qui *vous* a été remis pour la totalité du *voyage* aérien à bord d'un *avion de transport de passagers* pour lequel *vous* êtes couvert par l'assurance. Tout billet qui *vous* est remis à bord d'un tel avion après qu'il a quitté le *point de départ* mais avant d'arriver à la première escale prévue est considéré comme ayant été remis avant d'avoir quitté le *point de départ*.

### **Frais remboursables**

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

- 1) **100 % du capital assuré** pour :
  - le décès ;
  - une *mutilation double* ;
  - la *perte de la vision* des deux yeux ;
  - la perte totale et irrémédiable de l'ouïe ; **ou**
  - la perte totale et irrémédiable de la parole.
- 2) **50 % du capital assuré** pour :
  - une *mutilation simple* ; **ou**
  - la *perte de la vision* d'un œil.

### **Capital assuré**

Le capital assuré est précisé dans la section « Résumé des conditions particulières – Forfaits » à la page 55 de ce guide.

#### **MISE EN GARDE - Exclusions, limitations ou réductions de garantie**

***Si la couverture dont vous bénéficiez au titre de l'ensemble des certificats d'assurance accidents de vol souscrites auprès de nous dépasse 200 000 \$, notre responsabilité globale se limite à 200 000 \$ et toute couverture excédentaire est nulle et les primes payées seront remboursées..***

### **Accidents multiples**

Si plus d'un accident survient en même temps, la somme totale qui sera versée ne peut pas dépasser le capital assuré.

### **Présomption de décès suite à une disparition**

*Vous* serez considéré décédé si *votre* corps n'est pas retrouvé **un an** après l'accident.

*Vous* serez considéré décédé si *votre* corps n'est pas retrouvé **un an** après :

- l'atterrissage forcé de l'*avion de transport de passagers* ; **ou**
- le moment où l'*avion de transport de passagers* a été vu ou entendu pour la dernière fois si l'avion a disparu.



**Exclusions, limitations ou réductions de garantie applicables  
à l'assurance Accidents de vol et de voyage**

**MISE EN GARDE**

- a) L'assurance **Accidents de vol** ne couvre pas une perte, un sinistre ou des dépenses se rattachant directement ou indirectement aux causes suivantes :
- guerre, déclarée ou non, actes d'ennemis étrangers ou rébellion ;
  - blessures que *vous vous* infligez intentionnellement, suicide ou tentative de suicide, quel que soit *votre* état mental ;
  - perpétration d'actes criminels ou tentatives directes ou indirectes de perpétration d'actes criminels par *vous-même* ou par *votre* bénéficiaire ;
  - participation à des manœuvres ou à des exercices d'entraînement militaires ;
  - maladie, même si la cause de son apparition ou de sa réapparition est un accident ;
  - pilotage, apprentissage de pilotage ou service comme membre d'équipage d'un aéronef ;
  - *contamination* attribuable à tout acte de *terrorisme* ;
  - rayonnement ionisant ou *contamination* radioactive provenant :
    - d'un combustible nucléaire ou de déchets radioactifs, ou
    - par les propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses d'un appareil nucléaire ou de toute partie de cet appareil ;
  - *terrorisme*.
  - à un *accident corporel* qui survient si la raison de *votre voyage* est de recevoir ou de chercher à *vous* procurer un traitement, une intervention chirurgicale, des examens, des soins palliatifs ou une thérapie alternative de quelque nature que ce soit :
  - à un *accident corporel* attribuable ou lié à *votre* usage chronique d'alcool ou de drogues avant ou pendant *votre voyage* ;
  - à un *accident corporel* attribuable ou lié à l'abus d'alcool pendant *votre voyage* ;
  - à un *accident corporel* attribuable ou lié à l'usage volontaire, pendant *votre voyage*, de drogues illégales ou de médicaments sur ordonnance qui ne *vous* ont pas été prescrits ;
  - à *votre* abus de médicaments, ou au refus délibéré de suivre une thérapie ou un traitement médical prescrit avant ou pendant *votre voyage* ;
- b) L'assurance **Accidents de voyage** ne couvre pas une perte, un sinistre ou des dépenses se rattachant directement ou indirectement aux causes suivantes :
- guerre, déclarée ou non, actes d'ennemis étrangers ou rébellion ;
  - blessures que *vous vous* infligez intentionnellement, suicide ou tentative de suicide, quel que soit *votre* état mental ;
  - perpétration d'actes criminels ou tentatives directes ou indirectes de perpétration d'actes criminels par *vous-même* ou par *votre* bénéficiaire (la ou les personnes à qui le capital-décès est payable) ;
  - participation à des manœuvres ou à des exercices d'entraînement militaires ;
  - maladie, même si la cause de son apparition ou de sa réapparition est un accident ;
  - pilotage, apprentissage de pilotage ou service comme membre d'équipage d'un aéronef ;
  - *contamination* attribuable à tout acte de *terrorisme* ;
  - rayonnement ionisant ou *contamination* radioactive provenant :
    - d'un combustible nucléaire ou de déchets radioactifs ; ou
    - par les propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses d'un appareil nucléaire ou de toute partie de cet appareil.
  - *terrorisme* ;

## MISE EN GARDE (suite)

- à un **accident corporel** qui survient si la raison de *vos* voyage est de recevoir ou de chercher à *vous* procurer un traitement, une intervention chirurgicale, des examens, des soins palliatifs ou une thérapie alternative de quelque nature que ce soit ;
- à un **accident corporel** attribuable ou lié à *vos* usage chronique d'alcool ou de drogues avant ou pendant *vos* voyage ;
- à un **accident corporel** attribuable ou lié à l'abus d'alcool pendant *vos* voyage ;
- à un **accident corporel** attribuable ou lié à l'usage volontaire, pendant *vos* voyage, de drogues illégales ou de médicaments sur ordonnance qui ne *vous* ont pas été prescrits ;
- à *vos* abus de médicaments, ou au refus délibéré de suivre une thérapie ou un traitement médical prescrit avant ou pendant *vos* voyage ;
- *vos* participation à des activités sportives en qualité d'athlète **professionnel**, y compris l'entraînement ;
- *vos* pratique du deltaplane, de l'escalade ou de l'**alpinisme**, du parachutisme, de la chute libre ou du saut à l'élastique (bungee) ;
- *vos* participation à des courses ou à des épreuves de vitesse d'engins motorisés de quelque nature que ce soit, y compris l'entraînement ;
- aux dépenses découlant de vols spatiaux orbitaux, de vols spatiaux suborbitaux et de tourisme dans l'espace.

c) **Terrorisme** :

La présente assurance ne couvre pas les sinistres directement ou indirectement liés au **terrorisme** ou à une **contamination** attribuable à un **acte de terrorisme**.

