

VISA* CATHAY PACIFIC PLATINE RBC®
ASSURANCE EN CAS D'URGENCE MÉDICALE HORS DE LA PROVINCE
/HORS DU PAYS
CERTIFICAT D'ASSURANCE

VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT CE QUI SUIT : Le présent certificat d'assurance est une source précieuse de renseignements. Il renferme les dispositions qui peuvent limiter ou exclure la responsabilité de l'assureur au titre de la garantie. Veuillez le lire, le ranger en lieu sûr et l'emporter avec *vous* en voyage.

INTRODUCTION

La Compagnie d'assurance RBC du Canada (l'« assureur ») a établi la police d'assurance collective U-1014451-A pour la Banque Royale du Canada (la « Banque Royale »). L'assurance couvre les frais médicaux d'urgence engagés par les *personnes assurées* hors de leur province ou territoire de résidence au Canada. Toutes les *personnes assurées* sont des clients de l'assureur. Ce certificat d'assurance résume les dispositions de la présente police d'assurance collective.

EN CAS D'URGENCE MÉDICALE

En cas d'*urgence médicale*, *vous* devez appeler Assistance aux Assurés Inc. (« Assistance aux Assurés ») **avant de recevoir un traitement d'urgence**. Nous pouvons bien sûr comprendre que *votre état médical* *vous* empêche de le faire. *Vous* devez dans ce cas nous appeler dès que cela est possible du point de vue médical ou demander à quelqu'un (membre de la famille, ami, infirmier ou *médecin*) de le faire à *votre* place.

Si *vous* n'appellez pas Assistance aux Assurés ou si *vous* décidez d'obtenir des soins auprès d'un prestataire de soins médicaux non accrédité, *vous* devrez défrayer une partie des frais médicaux que *vous* avez engagés, tel qu'il est indiqué sous la rubrique « Limitations de la garantie ».

Vous pouvez appeler Assistance aux Assurés au :

1-800-533-2778 sans frais au Canada ou aux É.-U., ou
905-816-2581 à frais virés, de partout ailleurs dans le monde.

AVIS IMPORTANT – À LIRE ATTENTIVEMENT

- L'assurance voyage est conçue pour couvrir les pertes découlant de circonstances soudaines et imprévisibles. Il est important que *vous* lisiez et que *vous* compreniez *votre* assurance avant de partir en *voyage*, car *votre* couverture est assujettie à certaines restrictions ou exclusions.
- Une exclusion relative aux affections préexistantes s'applique à un *problème de santé* ou à des symptômes d'ordre médical qui se sont manifestés avant *votre voyage*. Vérifiez si ce type d'exclusion s'applique à *votre* certificat d'assurance et les répercussions qu'il peut avoir sur la date de *votre* départ, la date de souscription et la date d'effet de l'assurance.
- En cas d'accident, de maladie ou de blessure, il est possible que *vos* antécédents médicaux soient examinés si une demande de règlement est présentée.

- *Votre* assurance prévoit un service d'assistance-voyage. *Vous* devez appeler Assistance aux Assurés avant de recevoir un *traitement d'urgence*. *Votre* assurance limite les prestations si *vous* n'informez pas immédiatement Assistance aux Assurés.

RENSEIGNEMENTS UTILES SUR L'ASSURANCE EN CAS D'URGENCE MÉDICALE HORS DE LA PROVINCE/HORS DU PAYS

- L'assurance est offerte pour les trente et un (31) premiers jours de *votre voyage*, jusqu'à ce que *vous* atteigniez 65 ans.
- *Vous* pouvez souscrire l'*assurance complémentaire* si *vous* faites un *voyage* de plus de trente et un (31) jours. Pour obtenir plus d'information, veuillez appeler le Centre d'adhésion au 1-800-565-3129.
- N'oubliez pas d'appeler Assistance aux Assurés avant de recevoir un *traitement d'urgence*. Nous pouvons bien sûr comprendre que *votre état médical* *vous* empêche de le faire. *Vous* devez dans ce cas nous appeler dès que cela est possible du point de vue médical ou demander à quelqu'un (membre de la famille, ami, infirmier ou *médecin*) de le faire à *votre* place.
- Avant d'entreprendre *votre voyage*, lisez la section « Exclusions générales » pour obtenir la description complète des exclusions.
- Il est important que *vous* lisiez et compreniez *votre* certificat d'assurance, car *votre* couverture est assujettie à certaines restrictions ou exclusions.

