

# Guide de distribution pour les résidents du Québec



**RBC Assurances®**

## **Nom du produit d'assurance**

Assurance Protection-Voyage<sup>mc</sup>  
pour les voyageurs de 60 ans et plus

## **Genre de produit d'assurance**

Assurance voyage collective

## **Coordonnées de l'assureur**

### **Compagnie d'assurance RBC du Canada et Compagnie d'assurance générale RBC**

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

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

# Table des matières

<b>DÉFINITIONS .....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>6</b>
<b>I. DESCRIPTION DES PRODUITS OFFERTS .....</b>	<b>7</b>
<b>Nature des assurances.....</b>	<b>7</b>
■ <b>Assurance Frais médicaux d'urgence.....</b>	<b>7</b>
■ <b>Assurance Interruption de voyage/après le départ .....</b>	<b>8</b>
■ <b>Assurance Accidents de vol et de voyage.....</b>	<b>8</b>
■ <b>Assurance Bagages et effets personnels.....</b>	<b>8</b>
<b>Résumé des conditions particulières .....</b>	<b>9</b>
■ <b>Personnes admissibles .....</b>	<b>9</b>
■ <b>Options d'assurance.....</b>	<b>9</b>
■ <b>Souscription de l'assurance.....</b>	<b>11</b>
■ <b>Date d'effet de l'assurance .....</b>	<b>11</b>
■ <b>Assurance Frais médicaux d'urgence.....</b>	<b>12</b>
• En cas d'urgence médicale.....	12
• Frais remboursables .....	12
• Franchise .....	18
• Renseignements personnels.....	18
• Exclusions, limitations ou réductions applicables à l'assurance Frais médicaux d'urgence.....	19
■ <b>Assurance Interruption de voyage/après le départ .....</b>	<b>24</b>
• Risques assurés.....	24
• Frais remboursables .....	24
• Exclusions, limitations ou réductions applicables à l'assurance Interruption de voyage/après le départ.....	26
■ <b>Assurance Accidents de vol et de voyage.....</b>	<b>27</b>
• Risques assurés.....	27
• Frais remboursables .....	27
• Accidents multiples .....	27
• Présomption de décès suite à une disparition .....	27
• Exclusions, limitations ou réductions applicables à l'assurance Accidents de vol et de voyage.....	28
■ <b>Assurance Bagages et effets personnels.....</b>	<b>29</b>
• Risques assurés.....	29
• Frais remboursables .....	29
• Vol, malveillance, disparition ou perte .....	30
• Prolongation de l'assurance .....	30
• Exclusions, limitations ou réductions applicables à l'assurance Bagages et effets personnels.....	31

## Table des matières (suite)

■ Services d'assistance.....	32
■ Prolongation automatique de votre assurance.....	34
• Retard d'un transporteur public .....	34
• Hospitalisation .....	34
• État médical .....	34
■ Prolongation du voyage à votre choix.....	34
■ Assurance complémentaire .....	35
• Avant la date d'effet .....	35
• Après la date d'effet .....	35
• Souscription d'une assurance voyage complémentaire à celle d'un autre assureur .....	36
• Souscription d'une assurance complémentaire à l'assurance voyage offerte par votre carte de crédit.....	36
<b>Annulation .....</b>	<b>37</b>
■ Remboursement de la prime .....	37
■ Cessation de l'assurance.....	37
<b>II. PREUVE DE SINISTRE OU DEMANDE DE RÈGLEMENT .....</b>	<b>38</b>
<b>Présentation de la demande de règlement .....</b>	<b>38</b>
■ Assurance Frais médicaux d'urgence.....	38
■ Autres assurances.....	38
■ Délai pour présenter une demande de règlement.....	38
■ Preuves à fournir .....	38
<b>Réponse de l'assureur .....</b>	<b>40</b>
<b>Appel de la décision de l'assureur et recours .....</b>	<b>40</b>
<b>Responsabilité des autres personnes .....</b>	<b>40</b>
<b>III. PRODUITS SIMILAIRES .....</b>	<b>41</b>
<b>IV. RÉFÉRENCE À L'AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS .....</b>	<b>41</b>
<b>V. AVIS DE RÉOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE.....</b>	<b>42</b>
<b>VI. AVIS DE CONSENTEMENT PARTICULIER.....</b>	<b>44</b>
<b>VII. DIRECTIVES À L'INTENTION DES SUCCURSALES RBC.....</b>	<b>47</b>

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

## DÉFINITIONS

---

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

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

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

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

- pour prolonger *vo*tre assurance au-delà de la période couverte par l'assurance annuelle voyages multiples ; **ou**
- l'assurance annuelle voyages multiples, que *vous* souscrivez auprès de *nous* pour compléter l'assurance voyage offerte par *vo*tre carte de crédit pour la première partie de *vo*tre voyage et de sa valeur ; **ou**
- avant la date de départ de *vo*tre point de départ, par l'intermédiaire du Centre d'adhésion, pour prolonger l'assurance voyage couvrant une partie de *vo*tre voyage au titre d'une autre police établie par un autre assureur.

Les conditions et exclusions définies dans le certificat d'assurance s'appliquent durant la période couverte par l'*assurance complémentaire*.

**Avion de transport de passagers** – tout 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 Coumadine (Warfarine), si *vous* prenez ces médicaments ;
- le changement d'un médicament de marque déposée pour une version générique identique si la dose est la même.

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

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

**Conjoint** – la personne :

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

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

- nucléaires ;
- chimiques ; **ou**

- biologiques

causant la maladie et (ou) la mort.

**Date d'effet –**

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

**Date d'expiration** - la date à laquelle *votre* couverture prend fin au titre de cette assurance. La *date d'expiration* doit tomber au plus tard 365 jours après la *date de début de la couverture* aux termes d'une assurance annuelle voyages multiples.

**Date de début de la couverture** – dans le cas d'**une assurance annuelle voyages multiples**, la couverture débute à la **dernière** des dates suivantes :

- la date de *votre proposition d'assurance* ; **ou**
- la date que *vous* indiquez comme étant la date de départ de *votre* premier *voyage* couvert par l'assurance dans *votre proposition d'assurance*. Cette date ne peut tomber plus de 120 jours après la date de *votre proposition d'assurance*.

**Date de retour –**

- pour toutes les assurances, à l'exception de l'assurance Accidents de vol :  
la date à laquelle il est prévu que *vous* retourniez à *votre point de départ*. Cette date figure dans *votre proposition d'assurance* dans le cas de toutes les assurances sauf l'assurance annuelle voyages multiples. (Nota : Si *vous* souscrivez *votre* assurance annuelle voyages multiples à titre d'assurance complémentaire s'ajoutant à l'assurance voyage offerte par *votre* carte de crédit, la durée de *votre assurance complémentaire* ne peut être plus longue que l'option choisie.
- pour l'assurance Accidents de vol :  
la date et l'heure de retour indiquées sur *votre* titre de transport.

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

**Enfant** – personne non-mariée :

- de moins de 21 ans ; **ou**
- de moins de 26 ans si elle étudie à temps plein ; **ou**
- de plus de 20 ans, atteinte d'une infirmité physique ou mentale, et

qui est un de *vos* enfants naturels, adoptifs ou d'un autre lit et à *votre* charge..

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

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

Cet *état médical* inclut :

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

**Franchise** - le montant en dollars que *vous* êtes tenu de payer pour chaque sinistre, tel qu'il est indiqué dans  *votre proposition d'assurance*, avant que le reste des frais couverts ne puisse être remboursé au titre de cette assurance.