- d) Les indemnités totales qui *vous* sont versées par tous les assureurs avec qui *vous* avez une assurance semblable ne peuvent pas dépasser les frais engagés. Toutes les indemnités qui *vous* sont payables par *nous* viennent en complément des indemnités payables par les autres assureurs pour des assurances semblables.
- e) L'indemnité totale qui *vous* est versée ne peut dépasser les frais que *vous* avez engagés si *vous* êtes couvert par plusieurs de *nos* contrats.
- f) L'indemnité maximale à laquelle *vous* avez droit se limite au plus élevé des montants indiqués pour ce certificat d'assurance si *vous* êtes couvert par plusieurs de *nos* contrats.

Toute fraude ou tentative de fraude de *vos* part, ou toute réticence ou fausse déclaration de *vos* part sur des faits essentiels ou des circonstances concernant cette assurance la rend invalide.

## **Assurance Bagages et effets personnels**

Cette protection est offerte par Aviva, Compagnie d'Assurance Générale aux Québec.

L'assurance Bagages et effets personnels s'applique si *vous* avez souscrit l'une des protections suivantes :

- Forfait supérieur ;
- Forfait Voyage au Canada ;
- Forfait non médical

### **Risques assurés**

L'assurance couvre

- la perte physique ; **ou**
- les dommages causés

aux bagages et effets personnels

- qui *vous* appartiennent ; **et**
- que *vous* utilisez au cours de *vo*tre voyage.

### **Frais remboursables**

#### **1. Perte ou détérioration des bagages et effets personnels**

Remboursement de *vos* pertes, jusqu'à concurrence du montant d'assurance, **sous réserve d'un maximum de 500 \$ par article ou ensemble d'articles.**

Le capital assuré pour les forfaits est indiqué dans la section « Résumé des conditions particulières – Forfaits » de ce guide.

#### **2. 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 ; **et**
- visa de voyage

en cas de **perte** ou de **vol** de l'un de ces documents.

#### **3. Retard des bagages et effets personnels (ne s'applique pas si la couverture pour bagages et effets personnels est achetée séparée)**

Remboursement des frais d'achat d'articles de toilette et de vêtements de première nécessité, si *vos* bagages enregistrés sont retardés **au moins 12 heures** en cours de route par le transporteur et avant le retour à *vo*tre point de départ et **si vous êtes couvert par un forfait d'assurance :**

- **jusqu'à concurrence de 400 \$** dans le cas des assurances **Forfait supérieur, Forfait Voyage au Canada** ou **Forfait non médical.**

*Nous nous* réservons le droit de réparer ou de remplacer les biens endommagés ou perdus par d'autres biens de même nature, qualité et valeur. *Nous nous* réservons aussi le droit que les biens *nous* soient remis pour l'estimation des dommages.

#### 4. Retard des bâtons de golf

Remboursement pour la location de bâtons de golf et l'achat d'accessoires raisonnables, comme des balles ou des tés de golf si *vous* bâtons de golf (qui *vous* appartiennent ou que *vous* utilisez au cours du *voyage*) sont retardés par le transporteur public pendant au moins 12 heures.

- **jusqu'à concurrence de 400 \$** dans le cas des assurances **Forfait supérieur, Forfait Voyage au Canada** ou **Forfait non médical**.

#### 5. Retard de l'équipement de ski

Remboursement pour la location d'un équipement de ski et l'achat d'accessoires de ski raisonnables, si *vous* équipement de ski (qui *vous* appartient ou que *vous* utilisez au cours du *voyage*) sont retardés par le transporteur public pendant au moins 12 heures.

- **jusqu'à concurrence de 400 \$** dans le cas des assurances **Forfait supérieur, Forfait Voyage au Canada** ou **Forfait non médical**.

Nota : L'équipement de ski comprend les planches à neige, les skis, les fixations, les bottes et les bâtons

### **Vol, malveillance, disparition, perte ou dommages**

*Vous* devez, pendant la *durée de l'assurance*, faire une déclaration et obtenir les documents qui prouvent le vol, la perte ou la disparition auprès de la police.

Si *vous* ne pouvez pas rejoindre la police, *vous* devez faire *vous* déclaration et obtenir les documents qui prouvent le vol, la perte, le dommage ou la disparition auprès :

- du directeur de l'hôtel ;
- du guide touristique ; **ou**
- du transporteur.

De plus, *vous* devez :

- prendre les mesures raisonnables pour protéger ou récupérer les biens ; **et**
- nous aviser dès *vous* retour à *vous* point de départ.

#### **MISE EN GARDE - Exclusions, limitations ou réductions de garantie**

**Si *vous* ne déclarez pas le sinistre de la façon décrite ci-haut, *vous* perdrez vos droits à cette assurance.**

### **Prolongation de l'assurance**

L'assurance se poursuit jusqu'à la remise des biens par le transporteur si les biens sont enregistrés auprès d'un transporteur public et que la remise des biens est retardée.

**Exclusions, limitations ou réductions de garantie applicables à l'assurance  
Bagages et effets personnels**

**MISE EN GARDE**

- a) 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 ;
- b) L'assurance se limite à la valeur des biens le jour du sinistre (le prix d'achat moins la dépréciation) ;
- c) En cas de sinistre portant sur des articles qui composent un ensemble, l'indemnité tient compte de la valeur individuelle de chaque article par rapport à l'ensemble, sans pour autant atteindre la pleine valeur de l'ensemble ;

d) **Terrorisme** :

Dans le cas d'un sinistre résultant directement ou indirectement d'un acte de *terrorisme*, les prestations payables sont versées après que les autres sources vous aient versé toute prestation à laquelle vous avez droit, incluant les options de modification ou de remplacement de voyages proposées par :

- les compagnies aériennes ;
- les voyagistes ;
- les compagnies de croisière ;  ou
- les autres prestataires de voyages ou par toute autre assurance.

**même si cette autre assurance est décrite comme une assurance en excédent de sinistres.**

Les prestations payables sont versées payées seulement si vous avez épuisé toutes ces autres sources.

e) L'assurance ne couvre pas :

- les animaux ;
- les produits périssables ;
- les bicyclettes, sauf en tant que bagages enregistrés auprès d'un transporteur public ;
- les meubles et articles ménagers ;
- les prothèses auditives ;
- les prothèses dentaires et membres artificiels ;
- les lunettes, les lunettes de soleil et les verres de contact ;
- l'argent ;
- les billets ;
- les valeurs mobilières ;
- les documents ;
- les articles servant à des fins *professionnelles* ;
- les objets d'art anciens ;
- les articles de collection ;
- le bris ou les dommages d'articles fragiles ou cassants ;
- les biens illégalement acquis, détenus, emmagasinés ou transportés ;
- les pertes ou détériorations dues à l'usure normale, à la détérioration graduelle, aux défauts ou aux pannes mécaniques ;

## MISE EN GARDE (suite)

- les pertes ou détériorations dues à une imprudence ou à une omission de *votre* part ;
  - les pertes ou détériorations d'articles expressément assurés en valeur convenue par un autre assureur au moment où cette assurance est en vigueur ;
  - les pertes ou détériorations résultant directement d'une guerre, déclarée ou non, d'actes d'ennemis étrangers ou d'une rébellion ;
  - les pertes 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 évidents d'un vol par effraction.
  - aux dépenses découlant de vols spatiaux orbitaux, de vols spatiaux suborbitaux et de tourisme dans l'espace.
- f) une perte, un sinistre ou des dépenses, quels qu'ils soient, se rattachant directement ou indirectement à un rayonnement ionisant ou une *contamination* radioactive provenant :
- d'un combustible nucléaire ou de déchets radioactifs ; ou
  - par les propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses d'un appareil nucléaire ou de toute partie de cet appareil.
- g) à des frais engagés si la raison de *votre voyage* est de recevoir ou de chercher à *vous* procurer un traitement, une intervention chirurgicale, des examens, des soins palliatifs ou une thérapie alternative de quelque nature que ce soit ;
- h) Les indemnités totales qui *vous* sont versées par tous les assureurs avec qui *vous* avez une assurance semblable ne peuvent pas dépasser les frais engagés. Toutes les indemnités qui *vous* sont payables par *nous* viennent en complément des indemnités payables par les autres assureurs pour des assurances semblables.
- i) L'indemnité totale qui *vous* est versée ne peut dépasser les frais que *vous* avez engagés si *vous* êtes couvert par plusieurs de *nos* contrats.
- j) L'indemnité maximale à laquelle *vous* avez droit se limite au plus élevé des montants indiqués pour ce certificat d'assurance si *vous* êtes couvert par plusieurs de *nos* contrats.

Toute fraude ou tentative de fraude de *votre* part, ou toute réticence ou fausse déclaration de *votre* part sur des faits essentiels ou des circonstances concernant cette assurance la rend invalide.

## Forfaits d'assurance

### Indemnités maximales

Les indemnités maximales payables varient en fonction de la couverture que *vous* avez choisi. Ces maximums sont illustrés dans le tableau ci-dessous :

Forfaits d'assurance	Supérieur <sup>1</sup>	Voyage au Canada	Non médical
Annulation de <i>voyage</i> – Avant le départ	Jusqu'à concurrence de la somme assurée	Jusqu'à concurrence de la somme assurée	Jusqu'à concurrence de la somme assurée
Interruption de <i>voyage</i> – Après le départ-Transport	Transport en classe économique	Transport en classe économique	Transport en classe économique
Interruption de <i>voyage</i> – Après le départ-Partie inutilisée des frais de voyage prépayés	Jusqu'à la somme assurée pour l'assurance Annulation de <i>voyage</i> – Avant le départ	Jusqu'à la somme assurée pour l'assurance Annulation de <i>voyage</i> – Avant le départ	Jusqu'à la somme assurée pour l'assurance Annulation de <i>voyage</i> – Avant le départ
Frais de subsistance	3 500 \$	3 500 \$	3 500 \$
Coupon VacanSûres	Coupon voyage de 750 \$	Coupon voyage de 750 \$	Coupon voyage de 750 \$
Correspondance	1 000 \$	1 000 \$	1 000 \$
Frais médicaux et autres frais	Illimitée <sup>2</sup>	Illimitée <sup>2</sup>	Sans objet
Frais de subsistance	3 500 \$	3 500 \$	Sans objet
Perte ou détérioration des bagages et effets personnels	1 000 \$ <sup>3</sup>	1 000 \$ <sup>3</sup>	1 000 \$ <sup>3</sup>
Retard des bagages et effets personnels	400 \$	400 \$	400 \$
Retard des bâtons de golf	400 \$	400 \$	400 \$
Retard d'équipement de ski	400 \$	400 \$	400 \$
Décès, double <i>mutilation</i> ou <i>perte de la vision</i> des deux yeux ou perte totale et irréversible de l'ouïe ou de la parole <sup>4</sup>	100 000 \$	100 000 \$	100 000 \$
Décès, double <i>mutilation</i> ou <i>perte de la vision</i> des deux yeux ou perte totale et irréversible de l'ouïe ou de la parole <sup>4</sup>	50 000 \$	50 000 \$	50 000 \$

<sup>1</sup> L'indemnité maximale et le Capital assuré s'entendent par voyage

<sup>2</sup> Cette assurance est assujettie à une indemnité maximale de 20 000 \$ si *vous* êtes sans couverture valide du *régime d'assurance maladie provincial*.

<sup>3</sup> L'indemnité maximale par article ou ensemble d'articles est de 500 \$.

<sup>4</sup> L'indemnité maximale à laquelle *vous* avez droit correspond au montant le plus élevé payable pour l'une de ces pertes.

<b>Assurance Annulation et Interruption de <i>voyage</i></b>	
<b>Risque</b>	<b>Sommes assurées maximales offertes</b>
Annulation de <i>voyage</i> - Avant le départ	Jusqu'à concurrence de la somme assurée
Interruption de <i>voyage</i> - Après le départ ; Transport – Classe économique Interruption de <i>voyage</i> – Après le départ ; Partie non utilisée des frais de <i>voyage</i> prépayés	Option 1 ; Transport – Classe économique Partie non utilisée des frais de <i>voyage</i> prépayés - Jusqu'à concurrence de la somme assurée des frais de <i>voyage</i> prépayés
Interruption de <i>voyage</i> - Après le départ ; Transport – Classe économique Interruption de <i>voyage</i> – Après le départ ; Partie non utilisée des frais de <i>voyage</i> prépayés	Option 2 ; maximum combiné basé sur <i>vo</i> tre somme assurée pour après le départ de 1500 \$
Interruption de <i>voyage</i> - Après le départ ; Transport – Classe économique Interruption de <i>voyage</i> – Après le départ ; Partie non utilisée des frais de <i>voyage</i> prépayés	Option 3 ; maximum combiné basé sur <i>vo</i> tre somme assurée pour après le départ de 800 \$
Frais de subsistance (Interruption de <i>voyage</i> )	350 \$
Frais de subsistance (Retour retardé)	1 750 \$
Rapatriement de la dépouille	Frais de transport sans limite jusqu'au province ou territoire de résidence 5 000 \$ pour la préparation de la dépouille 5000 \$ pour l'incinération ou l'enterrement au lieu du décès

**MISE EN GARDE – Exclusions, limitations ou réductions de garantie**

**Notre responsabilité totale se limite à 200 000 \$ pour toutes les couvertures d'assurance accidents souscrite auprès de nous. Toute couverture qui dépasse 200 000 \$ est nulle et les primes seront remboursées.**

La présente police contient une clause qui révoque ou limite le droit de l'assuré du régime collectif de nommer les personnes auxquelles ou au bénéfice desquelles le produit de l'assurance doit être versé pour tous les couvertures.