**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 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, les herboristes, les 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 *médicament sur ordonnance* un médicament dont *vous* avez besoin (ou que *vous* devez renouveler) pour stabiliser un *état médical* ou une affection chronique dont *vous* souffriez avant  *votre voyage*.

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

**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 que *vous* regagnez le dernier jour du  *voyage* en question.

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

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

**Proposition d'assurance** - le formulaire imprimé, le relevé informatif, la facture ou le document remis par  *votre* succursale de RBC Banque Royale®, obtenu lors de  *votre* adhésion en ligne ou fourni par le Centre d'adhésion, confirmant la couverture d'assurance que *vous* avez souscrite. La  *proposition d'assurance* fait partie intégrante du contrat d'assurance.

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

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

**Régime d'assurance maladie gouvernemental** – 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*, les *médecins* et tout autre fournisseur de soins médicaux que *nous* reconnaissons au moment de l'*urgence*.

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

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

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

Ils doivent être :

- prescrits ou prodigués par un *médecin* autorisé pendant *votre voyage* ; **ou**
- administrés dans un *hôpital* pendant *votre voyage* ; **ou**
- donnés par un physiothérapeute, un chiropraticien, un podiatre ou un podologue ou ostéothérapeute autorisé, à la suite d'une *urgence* survenue pendant *votre 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 qui comprend, mais pas exclusivement :

- l'usage de la force ou de la violence ;
- la menace de faire usage de la force ou de la violence ;
- le détournement d'un moyen de transport ; ou
- l'enlèvement d'une personne ou d'un groupe de personnes ;

dans le but d'intimider ou de terroriser :

- un gouvernement ;
- un groupe ;
- une association ; **ou**
- le grand public

à des fins

- religieuses ;
- politiques ; **ou**
- idéologiques.

Un *acte de terrorisme* n'inclut pas tout fait de guerre, qu'elle soit déclarée ou non, acte d'ennemis étrangers ou rébellion.

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

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

**Voyage (ou durée du voyage)** - la période comprise entre la date de départ de *votre point de départ* et la date de *votre* retour inclusivement.

**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*.

« **Nous** », « **notre** », « **nos** » et « **RBC Assurances** » 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'interruption de voyage/après le départ.
  - 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.
- **la Compagnie d'assurance générale RBC 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, dans la mesure où la prime requise a été payée avant la date d'effet.**

## **INTRODUCTION**

---

Le présent Guide de distribution décrit les caractéristiques et garanties offertes par l'Assurance Protection-Voyage pour les voyageurs de 60 ans et plus, 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.

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.

# I. DESCRIPTION DES PRODUITS OFFERTS

## Nature des assurances

---

Les produits offerts par RBC Assurances sont les suivants :

- Formule rehaussée
- Formule de base

Le tableau ci-dessous indique les assurances comprises dans chacune des formules :

<b>Votre assurance comprend les assurances marquées d'une ✓</b>				
	Assurance Frais médicaux d'urgence Page 12	Assurance Interruption de voyage / après le départ Page 24	Assurance Accidents de vol et de voyage Page 27	Assurance Bagages et effets personnels Page 29
Formule rehaussée	✓	✓	✓	✓
Formule de base	✓			

Les paiements, remboursements et montants indiqués 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 usuels et raisonnables que *vous* engagez pour des soins médicaux ou chirurgicaux. L'*urgence* doit survenir **après** que *vous* avez 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 **rembourse seulement les frais qui dépassent** ceux qui sont couverts :

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

Plusieurs types d'assurance Frais médicaux d'urgence sont offerts en fonction de votre *état médical* :

- Formule de base ou formule rehaussée – catégorie A (options assurance Voyage unique et assurance annuelle voyages multiples) ;
- Formule de base ou formule rehaussée – catégorie B (options assurance Voyage unique et assurance annuelle voyages multiples) ;
- Formule de base ou formule rehaussée – catégorie C (options assurance Voyage unique et assurance annuelle voyages multiples) ;
- Formule de base ou formule rehaussée – catégorie D (options assurance Voyage unique et assurance annuelle voyages multiples) ;
- Formule de base ou formule rehaussée – catégorie E (options assurance Voyage unique et assurance annuelle voyages multiples).

### ■ **Assurance Interruption de voyage/après le départ**

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

- interrompre ; **ou**
- prolonger

*vo*tre voyage en raison d'un des événements énumérés à la section « Résumé des conditions particulières – Assurance Interruption de voyage/après le départ » de ce guide.

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

Cette assurance prévoit le versement d'une somme déterminée si *vous* êtes victime d'un *accident corporel* qui entraîne :

- la *mutilation* ;
- la *perte de la vision* ;
- la perte de l'ouïe ;
- la perte 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 *vo*tre voyage.**

## Résumé des conditions particulières

---

### ■ Personnes admissibles

L'assurance est offerte aux clients des sociétés de RBC<sup>®</sup> ainsi qu'à leurs *conjoints*, enfants naturels, adoptifs ou placés en foyer d'accueil. 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*.

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

- *vous* êtes client d'une société de RBC ou le *conjoint*, un enfant naturel, adoptif ou placé en foyer d'accueil du client ;
- *vous* êtes couvert par *votre régime d'assurance maladie gouvernemental* pendant toute la durée de *votre voyage* ;
- *vous* êtes résident canadien ;
- *vous* avez souscrit l'assurance avant la *date d'effet* ;
- *vous* avez 60 ans ou plus à la date de souscription de l'assurance ; **et**
- *vous* avez rempli de manière exacte le *questionnaire médical*, sauf si *vous* souscrivez une assurance Voyage unique - catégorie C et que *vous* :
  - avez moins de 75 ans ; **et**
  - entreprenez un voyage de 15 jours au maximum.

#### **MISE EN GARDE – Exclusions, réductions et limitations de l'assurance**

***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.***

### ■ Options d'assurance

#### 1. Assurance Voyage unique

L'assurance Voyage unique est offerte selon la formule rehaussée ou de base, aux personnes admissibles tel qu'il est indiqué à la section « Personnes admissibles ».

L'assurance pour un voyage unique ou comme *assurance complémentaire* est limitée aux *voyages* d'une durée maximale de 183 jours.

#### 2. Assurance annuelle voyages multiples

L'assurance annuelle voyages multiples est offerte selon la formule rehaussée ou de base, aux personnes admissibles tel qu'il est qu'indiqué dans la rubrique « Personnes admissibles ». L'assurance est limitée aux *voyages* de :

- 15 jours consécutifs si *vous* avez souscrit l'option 15 jours ; **ou**
- 30 jours consécutifs si *vous* avez souscrit l'option 30 jours ; **ou**
- 60 jours consécutifs si *vous* avez souscrit l'option 60 jours.

La date de *vos*re départ et la date de *vos*re retour jusqu'à *vos*re point de départ sont comprises dans le nombre de jours consécutifs indiqués ci-dessus. Si *vos*re voyage dure plus de :

- 15 jours consécutifs dans le cas de l'option 15 jours ; **ou**
- 30 jours consécutifs dans le cas de l'option 30 jours ; **ou**
- 60 jours consécutifs dans le cas de l'option 60 jours ;

*vous* devez souscrire une *assurance complémentaire* tel qu'il est indiqué à la section « Souscription d'une *assurance complémentaire* » du certificat d'assurance.

**MISE EN GARDE- Exclusions, réductions et limitations de l'assurance**

**Si *vous* ne souscrivez pas d'assurance complémentaire pour un voyage de plus de 15 jours, 30 jours ou 60 jours, *vous* ne bénéficierez d'aucune protection dans le cas d'un sinistre survenant hors de la durée de l'assurance durant le voyage en question.**

Lorsque *vous* voyagez hors du Canada

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

- 15 jours consécutifs hors du Canada si *vous* avez souscrit l'option 15 jours ;
- 30 jours consécutifs hors du Canada si *vous* avez souscrit l'option 30 jours (offerte uniquement aux personnes de moins de 80 ans) ; ou
- 60 jours consécutifs hors du Canada si *vous* avez souscrit l'option 60 jours (offerte uniquement aux personnes de moins de 80 ans).

De plus, si *vous* êtes couvert par l'assurance annuelle voyages multiples, la date de *vos*re départ du Canada et la date de *vos*re retour au Canada sont comprises dans le nombre de jours consécutifs indiqués ci-dessus. Si *vos*re voyage dure plus de

- 15 jours consécutifs dans le cas de l'option 15 jours ;
- 30 jours consécutifs dans le cas de l'option 30 jours,
- 60 jours consécutifs dans le cas de l'option 60 jours ;

*vous* devez souscrire une *assurance complémentaire* tel qu'il est indiqué à la section « Souscription d'une *assurance complémentaire* » du certificat d'assurance.

**MISE EN GARDE- Exclusions, réductions et limitations de l'assurance**

**Si *vous* ne souscrivez pas d'assurance complémentaire pour un voyage de plus de 15 jours, 30 jours ou 60 jours, *vous* ne bénéficierez d'aucune protection dans le cas d'un sinistre survenant hors de la durée de l'assurance durant le voyage en question.**

Lorsque *vous* voyagez au Canada

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

## ■ **Souscription de l'assurance**

Vous êtes couvert par l'assurance et le certificat d'assurance constitue votre contrat d'assurance lorsque :

1. Adhésion par le biais de  *votre* succursale RBC Banque Royale :
  - *vous* êtes nommé sur  *votre proposition d'assurance* dûment remplie ;
  - *vous* avez payé la prime requise au plus tard à la  *date d'effet* ; **et**
  - *vous* remplissez le  *questionnaire médical* , s'il y a lieu, pour déterminer la catégorie d'assurance (A, B, C, D ou E) que  *vous* êtes en droit de souscrire.
2. Adhésion par le biais du Centre d'adhésion :
  - *vous* appelez le Centre d'adhésion ;
  - *vous* faites porter la prime à payer à  *votre* compte de carte de crédit d'une banque ou d'une société de fiducie au plus tard à la  *date d'effet* ; **et**
  - *vous* répondez à chacune des questions du  *questionnaire médical* , s'il y a lieu, pour déterminer la catégorie d'assurance (A, B, C, D ou E) que  *vous* êtes en droit de souscrire.
3. Adhésion en ligne à <http://www.rbcbanqueroyale.com/voyages>
  - *vous* remplissez une proposition en ligne ;
  - *vous* faites porter la prime à payer à  *votre* compte de banque ; **et**
  - *vous* répondez à chacune des questions du  *questionnaire médical* , s'il y a lieu, pour déterminer la catégorie d'assurance (A, B, C, D ou E) que  *vous* êtes en droit de souscrire.

## ■ **Date d'effet de l'assurance**

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

### **a) pour toutes les assurances, à l'exception de l'assurance Accidents de vol et de l'assurance complémentaire :**

La  *date d'effet*  est la date à laquelle il est prévu que  *vous* quittiez  *votre point de départ* . Dans le cas d'une assurance Voyage unique, la  *date d'effet*  est indiquée dans  *votre proposition d'assurance* .

### **b) pour l'assurance Accidents de vol :**

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

### **c) pour l'assurance complémentaire :**

La  *date d'effet*  est :

- le jour suivant la  *date d'expiration*  de  *votre* assurance antérieure, et ce à 0 h 01 (minuit une).

Les sections suivantes décrivent en détail chacune des assurances offertes.

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

L'assurance Frais médicaux d'urgence s'applique si *vous* avez souscrit la formule rehaussée ou de base.

### **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 :.....	1 800 222-9978
Sans frais du Mexique : .....	001 800 514-1889
À frais virés de n'importe où : .....	905 816-2562
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.

Tout acte chirurgical ou médical relatif à des affections cardiaques doit être pré-approuvé par les conseillers médicaux d'Assistance aux Assurés Inc. Lorsque *vous* communiquez avec Assistance aux Assurés Inc., ceux-ci *vous* envoient ou peuvent *vous* transférer, si la situation médicale le justifie, à l'un des fournisseurs 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 usuels et raisonnables 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 *votre régime d'assurance maladie gouvernemental* ; et
- par tout autre régime ou assurance dont *vous* bénéficiez.

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

#### **a) Frais médicaux d'urgence d'un montant illimité :**

L'assurance couvre certains frais qui sont :

- **nécessaires** pour un *traitement d'urgence* ; et
- 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 *votre* 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**

- Cette assurance *vous* rembourse *vos* faux frais hospitaliers (appels téléphoniques, location de télévision) à raison de 50 \$ par jour et de 500 \$ au total, si *vous* êtes hospitalisé au moins 48 heures.

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

Cette assurance couvre les frais médicaux pour un *traitement d'urgence* prodigué 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**

Cette 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* mourrez pendant *vos* 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 *vos* dépouille dans le conteneur normalement utilisé par le transporteur public jusqu'à *vos* province ou territoire de résidence ; **et**
- la préparation de *vos* dépouille et le coût du conteneur normalement utilisé par le transporteur public, **jusqu'à un maximum de 5 000 \$ ;**

#### **OU**

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

#### **OU**

- la préparation de *vos* dépouille et le prix d'un cercueil ordinaire, **jusqu'à un maximum de 5 000 \$ ; et**

- l'inhumation de *vo*tre dépouille au lieu du décès, **jusqu'à un maximum de 5 000 \$**.

Si quelqu'un est légalement tenu d'identifier *vo*tre dépouille, 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 *vo*tre assurance pendant la période nécessaire pour identifier *vo*tre dépouille, pour un **maximum de 3 jours ouvrables**.

#### **f) Retour à *vo*tre province ou territoire de résidence**

L'assurance couvre certains frais si :

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

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

- Assistance aux Assurés Inc. a donné son autorisation **avant** que les frais soient 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 jusqu'à *vo*tre province ou territoire de résidence pour que *vo*us receviez immédiatement des *soins médicaux d'urgence* ;

#### **OU**

- le prix du billet avec civière à bord d'un avion de ligne en classe économique jusqu'à *vo*tre province ou territoire de résidence lorsque la civière est nécessaire du point de vue médical ;
- le prix du billet aller retour d'un accompagnateur médical qualifié, en classe économique à bord d'un avion de ligne, lorsque *sa* présence est nécessaire du point de vue médical ou exigée par la compagnie aérienne ; **et**
- les honoraires habituellement exigés par un tel accompagnateur.

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**

- L'assurance *vous* rembourse le prix d'un billet aller simple, en classe économique, à bord d'un vol commercial, par l'itinéraire le plus économique, jusqu'à *votre* lieu de destination prévu après être 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*.
- *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 revenu à *votre* lieu de destination, une récurrence de *votre problème de santé* initial ou une affection connexe ne sera pas couverte au titre de la présente assurance.
- Lorsque cette garantie s'applique, la *date d'effet* est la date à laquelle *vous* quittez *votre* province ou territoire de résidence pour retourner à *votre* lieu de destination.