## • **Services d'assistance**

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

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

L'assistance en cas d'urgence s'applique pour les produits suivants :

- Forfait supérieur;
- Forfait Voyage au Canada.

Le forfait non médical inclus seulement le Remplacement d'articles essentiels

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

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

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

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

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

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

#### **2. Aide financière**

Dans la mesure du possible, le paiement des soins médicaux admissibles que *vous* recevez, les communications avec *votre* prestataire de soins et le mode de facturation seront coordonnés par Assistance aux Assurés Inc. L'aide financière ne sera peut-être pas offerte par certains prestataires de soins médicaux, pour des raisons échappant au contrôle d'Assistance aux Assurés Inc. *Vous* pourriez être obligé de payer *vous-même* vos frais médicaux ou de laisser un dépôt. Le cas échéant, *vous* devez appeler Assistance aux Assurés Inc. immédiatement.

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

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

## Services de concierge

Les services de concierge s'appliquent pour les produits suivants :

- Forfait supérieur;
- Forfait Voyage au Canada;
- Forfait non médical

Si, au cours de  *votre voyage*, vous avez besoin d'assistance ou d'aide en matière de planification, veuillez communiquer avec nos services de concierge à l'un des numéros suivants :

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

Vous avez droit aux services de concierge suivants :

### RENSEIGNEMENTS DESTINÉS AUX VOYAGEURS

- ✓ Taux de change
- ✓ Emplacement des GAB
- ✓ Information sur les conditions climatiques
- ✓ Emplacement du consulat ou de l'ambassade
- ✓ Attractions touristiques de la région
- ✓ Coutumes traditionnelles des pays à visiter
- ✓ Changements de dernière minute à l'horaire du vol
- ✓ Recherche d'hôtel et réservation
- ✓ Transport terrestre (location de voitures, billets de train ou d'autobus)
- ✓ Recherche des bagages perdus
- ✓ Conseils de santé et de sécurité, avant  *le voyage*
- ✓ Information sur le passeport, le visa et les douanes
- ✓ Information sur la taxe de transport
- ✓ Information sur le permis de conduire international
- ✓ Information sur l'accès pour les personnes handicapées utilisant un fauteuil roulant
- ✓ Information sur les voyages effectués avec des  *enfants* (à l'intention des couples divorcés ou séparés) ou avec des  *enfants* qui ne sont pas ceux de l'assuré, ou sur les enfants qui voyagent seuls
- ✓ Douanes canadiennes – Que puis-je ramener au Canada ?
- ✓ Information sur les appels téléphoniques d'un pays à un autre
- ✓ Assistance en ce qui concerne l'enregistrement des voyageurs

### PLANIFICATION D'ACTIVITÉS

- ✓ Emplacement des restaurants/réservation
- ✓ Emplacement des terrains de golf/réservation
- ✓ Billets de spectacles, de théâtre et d'événements sportifs
- ✓ Réservation d'une croisière en yacht ou d'un voyage de pêche

### SERVICES PERSONNELS

- ✓ Courriels et messages téléphoniques à la famille et aux amis
- ✓ Services de livraison de fleurs
- ✓ Réservation au centre de conditionnement physique/spa
- ✓ Assistance juridique et assistance en matière de cautionnement
- ✓ Services d'interprétation et de traduction
- ✓ Service de messagerie en cas d'oubli de documents importants

Nota : Dans tous les cas, nous nous efforcerons de trouver l'information demandée, de prendre les dispositions nécessaires selon  *votre* demande ou de  *vous* adresser aux bons professionnels. Prenez note qu'il est possible que nous ne puissions pas répondre à vos demandes. Les

professionnels étrangers sont des fournisseurs indépendants et Assistance aux Assurés Inc. ne peut garantir leur disponibilité, la qualité et le résultat de leurs services, ni la qualité de l'information donnée. Nos services de concierge *vous* offrent des services, et non de l'aide financière. Il *vous* incombe d'acquitter les frais liés aux services. Les services peuvent varier ou peuvent ne pas être offerts, selon *votre* destination.

## ■ Prolongation automatique de *votre* assurance

Dans certains cas, *votre* assurance peut être prolongée automatiquement.

### **Retard d'un transporteur public**

Si *vous* ne pouvez terminer *votre voyage* à la *date de retour* à cause du retard d'un moyen de transport public dans lequel *vous* devez voyager, *votre* assurance est prolongée automatiquement pour la durée du retard, jusqu'à un maximum de **72 heures**.

### **Hospitalisation**

Si, à la *date de retour* ou à la *date d'expiration*, *vous* ou *votre compagnon de voyage* êtes hospitalisé, *votre* assurance est prolongée automatiquement. *Votre* assurance est prolongée **pour la durée de l'hospitalisation, et jusqu'à un maximum de cinq jours additionnels après la sortie de l'hôpital**. Ceci ne s'applique pas à l'assurance Annulation et interruption.

### **État médical**

Si *vous* ou *votre compagnon de voyage* êtes retardé au-delà de la *date de retour* en raison d'un *état médical* et, pour des raisons médicales, n'êtes pas en mesure de voyager sans toutefois être hospitalisé, *votre* assurance est prolongée automatiquement. *Votre* assurance est prolongée pour la durée du retard, **jusqu'à un maximum de 5 jours après la date de retour**. Ceci ne s'applique pas à l'assurance Annulation et interruption.

### **MISE EN GARDE - Exclusions, limitations ou réductions de garantie**

**L'assurance ne peut être prolongée au-delà des 365 jours suivant la date de *votre* départ quelle que soit la raison de la prolongation automatique.**

## ■ Prolongation du voyage

Si *vous* décidez de prolonger  *votre voyage*, toute prolongation de  *votre* couverture devra remplir les conditions suivantes :

- a) Si *vous* **n'avez pas eu de problème de santé** visé par la garantie dont *vous* bénéficiez selon l'une de  *nos* assurances *vous* devez demander la prolongation en communiquant avec  *votre* représentant canadien avant la  *date de retour*.
- b) Si *vous* **avez eu un problème de santé** visé par la garantie dont *vous* bénéficiez selon l'une de  *nos* assurances *vous* devez demander la prolongation en communiquant avec Assistance aux Assurés Inc. avant la  *date de retour*, et la prolongation dépend de l'approbation d'Assistance aux Assurés Inc.