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

#### **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*

en raison d'une *urgence* médicale découlant d'un *problème de santé* couvert.

Les frais couverts sont les suivants :

- vos frais d'hébergement commercial et de repas ;
- vos frais d'appels téléphoniques indispensables ;
- vos frais d'utilisation d'Internet ; **et**
- vos frais de taxi.

Les frais sont remboursables **sous réserve d'un plafond de 175 \$ par jour et ne peuvent dépasser 1 750 \$.**

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

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

Si :

- *vous* voyagez seul ;
- *vous* devez séjourner plus de **3 jours** à l'hôpital pendant *votre voyage* ; **et**
- un *compagnon de chevet* est nécessaire ;

l'assurance couvre :

- le prix d'un 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 *votre compagnon de chevet* **jusqu'à un maximum de 500 \$ ; et**
- *votre* assurance couvre cette personne 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** ;

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 vous prévaloir de cette assurance.**

**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 administrés par un dentiste autorisé ;
- dans le cas des soins dentaires nécessaires pour la réparation ou le remplacement de dents naturelles ou de prothèses fixes permanentes endommagées par suite d'un **coup accidentel reçu au visage**, les soins couverts sont :
  - les frais pour les soins dentaires d'*urgence* reçus pendant  *votre voyage* ; **et**
  - la poursuite du traitement nécessaire à  *votre retour au Canada*, **jusqu'à un maximum de 1 500 \$**. Le 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 pour des soins dentaires d'*urgence* pendant  *votre voyage*, **jusqu'à un maximum de 300 \$**. Les coûts totaux des *médicaments sur ordonnance* sont inclus.

**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 vous prévaloir de cette assurance.**

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

L'assurance couvre certains frais lorsqu'ils sont engagés pour 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'une *urgence* médicale attribuable à un *problème de santé* couvert.

L'assurance couvre :

- le coût supplémentaire du billet aller simple des *enfants* en classe économique, à bord d'un vol commercial, par l'itinéraire le plus économique, jusqu'à leur province ou territoire de résidence ; **et**
- le prix du billet aller retour d'un accompagnateur en classe économique à bord d'un 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.

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

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

- Si *vous* voyagez avec chien(s) ou chat(s) et que *vous* devez rentrer au Canada en raison d'une *urgence* médicale couverte, l'assurance prend en charge le coût du billet aller simple de ces animaux jusqu'à *votre* province ou territoire de résidence.
- L'indemnité **ne peut dépasser 500 \$.**

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

**o) Retour de vos bagages excédentaires**

- Si *vous* êtes ramené à *votre* province ou territoire de résidence en avion sanitaire (avec l'autorisation d'Assistance aux Assurés Inc.) en raison d'un *problème de santé urgent*, l'assurance couvre le coût du transport de retour de *vos* bagages excédentaires **jusqu'à concurrence de 500 \$.**

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

**p) Service d'aide ménagère**

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 \$.**

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 votre *problème de santé* restreint *votre* capacité à accomplir les tâches d'entretien ménager.

La garantie doit être utilisée dans les 30 jours qui suivent le retour à *votre* province ou territoire de résidence.

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

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

### **Franchise**

Le tableau ci-dessous indique la *franchise* que *vous* devez payer pour *vo*tre assurance Voyage unique selon le type d'assurance Frais médicaux d'urgence que *vous* avez :

<b>Type d'assurance</b>	<b>Franchise</b>
Catégorie A / Catégorie B Catégorie C Catégorie D	Options de : <ul style="list-style-type: none"><li>• 0 \$ ;</li><li>• 200 \$ US ; <b>ou</b></li><li>• 500 \$ US.</li></ul>
Catégorie E	200 \$ US

La *franchise* est déduite du montant total des frais engagés qui sont couverts par cette assurance et qui dépassent les frais qui sont couverts par le *régime d'assurance maladie gouvernemental*. *Vous* êtes tenu de *nous* verser directement votre *franchise*.

### **Renseignements personnels**

Lorsque *vous* payez la prime d'assurance, *vous* convenez que *nous* 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 *médecins, hôpitaux* et les autres fournisseurs de soins médicaux *nous* fournissent tous les renseignements qu'ils détiennent sur *vous* pendant que *vous* êtes sous leurs soins, y compris :
  - *vos* antécédents médicaux ;
  - les diagnostics ; **et**
  - les résultats de *vos* tests ;
- transmettre les renseignements ci-dessus à d'autres personnes qui les utiliseront pour déterminer les indemnités qui *vous* sont payables.

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

**MISE EN GARDE**

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

Cette assurance ne prend pas en charge les frais imputables ou se rattachant directement ou indirectement à certains états médicaux préexistants. Cette exclusion varie selon le type d'assurance que vous avez souscrite. 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.

<b>Si vous êtes couvert par l'assurance suivante :</b>	<b>Si vous avez 60 ans ou plus</b>
<b>Catégorie A*</b>	L'exclusion relative à un état médical préexistant ne s'applique pas
<b>Catégorie B*</b>	Exclusion 1
<b>Catégorie C*</b>	Exclusion 2
<b>Catégorie D*</b>	
<b>Catégorie E*</b>	Exclusion 3

\* Nous déterminons la catégorie d'assurance à laquelle *vous* appartenez en fonction du questionnaire médical que *vous* avez rempli de manière exacte.

**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 des douleurs d'angine de poitrine ;
- *vous* avez été soigné par oxygénothérapie à domicile ; **ou**
- *vous* avez dû prendre des stéroïdes pour un problème pulmonaire

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

**Exclusion 2 :**

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 des douleurs d'angine de poitrine ;
- *vous* avez été soigné par oxygénothérapie à domicile ; **ou**
- *vous* avez dû prendre des stéroïdes pour un problème pulmonaire

au cours des **180 jours** avant la date de *votre* départ.

## MISE EN GARDE (suite)

### Exclusion 3 :

Que l'état médical ait été stable ou pas, l'assurance ne couvre pas les frais imputables ou se rattachant directement ou indirectement à tous les états médicaux, troubles cardiaques et/ou pulmonaires et aux problèmes de santé qui y sont reliés dont vous souffrez au cours des 180 jours avant la date de votre départ (qu'un diagnostic ait été posé ou non) si :

- vous avez pris des médicaments ;
- des médicaments vous ont été prescrits ;
- vous avez été traité ;
- vous avez senti une aggravation ; ou
- vous avez consulté un médecin

pour cet état médical ou pour les problèmes de santé qui y sont reliés.

b) Vous devrez payer 30 % des frais médicaux remboursables par cette assurance en excédent des frais couverts par le régime d'assurance maladie gouvernemental 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 d'appeler Assistance aux Assurés Inc. avant de recevoir un traitement d'urgence, vous devez appeler Assistance aux Assurés Inc. dès qu'il vous est possible de le faire du point de vue médical. Une autre personne (membre de la famille, ami, hôpital, personnel du cabinet du médecin, etc.) peut appeler à votre place.

c) La présente assurance est assujettie à un maximum de 20 000 \$ si vous n'êtes pas couvert par le régime d'assurance maladie gouvernemental à la date à laquelle vous présentez votre demande de règlement.

d) Exclusions générales :

En plus des exclusions a) à c) décrites ci-dessus l'assurance ne couvre pas les pertes, sinistres ou frais attribuables directement ou indirectement aux causes suivantes :

- tout état médical si vous avez fourni une réponse inexacte dans votre questionnaire médical. Dans ce cas, nous pouvons annuler la police et rembourser la prime à notre gré ;
- la poursuite 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 ;

## MISE EN GARDE (suite)

- 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 *vos* 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 *vos* pays de résidence mais que *vous* avez décidé de ne pas le faire ;
- des automutilations volontaires, un suicide ou une tentative de suicide, quel que soit *vos* état mental ;
- la perpétration d'actes criminels ou des tentatives directes ou indirectes de perpétration d'actes criminels par *vous-même* ;
- un *problème de santé* attribuable ou associé à *vos* usage chronique d'alcool ou de drogues avant ou pendant *vos* voyage ;
- *vos* abus de médicaments, de drogues ou d'alcool, ou au refus délibéré de suivre une thérapie ou un traitement médical prescrit avant ou pendant *vos* voyage ;
- *vos* troubles mentaux ou émotionnels ;
- des soins autres que les *traitements d'urgence* ;
- *vos* participation à des activités sportives en qualité d'athlète professionnel, y compris l'entraînement ;
- *vos* pratique de l'escalade ou de l'alpinisme ;
- *vos* participation à des courses ou à des épreuves de vitesse d'engins motorisés, y compris l'entraînement ;
- un *état médical* qui survient durant un *vos* voyage que *vous* entreprenez en sachant que *vous* aurez besoin d'un traitement ou d'une intervention chirurgicale pour cet *état médical*. La même exclusion s'applique pour tout problème relié à cet *état médical* ;
- un *état médical* qui survient durant un *vos* voyage que *vous* entreprenez en sachant que *vous* chercherez à subir un traitement ou une intervention chirurgicale pour cet *état médical*. La même exclusion s'applique pour tout problème relié à cet *état médical* ;
- 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 *vos* voyage étaient raisonnablement prévisibles ;
- des soins prénatals de routine ou une naissance survenant au cours de *vos* voyage ;
- 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 précédant la *date d'effet* ;

## MISE EN GARDE (suite)

- des soins ou une intervention chirurgicale pour un *état médical* particulier ou un problème qui y est relié :
    - a) qui avait amené  *votre* médecin à  *vous* déconseiller tout  *voyage* ;
    - b) que  *vous* avez contracté pendant  *votre voyage* dans un pays visé par un avertissement formel écrit qui déconseillait aux Canadiens de se rendre dans ce pays, cette région ou cette ville. Cet avertissement doit être émis par écrit, avant la  *date d'effet* , par le ministère canadien des Affaires étrangères et du Commerce international ;
  - 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  *votre* pays de résidence 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 ;
    - par les propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses d'un appareil nucléaire ou de toute partie de cet appareil ;
  - tout  *problème de santé*  qui s'est manifesté pour la première fois, qui 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 ;
  - toute portion des prestations jusqu'à concurrence du montant de  *votre franchise*  par sinistre couvert, si  *vous* avez choisi une option de  *franchise* .  *Vous* assumerez le montant de la  *franchise*  pour chaque sinistre, et nous appliquerons cette  *franchise*  à tout sinistre couvert en vertu de l'assurance qui dépasse le montant remboursable par votre  *régime d'assurance maladie gouvernemental* .
- e) Si  *vous*  :
- êtes à la retraite et que  *vous* êtes couvert par une assurance maladie complémentaire offerte par  *votre* ancien employeur ;
  - êtes un salarié et que  *vous* êtes couvert par une assurance maladie collective offerte par votre employeur actuel ;
- nous*  :
- n'appliquons pas la coordination des prestations si le maximum viager de l'assurance en question est de 50 000 \$ ou moins ;
  - appliquons la coordination des prestations seulement sur l'excédent de 50 000 \$ si le maximum viager de l'assurance en question est de plus de 50 000 \$.

### **MISE EN GARDE (suite)**

- f) Les indemnités totales qui 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.**
- g) L'indemnité totale ne peut dépasser les frais que *vous* avez engagés si *vous* êtes couvert par plusieurs de nos contrats.**
- h) L'indemnité maximale se limite au plus élevé des montants indiqués pour cette 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 Interruption de voyage/après le départ**

Certains frais sont remboursables par cette assurance lorsque *vous* devez interrompre *votre voyage* en raison d'un événement couvert.

*Vous* êtes couvert par l'assurance Interruption de voyage/après le départ si *vous* avez souscrit la formule rehaussée.

### **Risques assurés**

La catégorie **Interruption de voyage** comprend les événements qui peuvent survenir **pendant** *votre voyage*.

La catégorie **Voyage retardé** comprend les événements qui peuvent survenir **pendant** *votre voyage* et qui *vous* empêchent de retourner à *votre point de départ* à la *date de retour* prévue.

Les événements pour lesquels des frais sont remboursables comprennent :

une *urgence* médicale ; **et**  
un décès

qui :

- *vous* concerne ;
- concerne un membre de *votre proche famille* ;
- concerne *votre compagnon de voyage* ; **ou**
- concerne un membre de la *proche famille* de *votre compagnon de voyage*.

### **Frais remboursables**

Les frais remboursables au titre de cette assurance sont décrits ci-dessous.

#### **Frais de voyage prépayés :**

Remboursement des frais que *vous* engagez effectivement par suite de la réalisation de l'un des risques assurés pour la partie inutilisée et non remboursable des prestations au sol déjà payées, sauf le coût du titre de transport payé à l'avance et inutilisé pour le retour à *votre point de départ*.

- a) L'indemnité est versée sous réserve d'un plafond de 1 500 \$ par personne et 3 000 \$ par famille.
- b) Cette indemnité est payable lorsque *votre médecin* traitant *vous* conseille de retourner à *votre domicile*, sous réserve de l'approbation préalable d'Assistance aux Assurés Inc.

#### **Frais de transport :**

Remboursement des frais que *vous* engagez effectivement par suite de la réalisation de l'un des risques assurés, pour le coût supplémentaire d'un billet aller simple en classe économique à bord d'un *avion de transport de passagers*, par l'itinéraire de plus économique, jusqu'à *votre point de départ*.

- a) L'indemnité est versée sous réserve d'un plafond de 1 500 \$ par personne et 3 000 \$ par famille.
- b) Cette indemnité est payable lorsque *votre médecin* traitant *vous* conseille de retourner à *votre domicile*, sous réserve de l'approbation préalable d'Assistance aux Assurés Inc.

Transport au chevet d'une personne hospitalisée ou transport en raison de funérailles – Nota : Si *vous* devez interrompre *vo*tre voyage pour assister aux funérailles ou pour *vous* rendre au chevet d'un membre de *vo*tre proche famille qui est hospitalisé, *vous* pouvez acheter un billet à destination de l'endroit où le décès ou l'hospitalisation a eu lieu. Le coût du billet *vous* sera remboursé, jusqu'à concurrence de ce qu'aurait coûté un billet aller simple en classe économique par l'itinéraire le plus économique jusqu'à *vo*tre point de départ.

- 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 Frais de transport.
- 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.**

### **Frais de subsistance :**

Cette assurance *vous* rembourse les frais essentiels que *vous* engagez effectivement par suite de la réalisation de l'un des risques assurés après la date de retour contractuelle, si *vo*tre retour est retardé après la date de retour contractuelle.