Dans les deux cas ci-dessus, *vous* devez payer le supplément de prime exigé **avant la date de retour** originale.

Si l'assurance pour laquelle *vous* demandez une prolongation n'est pas offerte pour une durée incluant le nombre total de jours de  *votre voyage* et toute prolongation facultative,  *votre* couverture ne peut être prolongée. Cependant, *vous* pouvez peut-être souscrire un nouveau certificate d'assurance portant sur la couverture :

- à laquelle *vous* avez droit ; **et**
- offerte pour la durée comprenant la période débutant à la  *date d'effet* et prenant fin à la nouvelle  *date de retour*.

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

## ■ Assurance complémentaire

### Avant la date d'effet

*Vous* devez communiquer avec  *votre* représentant canadien pour souscrire une  *assurance complémentaire*.

### Après la date d'effet

- a) Si *vous* **n'avez pas eu de problème de santé** pendant  *votre voyage*, *vous* devez communiquer avec  *votre* représentant canadien avant la  *date de retour* prévue pour souscrire une  *assurance complémentaire*.
- b) Si *vous* **avez eu un problème de santé** pendant  *votre voyage*, *vous* devez communiquer avec Assistance aux Assurés Inc. avant la  *date de retour* prévue pour souscrire une  *assurance complémentaire*. L'établissement du certificat d' *assurance complémentaire* est soumis à l'approbation d'Assistance aux Assurés Inc.

**Les conditions et exclusions du certificat d'assurance établie pour l'assurance complémentaire s'appliquent.**

*Vous* devez payer la prime d' *assurance complémentaire* exigée au plus tard à la  *date d'effet* de l' *assurance complémentaire*.

### **MISE EN GARDE – Exclusions, limitations ou réductions de garantie**

**Si le certificat d'assurance que vous souscrivez à titre d'assurance complémentaire l'exige, vous devez remplir un questionnaire médical à cet égard.**

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

Si vous êtes couvert par l'assurance voyage d'un autre assureur, vous pouvez souscrire une assurance complémentaire à celle de cet autre assureur auprès de votre représentant canadien **seulement avant la date de départ** de votre point de départ.

Vous devez payer la prime d'assurance complémentaire exigée **avant la date de départ** de votre point de départ.

Si l'assurance complémentaire que vous désirez souscrire est l'une de nos assurances Frais médicaux d'urgence et que :

- la durée totale prévue de votre voyage **dépasse 183 jours** (y compris la durée de l'assurance voyage auprès d'un autre assureur) ; **et**
- vous avez **65ans ou plus** ;

vous devez remplir le questionnaire médical.

**Les dispositions et exclusions de notre certificat d'assurance établi à titre d'assurance complémentaire s'appliquent.**

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

Si vous êtes couvert par une assurance voyage offerte par votre carte de crédit, vous pouvez souscrire le Forfait supérieur, Forfait non médical ou couverture Classique à titre d'assurance complémentaire pour le nombre de jours qui s'ajoutent à la durée prévue de l'assurance offerte par votre carte de crédit :

- a) vous pouvez communiquer avec votre représentant canadien avant la date de départ de votre point de départ ;
- b) vous devez payer la prime requise pour l'option 9, 16 ou 30 jours avant la date de départ de votre point de départ ;
- c) les conditions et exclusions du certificat d'assurance établie par nous à titre d'assurance complémentaire s'appliquent ;
- d) si la que vous souscrivez à titre d'assurance complémentaire l'exige, vous devez remplir un questionnaire médical ;
- e) il vous incombe de vérifier si l'assurance complémentaire est permise au titre de l'assurance voyage offerte par votre carte de crédit.

## Résiliation

---

*Vous* pouvez annuler  *votre* contrat d'assurance en tout temps avant la date de  *votre* départ et  *vous* faire rembourser la prime en communiquant avec  *votre* représentant canadien si l'assurance que  *vous* avez souscrite ne comporte pas l'assurance **Annulation et interruption**.

Les coordonnées de  *votre* représentant canadien se retrouvent sur la page couverture du guide de distribution.  *Votre* représentant canadien  *vous* avisera des documents requis pour annuler  *votre* assurance.

Si  *votre* assurance comporte l'assurance **Annulation et interruption**,  *vous* pevez annuler le contrat d'assurance dans les 10 jours suivant la date de la  *proposition d'assurance / confirmation d'assurance* .  *Vous* devez faire parvenir un avis écrit par courrier recommandé ou certifié.

*Vous* ne pouvez annuler le contrat d'assurance **Annulation et interruption** après le départ ou si le départ tombe moins de 11 jours après la date de  *proposition d'assurance / confirmation d'assurance* .

*Vous* trouvez un formulaire pour annuler  *votre* assurance à la page 64 de ce Guide de Distribution.

### ■ **Remboursement de la prime**

Toutes les demandes de remboursement de prime doivent être présentées au représentant canadien qui  *vous* a vendu l'assurance. Aucune prime ne sera remboursée si une prestation a été versée ou une demande de règlement a été déposée ou déclarée, ou si  *vous* êtes déjà parti en  *voyage*

#### **a) Assurance Annulation et interruption et le forfait Supérieur :**

La prime que  *vous* avez payée peut être remboursée si  *votre voyage* est annulé avant  *votre date de départ en voyage*  et que :

- le fournisseur annule  *votre voyage*  et toutes les pénalités sont supprimées ;
- le fournisseur change les dates du  *voyage*  et  *vous* ne pouvez voyager aux dates en question et toutes les pénalités sont supprimées ; **ou**
- *vous* annulez  *votre voyage*  avant la  *date d'effet*  de toutes les pénalités d'annulation.

#### **b) Toutes les assurances autres que celles décrites aux points a) :**

La prime que  *vous* avez payée pour les journées non utilisées peut être remboursée si  *vous* revenez à  *votre point de départ*  avant la  *date de retour*  prévue.

*Vous* devez :

- fournir la preuve de la  *date de retour*  ; **et**
- ne pas avoir de demande de règlement à présenter.