Les frais couverts sont les suivants :

- vos frais d'hébergement commercial et de repas ;
- vos frais d'appels téléphoniques indispensables ;
- vos frais d'utilisation d'Internet ; **et**
- vos frais de taxi.

Les frais couverts sont remboursés **jusqu'à concurrence de 100 \$ par jour par personne sous réserve d'un plafond de 1 000 \$ par personne et 3 000 \$ par famille.**

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

### **MISE EN GARDE- Exclusions, réductions et limitations de l'assurance**

**Pour avoir droit aux indemnités pour frais de transport et aux indemnités pour frais de subsistance, *vous* devez entreprendre *vo*tre voyage à la première des dates suivantes :**

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

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

**Exclusions, limitations ou réductions applicables à  
l'assurance Interruption de voyage/après le départ**

**MISE EN GARDE**

- a) Cette assurance ne couvre pas les pertes, sinistres ou frais, quels qu'ils soient, directement ou indirectement attribuables à l'interruption du *voyage* en raison d'un événement, d'une situation, d'une circonstance ou d'un *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'interruption ou le retard de *votre voyage* ;
- b) Les indemnités totales qui 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 garanties semblables.
- c) L'indemnité totale ne peut dépasser les frais que *vous* avez engagés si *vous* êtes couvert par plusieurs de nos contrats.
- d) L'indemnité maximale se limite au plus élevé des montants indiqués pour cette assurance si *vous* êtes couvert par plusieurs de nos contrats.
- e) Toute fraude ou tentative de fraude de *votre* part, ou toute réticence ou fausse déclaration de *votre* part sur des faits essentiels ou des circonstances concernant la présente assurance entraîne la nullité de la présente assurance.

## ■ Assurance Accidents de vol et de voyage

Vous êtes couvert par l'assurance Accidents de vol et de voyage si *vous* avez souscrit une formule rehaussée.

### 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**.

### Frais remboursables

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

- 1) **50 000 \$** en cas de :
  - décès ;
  - *mutilation* double ;
  - *perte de la vision* des deux yeux ;
  - perte totale et irrémédiable de l'ouïe ; **ou**
  - perte totale et irrémédiable de la parole.
- 2) **25 000 \$** en cas de :
  - *mutilation* simple ; **ou**
  - *perte de la vision* d'un œil.

### 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 mort si *votre* corps n'est pas retrouvé **un an** après l'accident.

Vous serez considéré mort 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 applicables à l'assurance Accidents de vol et de voyage**

**MISE EN GARDE**

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

- **à la participation à des manœuvres ou exercices d'entraînement militaires ;**
- **à une maladie, même si la cause de son apparition ou de sa réapparition est un accident ;**
- **au pilotage, à l'apprentissage du pilotage ou du service comme membre d'équipage d'un aéronef ;**
- **à la *contamination* attribuable à tout *acte de terrorisme* ;**
- **au *terrorisme*.**

- a) **Les indemnités totales qui 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 garanties semblables.**
- b) **L'indemnité totale ne peut dépasser les frais que *vous* avez engagés si *vous* êtes couvert par plusieurs de *nos* contrats.**
- c) **L'indemnité maximale se limite au plus élevé des montants indiqués pour cette 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 la présente assurance entraîne la nullité de la présente assurance.**

## ■ Assurance Bagages et effets personnels

Vous êtes couvert par l'assurance Bagages et effets personnels si *vous* avez souscrit une formule rehaussée .

### Risques assurés

L'assurance couvre :

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

des bagages et effets personnels

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

### Frais remboursables

#### 1. Perte ou dommages des bagages et effets personnels

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

#### 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 ; **ou**
- visa de voyage

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

#### 3. Retard des bagages et effets personnels

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

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

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

*Vous* devez, dans les meilleurs délais, faire une déclaration et obtenir les documents qui prouvent le vol, la perte, les dommages ou la disparition auprès de la police.

Si *vous* ne pouvez pas rejoindre la police, *vous* devez faire *votre* déclaration et obtenir les documents qui prouvent le vol, la perte, les dommages 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 *votre* retour à *votre point de départ*.

<p style="text-align: center;"><b><u>MISE EN GARDE- Exclusions, réductions et limitations de l'assurance</u></b></p>
--

<p style="text-align: center;"><b>Le non-respect de cette condition entraîne la déchéance de tout droit à cette assurance.</b></p>
--

## **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 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) La garantie se limite à la valeur des biens (le prix d'achat moins la dépréciation) le jour du sinistre.
- c) En cas de sinistre lié à des articles faisant partie d'un ensemble, l'indemnité tient compte, dans une mesure juste et raisonnable, de la valeur relative des articles perdus ou endommagés par rapport à l'ensemble, sans pour autant atteindre la pleine valeur de ce dernier.
- d) L'assurance ne couvre pas :
- les animaux ;
  - les denrées périssables ;
  - les bicyclettes, sauf en tant que bagages enregistrés auprès d'un transporteur public ;
  - les meubles et articles ménagers ;
  - les prothèses auditives ;
  - les prothèses dentaires et membres artificiels ;
  - les lunettes de vue, les lunettes de soleil et les verres de contact ;
  - l'argent ;
  - les billets et les tickets ;
  - les valeurs mobilières ;
  - les documents ;
  - les articles servant à des fins professionnelles ;
  - les antiquités ;
  - les articles de collection ;
  - le bris 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 ;
  - les pertes ou détériorations dues à une imprudence ou à une omission de *vo*tre part ;
  - les pertes ou détériorations d'articles expressément assurés en valeur convenue par un autre assureur au moment où cette assurance est en vigueur.
- e) Les indemnités totales qui 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.
- f) L'indemnité totale ne peut dépasser les frais que *vous* avez engagés si *vous* êtes couvert par plusieurs de *nos* contrats.
- g) L'indemnité maximale se limite au plus élevé des montants indiqués pour cette assurance si *vous* êtes couvert par plusieurs de *nos* contrats.

Toute fraude ou tentative de fraude de *vo*tre part, ou toute réticence ou fausse déclaration de *vo*tre part sur des faits essentiels ou des circonstances concernant la présente assurance entraîne la nullité de la présente assurance.

## ■ **Services d'assistance**

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

Sans frais des États-Unis ou du Canada :.....	1 800 222-9978
Sans frais du Mexique :.....	001 800 514-1889
À frais virés de n'importe où :.....	905 816-2562
Télécopieur sans frais des États-Unis ou du Canada :.....	1 888 298-6340
Télécopieur : .....	905 813-4719

Assistance aux Assurés Inc. procure les services d'assistance suivants :

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

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

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

### **2. Aide financière**

Dans la mesure du possible, le paiement des soins médicaux admissibles que *vous* recevez, les communications avec  *votre* prestataire de soins et le mode de facturation seront coordonnés par 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.

**Si vous devez payer vos frais médicaux ou laisser un dépôt, vous devez appeler Assistance aux Assurés Inc. immédiatement.**

### **3. Centre de message d'urgence**

En cas d'*urgence* médicale, Assistance aux Assurés Inc. *vous* aidera à transmettre des messages importants à  *votre* famille, à  *votre* bureau ou à  *votre médecin*.

### **4. 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*.

L'assurance ne couvre toutefois pas le coût de remplacement de ces articles.

### **5. Services d'argent et remplacement de billet d'avion perdu en cas d'urgence**

Si *vous* perdez ou *vous* faites voler  *votre* carte de crédit RBC Banque Royale pendant que *vous* voyagez n'importe où dans le monde, *vous* pouvez appeler Assistance aux Assurés Inc. qui fera le nécessaire pour virer des fonds d'*urgence* et/ou mettre à  *votre* disposition des billets d'avion jusqu'à concurrence de 5 000 \$ CA.