## ■ Cessation de l'assurance

Votre assurance cesse à la **première des dates suivantes** :

- a) la date de survenance de l'événement ayant causé l'annulation si le *voyage* est annulé avant la date de départ de  *votre point de départ* ;
- b) le jour de  *votre* retour dans la province, le territoire ou le pays de  *votre* domicile **sauf dans les circonstances suivantes** :

Votre protection d'assurance **ne prendra pas fin le jour de  *votre* retour temporaire** dans la province, le territoire ou le pays de  *votre* domicile **avant  *votre* date de retour prévue** si :

- *vous* reprenez par la suite  *votre* voyage ;
  - *vous* êtes couvert par l'assurance Classique Frais médicaux; **et**
  - *vous* n'avez présenté aucune demande de règlement pour la présente assurance ; **et**
  - *vous* n'avez eu aucun problème de santé à  *votre* retour temporaire dans la province, le territoire ou le pays de  *votre* résidence ; **et**
  - *vous* êtes apte à continuer  *votre* voyage.
- c) la  *date de votre retour*, à minuit ;
  - d) la  *date d'expiration*, à minuit ;
  - e) 183 jours après la date de départ de  *votre point de départ*, sauf pour les situations décrites aux points f) et g);
  - f) 365 jours après la date de départ de  *votre point de départ* dans le cas de l'assurance Classique Frais médicaux si le  *régime d'assurance maladie provincial*  *vous* couvre pendant toute la durée de  *votre* voyage ;
  - g) 365 jours après la date de départ de  *votre point de départ* dans le cas de l'assurance Annulation et interruption, Forfait non médical, Voyage au Canada et Accidents de vol ;

## II. PREUVE DE SINISTRE OU DEMANDE DE RÈGLEMENT

### Présentation de la demande de règlement

---

#### ■ Assurance Frais médicaux d'urgence

Si *vous* avez besoin de soins médicaux pendant *votre voyage*, *vous* ou une autre personne devez immédiatement communiquer avec Assistance aux Assurés Inc. à l'un des numéros suivants :

Sans frais des États-Unis ou du Canada : .....	1 800 387-2487
À frais virés de partout ailleurs par un service local: .....	905 816-2561
Télécopieur sans frais des États-Unis ou du Canada :.....	1 888 298-6340
Télécopieur : .....	905 813-4719

#### ■ Autres assurances

Pour présenter une demande de règlement portant sur des frais admissibles engagés durant le *voyage*, *vous* pouvez :

- suivre les instructions du formulaire de demande de règlement qui se trouve dans votre certificat d'assurance ; **ou**
- visiter notre site web <http://www.rbcbanqueroyle.com/assurancevoyage/sinistres-assurance-voyage.html> ; ou
- communiquer avec le service des règlements à un des numéros suivants :

Sans frais du Canada : .....	1 800 263-8944
À frais virés de tout pays : .....	514 748-2244

#### ■ Délai pour présenter une demande de règlement

Pour **toutes les autres assurances**, *vous* devez présenter *votre* demande dans les **90 jours** suivant le retour à *votre point de départ*.

S'il *vous* est impossible de présenter *votre* demande dans ces délais, *vous* devez le faire dans un délai de **1 an**, sinon *vous* n'aurez droit à aucune indemnité.



## ■ Formulaire de demande de règlement et autorisation

Certains documents doivent être fournis lors d'une demande de règlement. Ceux-ci comprennent le formulaire de demande de règlement et autorisation, dûment rempli et, s'il y a lieu :

### Assurance Frais médicaux d'urgence

- *notre questionnaire médical si applicable;*
- l'original des factures et des reçus ;
- la preuve du départ et du retour à *notre* province de résidence ; Le genre de preuve exigé dépend du fait que *vous* avez voyagé par avion ou par automobile (par exemple, une copie des billets d'avion, de l'itinéraire, des cartes d'embarquement, des reçus d'essence, des reçus d'hôtel, des reçus de repas, de reçus d'autoroute à péage, de l'original des reçus de boutique hors taxes) ;
- la preuve de tout paiement versé par le *régime d'assurance maladie provincial* et les autres assureurs ou régimes d'assurance maladie ;
- la procuration et les formulaires de la Régie de l'assurance maladie du Québec, correctement remplis et signés, si *vous* êtes domicilié au Québec ;
- le diagnostic complet des *médecins* et/ou des *hôpitaux* ayant prodigué les soins, y compris, s'il y a lieu, le certificat écrit du *médecin* qui *vous* a soigné pendant *notre voyage*, qui confirme que les frais ont été engagés pour des soins nécessaires du point de vue médical ;
- dans le cas des **frais dentaires**, nous avons besoin de l'attestation de l'accident.

Nous nous réservons le droit de *vous* faire subir un examen médical à nos frais, par un ou plusieurs *médecins* choisis par nous pour toute demande de règlement.

### Assurance Annulation et interruption

- *notre questionnaire médical si la valeur totale de la partie non remboursable de vos frais de voyage prépayés dépasse 15 000 \$ ;*
- le certificat médical annexé, correctement rempli par le *médecin* qualifié qui a été le *médecin* traitant dans la localité où est survenu l'*état médical*, et énonçant la raison pour laquelle le *voyage* n'était pas recommandé ;
- une attestation écrite du risque assuré qui a motivé l'annulation ;
- 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 prévus au cours d'une escale ;
- tous les reçus des moyens de transport terrestres prépayés et/ou des frais de subsistance ;
- les originaux des reçus des nouveaux billets ;
- les rapports de la police ou des autorités locales qui expliquent les raisons de la correspondance manquée ;
- les factures détaillées et/ou les reçus du ou des fournisseurs de services.

### Assurance Accidents de vol et de voyage

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

### Assurance Bagages et effets personnels

- l'attestation de perte (copie des rapports établis par les autorités) ou de dommages, 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 de retard et les reçus d'achat des articles de toilette et des vêtements de première nécessité, **en cas de retard**.

**MISE EN GARDE - Exclusions, limitations ou réductions de garantie**

**Les pièces justificatives à fournir doivent être fournies pour toute demande de règlement, sinon *vous* perdrez tout droit à indemnité pour la demande de règlement en cause.**

**Le fait de ne pas remplir en entier le formulaire Demande de règlement et autorisation peut retarder le processus d'évaluation du sinistre.**

## Réponse de l'assureur

---

Notre objectif est de régler *votre* demande ou de *vous* informer de *notre* décision dans les **7 jours** suivant la réception de tous les renseignements nécessaires au traitement de la demande.

Pour l'assurance Frais médicaux d'urgence, *nous* réglons les frais couverts directement au fournisseur de soins médicaux lorsque c'est possible.

Pour les demandes de règlement sous l'assurance Accidents de vol et de voyage, *nous* versons le capital-décès au bénéficiaire indiqué dans la *proposition d'assurance / confirmation d'assurance* ou à *votre* succession si aucun bénéficiaire n'est désigné.

*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 payées à *votre* succession, sauf indication contraire dans la *proposition d'assurance / confirmation d'assurance*.

*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 selon *votre* certificat d'assurance.

## Appel de la décision de l'assureur et recours

---

*Vous* pouvez consulter l'Autorité des marchés financiers ou *votre* conseiller juridique si l'assureur ne respecte pas ses engagements.