Les fonds en question seront portés à  *votre* carte de crédit RBC Banque Royale à titre d'avance de fonds et les billets seront facturés en tant qu'achats.

## **6. Assistance juridique et cautionnement pénal**

Si *vous* vous trouvez avoir besoin d'assistance juridique pendant que *vous* voyagez, *vous* pouvez appeler Assistance aux Assurés Inc. pour obtenir les coordonnées d'un avocat, de l'ambassade ou du consulat où *vous* adresser. Assistance aux Assurés Inc. peut également prendre les dispositions nécessaires pour virer des fonds de *votre* compte RBC Banque Royale si *vous* devez verser un cautionnement ou payer un avocat.

C'est à *vous* que revient la décision finale de choisir le prestataire de services juridiques.

## **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 d'office pour la durée du retard, sous réserve d'un délai maximal 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 5 jours additionnels après la sortie de l'hôpital**. Ceci ne s'applique pas à l'assurance Interruption de voyage/après le départ.

### **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 Interruption de voyage/après le départ.

L'assurance ne peut être prolongée au-delà des **365 jours** suivant la date de  *votre* départ quel que soit le nombre de prolongations automatiques.

## ■ **Prolongation du voyage à votre choix**

Si la demande de prolongation est reçue après la  *date d'effet*, des frais administratifs de 15 \$ sont exigés.

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'assurance Voyage unique,  *vous* devez demander une prolongation de couverture au Centre d'adhésion avant la  *date de votre retour*.
- b) Si  *vous* avez eu un **problème de santé** visé par la garantie dont  *vous* bénéficiez selon l'assurance Voyage unique,  *vous* devez demander une prolongation de couverture au Centre d'adhésion avant la  *date de votre retour*. Cette prolongation doit être approuvée par Assistance aux Assurés Inc.
- c) Si  *vous* êtes **couvert par une assurance annuelle voyages multiples**, aucune prolongation n'est possible.  *Vous* pouvez cependant souscrire une  *assurance complémentaire* tel qu'il est indiqué dans la section « Souscription d'une  *assurance complémentaire* à l'assurance annuelle voyages multiples » du présent guide.

Dans les trois cas ci-dessus,  *vous* devez payer le supplément de prime exigé **avant la date de retour d'origine**.

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 pas être prolongée. Cependant,  *vous* pouvez souscrire une nouvelle police 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 de la nouvelle police s'appliquent pendant la période de prolongation.**

### ■ **Assurance complémentaire**

Dans le cas d'une **assurance annuelle voyages multiples**, si la durée de  *votre voyage* dépasse :

- **15 jours de suite** dans le cas de l'option 15 jours ; **ou**
- **30 jours de suite** dans le cas de l'option 30 jours ; **ou**
- **60 jours de suite** dans le cas de l'option 60 jours,

***vous devez souscrire une assurance complémentaire*** tel qu'il est indiqué ci-après.

Si :

- *vous* êtes couvert par l'une des **assurances annuelles voyages multiples** ; **et**
- désirez souscrire une  *assurance complémentaire*,

*vous* pouvez souscrire une assurance Voyage unique à laquelle  *vous* avez droit.

Cette assurance est offerte pour le nombre de jours au-delà de la durée prévue par  *votre* assurance annuelle voyages multiples, sous réserve d'un maximum de 183 jours au total.

### **Avant la date d'effet**

*Vous* devez communiquer avec le Centre d'adhésion 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 appeler le Centre d'adhésion 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 de la police d' *assurance complémentaire* est soumis à l'approbation d'Assistance aux Assurés Inc.

**Les conditions et exclusions de la nouvelle police établie à titre d'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*.

Vous devez souscrire :

- la formule rehaussée Voyage unique à titre d'*assurance complémentaire* si vous êtes couvert par une formule rehaussée assurance annuelle voyages multiples ; **ou**
- la formule de base Voyage unique à titre d'*assurance complémentaire* si vous êtes couvert par une formule de base assurance annuelle voyages multiples.

**MISE EN GARDE- Exclusions, réductions et limitations de l'assurance**

**Si vous ne souscrivez pas d'*assurance voyage complémentaire* et que la durée de votre voyage dépasse 15 jours, 30 jours ou 60 jours, vous ne bénéficierez d'aucune protection dans le cas d'un sinistre survenant hors de la durée de l'assurance pendant le voyage en question.**

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

Si vous êtes couvert par une assurance *voyage* offerte par un autre assureur, vous pouvez souscrire une *assurance complémentaire* auprès du Centre d'adhésion **avant la date de départ de votre point de départ** :

- a) vous devez payer la prime de l'*assurance complémentaire* exigée **avant** votre date de départ de votre point de départ ;
- b) les dispositions et exclusions de notre police établie à titre d'*assurance complémentaire* s'appliquent : **et**
- c) vous ne pouvez pas souscrire une assurance annuelle pour compléter une assurance Voyage unique (si vous bénéficiez d'une assurance *voyage* offerte par votre carte de crédit, vous pouvez souscrire une assurance annuelle à titre d'*assurance complémentaire*).

Vous devez payer la prime de l'*assurance complémentaire* exigée avant la date d'expiration de l'autre assurance *voyage*.

**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 une assurance annuelle voyages multiples à titre d'*assurance complémentaire* pour le nombre de jours qui s'ajoutent à la durée prévue de l'assurance offerte par votre carte de crédit :

- a) vous pouvez communiquer avec le Centre d'adhésion avant la date de départ de votre point de départ ;
- b) vous devez payer la prime requise de l'*assurance complémentaire* selon l'option 15, 30 ou 60 jours avant la date de départ de votre point de départ ;
- c) votre *assurance complémentaire* ne peut pas dépasser 15 jours consécutifs dans le cas de l'option 15 jours, 30 jours consécutifs dans le cas de l'option 30 jours, ou 60 jours consécutifs dans le cas de l'option 60 jours ;
- d) les conditions et exclusions de la police établie par nous à titre d'*assurance complémentaire* s'appliquent.
- e) si la police que vous souscrivez à titre d'*assurance complémentaire* l'exige, vous devez remplir un *questionnaire médical* ;
- f) il vous incombe de vérifier si l'*assurance complémentaire* est permise au titre de l'assurance voyage offerte par votre carte de crédit.

## Annulation

---

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 le Centre d'adhésion si  *vous* avez souscrit la formule de base.

Si  *vous* avez souscrit la formule rehaussée,  *vous* pevez annuler  *votre* contrat d'assurance dans les 10 jours suivant la date de la  *proposition d'assurance* .  *Vous* devez envoyer un avis écrit à cet effet par courrier recommandé ou certifié.

*Vous* ne pouvez annuler  *votre* assurance à formule rehaussée après le départ ou si le départ tombe moins de 11 jours après la date de la  *proposition d'assurance* .

*Vous* trouverez un formulaire pour annuler  *votre* assurance à la page 45 de ce guide.

### ■ **Remboursement de la prime**

Toutes les demandes de remboursement de prime doivent être présentées au Centre d'adhésion.

#### a) **Assurance annuelle voyages multiples :**

La prime que  *vous* avez payée ne peut être remboursée qu'avant la  *date de début de la couverture* .

#### b) **Assurance Voyage unique :**

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 au titre de l'assurance.