La cause sera réglée devant un arbitre unique dans la province ou le territoire canadien d'établissement du certificat d'assurance si *vous* n'êtes pas d'accord avec la décision rendue au sujet de *votre* demande ou si un différend survient dans l'interprétation du certificat d'assurance.

Toute action ou procédure d'arbitrage intentée contre *nous* concernant une demande d'indemnité fondée sur ce certificat d'assurance se prescrit par 3 ans, à compter de la survenance de l'événement à l'origine de la demande.

Toutefois, si cette restriction est invalide en vertu des lois de la province ou du territoire d'établissement du certificat d'assurance, *vous* devez intenter *votre* action ou procédure d'arbitrage dans le délai le plus court prescrit par les lois du lieu d'établissement du certificat d'assurance. En effet, si cette loi est modifiée afin d'allonger ou réduire le délai maximum pour intenter une action ou une procédure d'arbitrage contre *nous*, *vous* devez le faire à l'intérieur des nouveaux délais prescrit par la loi.

## Responsabilité des autres personnes

---

Si *vous* avez une réclamation ou un droit d'action à l'encontre d'une personne, entreprise ou organisation relativement à des frais que *nous* *vous* avons payés au titre du présent certificat d'assurance, *vous* devrez, si *nous* *vous* le demandons, *nous* céder ou transférer la réclamation ou le droit d'action. *Vous* convenez que *vous* ne porterez aucunement atteinte à de tels droits. *Vous* acceptez de collaborer pleinement avec *nous* et *vous* *nous* autorisez à intenter, à *nos* frais, une poursuite en *votre* nom.

### **III. PRODUITS SIMILAIRES**

D'autres assureurs peuvent offrir des produits semblables.

### **IV. RÉFÉRENCE À L'AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS**

Pour obtenir des précisions sur les obligations des assureurs envers *vous*, *vous* pouvez *vous* adresser à l'Autorité des marchés financiers :

#### **Autorité des marchés financiers**

Place de la Cité, Tour Cominar  
2640, boulevard Laurier, 4<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1V 5C1

#### Téléphone

Québec : 418 525-0337  
Montréal : 514 395-0337  
Sans frais : 1 877 525-0337

#### Télécopieur

418 525-9512

#### Site Web

[www.lautorite.qc.ca](http://www.lautorite.qc.ca)

## V. AVIS DE RÉOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE

### AVIS DONNÉ PAR LE DISTRIBUTEUR

Article 440 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers.

### LA LOI SUR LA DISTRIBUTION DE PRODUITS ET SERVICES FINANCIERS VOUS DONNE DES DROITS IMPORTANTS.

- La loi *vous* permet de mettre fin au contrat d'assurance que *vous* venez de signer à l'occasion d'un autre contrat, **sans pénalité, dans les 10 jours de sa signature**. Pour cela, *vous* devez donner à l'assureur un avis par courrier recommandé dans ce délai. *Vous* pouvez à cet effet utiliser le modèle ci-joint.
- Malgré l'annulation du contrat d'assurance, le premier contrat conclu demeurera en vigueur. Attention, il est possible que *vous* perdiez des conditions avantageuses qui *vous* ont été consenties en raison de cette assurance ; informez-*vous* auprès du distributeur ou consultez *votre* contrat.
- Après l'expiration du délai de 10 jours, *vous* avez la faculté d'annuler l'assurance en tout temps, mais des pénalités pourraient s'appliquer.

Pour de plus amples informations, *vous* pouvez contacter l'Autorité des marchés financiers au 418 525-0337 ou 1 877 525-0337.

### AVIS DE RÉOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE

À : \_\_\_\_\_  
(nom de l'assureur)

\_\_\_\_\_  
(adresse de l'assureur)

Date : \_\_\_\_\_  
(date d'envoi de cet avis)

En vertu de l'article 441 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers, j'annule le contrat d'assurance n° :

\_\_\_\_\_  
(numéro du contrat s'il est indiqué)

conclu le : \_\_\_\_\_  
(date de la signature du contrat)

à : \_\_\_\_\_  
(lieu de la signature du contrat)

\_\_\_\_\_  
(nom du client)

\_\_\_\_\_  
(signature du client)

Le distributeur doit remplir au préalable cette section.

Cet envoi doit être transmis par courrier recommandé.

Au verso de cet envoi doivent apparaître les articles suivants de la Loi : art. 439, 440, 441, 442, 443.

**Art.439.** Un distributeur ne peut assujettir la conclusion d'un contrat à l'obligation pour le client de conclure un contrat d'assurance auprès d'un assureur qu'il indique.

Il ne peut exercer de pressions indues sur le client ou employer des manœuvres dolosives pour l'inciter à se procurer un produit ou un service financier.

**Art.440.** Un distributeur qui, à l'occasion de la conclusion d'un contrat, amène un client à conclure un contrat d'assurance doit lui remettre un avis, rédigé de la façon prévue par le règlement du Bureau, lui indiquant qu'il peut, dans les 10 jours de sa signature de ce contrat, le résoudre.

**Art.441.** Un client peut, par avis transmis par courrier recommandé ou certifié, résoudre, dans les 10 jours de sa signature, un contrat d'assurance signé à l'occasion de la conclusion d'un autre contrat.

En cas de résolution de ce contrat, le premier contrat conserve tous ses effets.

**Art.442.** Un contrat ne peut contenir de disposition en permettant la modification dans l'éventualité où un client résoudrait ou résilierait un contrat d'assurance conclu à la même occasion.

Toutefois, un tel contrat peut prévoir que le client perd pour le reste du terme les conditions plus favorables qui lui sont consenties du fait de la conclusion de plus d'un contrat si le client résout ou résilie avant terme le contrat d'assurance.

**Art.443.** Un distributeur offrant un financement pour l'achat d'un bien ou d'un service et qui exige que le débiteur souscrive une assurance pour garantir le remboursement du prêt doit lui remettre un avis, rédigé de la façon prévue par le Bureau, l'informant qu'il a la faculté de prendre l'assurance auprès de l'assureur et du représentant de son choix pourvu que l'assurance souscrite soit à la satisfaction du créancier qui ne peut la refuser sans motifs raisonnables. Il ne peut assujettir la conclusion d'un contrat de crédit à un contrat d'assurance avec un assureur qu'il indique.

Un contrat de crédit ne peut stipuler qu'il est conclu sous la condition que le contrat d'assurance pris auprès d'un tel assureur demeure en vigueur jusqu'à l'échéance du terme ni que la fin d'une telle assurance fait encourir au débiteur la déchéance du terme ou la réduction des droits.