**Des frais administratifs de 15 \$ s'appliquent.**

### ■ **Cessation de l'assurance**

*Votre* assurance prend fin à la  **première des dates suivantes**  :

- a) le jour de  *votre* retour dans  *votre* province, territoire ou pays de résidence  **sauf dans les circonstances suivantes**  :

*Votre* assurance  **ne prendra pas fin le jour de  *votre* retour temporaire**  dans  *votre* province, territoire ou pays de résidence  **avant  *votre* date de retour**  si :

- *vous* reprenez par la suite  *votre* voyage ;
- *vous* n'avez présenté aucune demande de règlement au titre de la présente assurance ; **et**
- *vous* n'avez eu aucun  *problème de santé*  à  *votre* retour temporaire dans  *votre* province, territoire ou pays de résidence ; **et**
- *vous* êtes apte à continuer  *votre* voyage.

- b) la  *date de votre retour* , à minuit ;

- c) la  *date d'expiration* , à minuit ;

- d) 183 jours après la date de départ de  *votre point de départ*  dans le cas de l'assurance Voyage unique.

## 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 :..... 1 800 222-9978  
Sans frais du Mexique : ..... 001 800 514-1889  
À frais virés de n'importe où : ..... 905 816-2562  
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 visant des frais admissibles engagés durant le  *voyage* mais ne se rattachant pas à des soins médicaux,  *vous* pouvez communiquer avec  *notre* Service des sinistres à l'un des numéros suivants :

Sans frais des États-Unis ou du Canada :..... 1 800 464-3211  
À frais virés de tout pays : ..... 905 816-2573  
Télécopieur : ..... 905 813-4701

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

Pour **toutes les 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 **365 jours**, sinon  *vous* n'aurez droit à aucune indemnité.

Si  *vous* êtes assuré au titre d'une assurance annuelle voyages multiples,  *vous* devez, en cas de demande de règlement, fournir une attestation de la  *date d'effet* de  *votre* assurance.

#### ■ Preuves à fournir

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

- une attestation de la  *date d'effet* si  *vous* êtes couvert par une assurance annuelle voyages multiples ;

- un formulaire de demande de règlement dûment rempli (communiquez avec le Centre des règlements pour en obtenir un exemplaire) ;
- l'original des factures et reçus ;
- la preuve de tout paiement effectué par  *votre régime d'assurance maladie gouvernemental* et autres assureurs ou régimes d'assurance maladie ;
- la procuration et les formulaires de la Régie de l'assurance maladie du Québec, dûment remplis et signés, si  *vous* êtes domicilié au Québec ;
- le diagnostic complet des  *médecins* et/ou des  *hôpitaux* ayant prodigué les soins, y compris, s'il y a lieu, l'attestation écrite du  *médecin* qui  *vous* a soigné pendant  *votre 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 .*

### **Assurance Interruption de voyage/après le départ**

- un document médical ou un formulaire de demande de règlement dûment rempli par le  *médecin* qualifié qui a été le  *médecin* traitant dans la localité où est survenu l' *état médical*, et indiquant la raison pour laquelle le  *voyage* était impossible, le diagnostic et toutes les dates de traitement ;
- les conditions du voyageur ;
- les originaux au complet des billets et coupons non utilisés ;
- tous les reçus des moyens de transport terrestres prépayés et/ou des frais de subsistance ;
- les originaux des reçus des nouveaux billets ;
- les factures détaillées et/ou les reçus du ou des prestataires de services ; **et**
- l'original des reçus concernant vos débours.

### **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'original des billets d'avion ;
- 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 dommages ;**
- l'original des reçus d'achat des articles de toilette et de vêtements de première nécessité, **en cas de retard.**

#### **MISE EN GARDE- Exclusions, réductions et limitations de l'assurance**

**Les pièces justificatives requises doivent être fournies à l'appui de votre demande de règlement. À défaut de quoi, vous perdrez tout droit à indemnisation 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 *vo*tre 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 cela est possible.

Pour les demandes de règlement au titre de l'assurance Accidents de vol et de voyage, *nous* versons le capital-décès au bénéficiaire désigné dans la *proposition d'assurance* ou à *vos* ayants droit, si aucun bénéficiaire n'est désigné.

*Nous* paierons les sommes couvertes par l'assurance à *vous* ou au prestataire de services, sauf en cas de décès. Les sommes payables en cas de décès seront versées à *vos* ayants droit, sauf indication contraire dans la *proposition d'assurance*.

*Vous* devez *nous* rembourser toute somme que *nous* aurons payée ou autorisée pour *vo*tre compte, si *nous* établissons que cette somme n'est pas payable au titre de *vo*tre contrat.

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

---

*Vous* pouvez consulter l'Autorité des marchés financiers ou *vo*tre 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 de la police si *vous* n'êtes pas d'accord avec la décision rendue au sujet de *vo*tre demande ou si un différend survient dans l'interprétation de la police.

Toute action ou procédure d'arbitrage intentée contre *nous* concernant une demande d'indemnité fondée sur cette police se prescrit par trois 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 de la police, *vous* devez intenter *vo*tre action ou procédure d'arbitrage dans le délai le plus court prescrit par les lois du lieu d'établissement de la police. 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

---

*Nous* pouvons poursuivre le tiers responsable si *vous* engagez des frais couverts par la faute d'un tiers. *Vous* acceptez de collaborer pleinement avec *nous* et *vous* *nous* autorisez à intenter, à *nos* frais, une poursuite en *vo*tre nom contre le tiers. Si *vous* recouvrez des frais sur un tiers, *vous* acceptez de détenir en fiducie les fonds nécessaires pour *nous* rembourser les montants acquittés au titre du contrat.

### III. PRODUITS SIMILAIRES

D'autres assureurs peuvent offrir des produits semblables.

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

Si *vous* avez des questions au sujet de cette assurance, veuillez tout d'abord communiquer avec l'assureur aux numéros de téléphone indiqués à la page de couverture de ce guide de distribution.

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)

Courriel

[renseignements-consommateur@lautorite.qc.ca](mailto:renseignements-consommateur@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.
- L'article 441 ne s'applique pas lorsque le contrat principal est d'une durée de 10 jours ou moins et si son exécution a déjà débuté au moment de la demande d'annulation du contrat d'assurance annulation de voyage.
- L'article 441 ne s'applique pas si le contrat d'assurance annulation de voyage est établi dans les 11 jours avant le *voyage*.

Pour d'autres renseignements, communiquez avec 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 : articles 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 et l'envoyer par poste à :**

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

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 418 525-0337 ou au 1 877 525-0337.

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 <sup>(1)</sup></b>	<b>Pour quels produits et services ? <sup>(2)</sup></b>	<b>Autorisation du client <sup>(3)</sup></b>	<b>Paraphe <sup>(4)</sup></b>
<i>À remplir par le distributeur</i>	<i>À remplir par le distributeur</i>	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>	
		<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>	
		<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>	
		<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>	
		<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>	
		<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>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 DES SUCCURSALES RBC

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)

**a souscrit le produit de RBC Assurances suivant :**

	<b>Cocher</b>	<b>Parapher</b>
<b>Formule rehaussée</b>		
Assurance Voyage unique	<input type="checkbox"/>	_____
Assurance annuelle voyages multiples	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Formule de base</b>		
Assurance Voyage unique	<input type="checkbox"/>	_____
Assurance annuelle voyages multiples	<input type="checkbox"/>	_____