Un débiteur n'encourt pas la déchéance de ses droits en vertu du contrat de crédit lorsqu'il résout ou résilie ce contrat d'assurance ou met fin à son adhésion pourvu qu'il ait alors souscrit une assurance auprès d'un autre assureur qui soit à la satisfaction du créancier qui ne peut la refuser sans motifs raisonnables.

## VI. AVIS DE CONSENTEMENT PARTICULIER

**Vous êtes libre de donner ce consentement ou non**

Articles 92 et 437 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers

### **CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR :**

- Nous détenons en ce moment des renseignements vous concernant.
- Nous avons besoin de votre consentement pour permettre à certains de nos employés ou représentants d'avoir accès à ces renseignements.
- Ces employés et représentants auront également accès à tout nouveau renseignement à votre sujet recueilli au cours de la période de validité de votre consentement.
- Ces employés et représentants se serviront de ces renseignements **pour vous offrir d'autres produits et services financiers qui peuvent vous intéresser.**

### **VOUS ÊTES LIBRE DE DÉTERMINER LA PÉRIODE DE VALIDITÉ DE VOTRE CONSENTEMENT.**

- Si vous nous accordez votre consentement pour une durée indéterminée, vous êtes libre de révoquer ce consentement en tout temps. Vous trouverez à la fin de cette formule un modèle d'avis de révocation que vous pouvez utiliser à cet effet ou dont vous pouvez vous inspirer.
- Si vous le désirez, vous pouvez nous accorder votre consentement pour une durée limitée. Pour cela, veuillez l'indiquer dans cette formule, à la section « Consentement particulier ».

### **LA LOI SUR LA DISTRIBUTION DE PRODUITS ET SERVICES FINANCIERS VOUS DONNE DES DROITS IMPORTANTS.**

Sans *votre* consentement particulier, le distributeur ne peut utiliser les renseignements qu'il détient à *votre* sujet à des fins non pertinentes à l'objet du dossier pour lequel ils ont été recueillis. **Le distributeur ne peut pas vous obliger à lui donner votre consentement et ne peut refuser de faire affaire avec vous du seul fait que vous refusez de lui fournir votre consentement. L'article 94 de la Loi vous protège.** Pour de plus amples renseignements, vous pouvez appeler l'Autorité des marchés financiers au 418 525-6273 ou au 1 877 525-6273.

À l'heure actuelle, les renseignements que nous détenons à votre sujet, ont été recueillis dans le cadre de :

-----  
-----  
-----

(objet(s) du dossier)

Voici les catégories des renseignements que *nos* employés et représentants souhaitent utiliser ainsi que les produits et services qu'ils souhaitent *vous* offrir. Pour une description plus complète de chaque catégorie, reportez-*vous* au verso de cette feuille.

Veillez autoriser les catégories auxquelles vous consentez.

<b>Catégories de renseignements à communiquer</b> <sup>1</sup>	<b>Pour quels produits et services ?</b> <sup>2</sup>	<b>Autorisation du client</b> <sup>3</sup>	<b>Paraphe</b> <sup>4</sup>
<i>À remplir par le distributeur</i>	<i>À remplir par le distributeur</i>	<b>Oui Non</b>	
		<b>Oui Non</b>	
		<b>Oui Non</b>	
		<b>Oui Non</b>	
		<b>Oui Non</b>	
		<b>Oui Non</b>	

Directives à l'intention du distributeur (un double n'est pas nécessaire) :

1. Le distributeur doit décrire chaque catégorie au verso de la présente page.
2. Le distributeur doit décrire la nature des produits et services qu'il désire offrir au client. Chaque catégorie de renseignements doit être liée à un objet précis. Lorsqu'une catégorie sert plusieurs objets, le distributeur doit la répéter pour chaque objet.
3. Le client peut donner son autorisation par téléphone, à la condition que les deux parties puissent identifier chacune. Dans ce cas, le présent formulaire sert de script à l'agent, qui lira également la description détaillée de chaque catégorie au client. Le distributeur doit remplir le présent formulaire et l'envoyer au client au plus tard dix (10) jours après l'obtention du consentement verbal.
4. Si le formulaire est dans un format électronique, les initiales peuvent être remplacées par une fenêtre de confirmation. Cependant, l'avis de consentement doit être mis à la disposition du client par tous les moyens en permettant la lecture ou l'impression.

Conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, **vous pouvez demander que l'on vous donne accès aux renseignements que l'on détient sur vous.**



## CONSENTEMENT PARTICULIER

Après avoir pris connaissance de ce qui précède, je soussigné(e), \_\_\_\_\_  
(nom du client)

consens à ce que les renseignements détenus par le distributeur soient utilisés aux fins mentionnées plus haut.

Cette autorisation est valable jusqu'à ce qu'elle soit révoquée ou pour la période indiquée ci-après :

JJ/MM/AA (à remplir par le client)

**Je peux révoquer ce consentement en tout temps par l'envoi d'un avis.** Je peux utiliser l'exemple ci-après à cette fin ou pour rédiger mon propre avis.

(signature du client)

(date de signature du consentement)

(Identification du client, adresse ou numéro de dossier ou de contrat, etc.)

### **JE RÉVOQUE LE CONSENTEMENT PARTICULIER DONNÉ AU DISTRIBUTEUR PAR L'AVIS SUIVANT**

Dest. : \_\_\_\_\_  
(Nom du distributeur)

(Adresse du distributeur)

En date du : \_\_\_\_\_

Par la présente, je soussigné(e), \_\_\_\_\_ vous avise que  
(nom du client)

j'annule le consentement particulier visant à vous permettre l'utilisation des mes renseignements à de nouvelles fins.

Consentement que je vous ai donné le : \_\_\_\_\_  
(date du consentement)

(nom du client)

(signature du client)

(Identification du client, adresse ou numéro de dossier ou de contrat, etc.)

## VII. DIRECTIVES À L'INTENTION DU REPRÉSENTANT CANADIEN

Veillez cocher la ou les cases correspondant à l'assurance choisie par le client et inscrire vos initiales sur la ligne en regard de la ou des cases.

NOM DU CLIENT  
(en caractères d'imprimerie)

**souscrit le produit suivant de La Compagnie d'Assurance RBC du Canada :**

	<b>Cocher</b>	<b>Initiales</b>
<b>Forfait d'assurance</b>		
Forfait Supérieur	<input type="checkbox"/>	_____
Forfait Voyage au Canada	<input type="checkbox"/>	_____
Forfait non médical	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Assurance Frais médicaux d'urgence (moins de 65 ans)</b>		
Classique Frais médicaux	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Couverture Assurance Annulation et Interruption</b>		
Annulation et interruption	<input type="checkbox"/>	_____