DÉFINITIONS

Tout au long de ce document, les termes en italique ont le sens qui leur est donné dans les définitions ci-après.

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 – l'assurance que *vous* souscrivez auprès du Centre d'adhésion pour prolonger *votre* couverture au-delà de la durée maximale de trente et un (31) jours consécutifs.

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

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

Conjoint – la personne qui est légalement mariée avec *vous*, ou qui vit maritalement avec *vous* et avec qui *vous* cohabitez depuis au moins un (1) an sans interruption.

Codemandeur – une personne qui a signé et/ou présenté une demande de carte Visa Cathay Pacific Platine RBC, à titre de *codemandeur*, et à qui une carte a été émise. Un *codemandeur* doit être un *résident permanent* du Canada.

Cotitulaire – un *codemandeur* ou un *titulaire de carte autorisé*.

Demandeur – une personne qui a signé ou présenté une demande à titre de titulaire principal d'une carte Visa Cathay Pacific Platine RBC, à qui une carte a été émise et au nom de laquelle le compte a été établi. Un *demandeur* n'est pas un *cotitulaire*. Un *demandeur* doit être un *résident permanent* du Canada.

Enfant à charge (ou **enfants à charge**) – un enfant non marié, naturel, adoptif, placé en foyer d'accueil, ou un beau-fils, une belle-fille ou un enfant en tutelle du *demandeur*, couvert par un *régime d'assurance maladie gouvernemental* :

- qui a moins de vingt et un (21) ans, ou
- moins de vingt-six (26) ans s'il étudie à temps plein, ou
- qui est atteint d'un handicap physique ou mental et est incapable d'occuper un emploi lui permettant de subvenir à ses besoins et dont *vous* assurez entièrement la subsistance.

État médical (ou **problème de santé**) – tout accident corporel ou maladie (ou problème connexe), y compris les affections, psychoses aiguës et complications de grossesse survenant dans les trente et une (31) premières semaines de la grossesse.

Hôpital (ou hôpitaux) – un 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), 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, maisons de convalescence, de repos ou de soins infirmiers, foyers pour personnes âgées, établissements de cure ou centres de traitement de la toxicomanie.

Médecin(s) – toute personne, autre que *vous-même* ou un membre de *votre* famille, dûment autorisée à prescrire des médicaments et à administrer des soins médicaux (dans les limites de ses compétences professionnelles) au lieu où les soins sont dispensés. Les naturopathes, herboristes, homéopathes ou chiropraticiens ne sont pas considérés comme des *médecins*.

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

Personne assurée – l'une des personnes suivantes, âgée de moins de 65 ans et qui est couverte par un régime d'assurance maladie gouvernemental valide : le demandeur, le conjoint du demandeur et/ou l'enfant à charge du demandeur qui voyage avec le demandeur et/ou avec le conjoint du demandeur ou qui rejoint l'un ou l'autre au cours du même voyage. Un cotitulaire est une personne assurée de plein droit. Une personne assurée peut être désignée par « vous », « vos », « votre » ou « vous-même ». Le conjoint et/ou l'enfant à charge du cotitulaire n'ont pas droit à cette assurance, à moins qu'ils soient autrement couverts, comme il est précisé ci-dessus (le demandeur, le conjoint du demandeur et/ou l'enfant à charge du demandeur qui voyage avec le demandeur et/ou le conjoint du demandeur, ou qui les rejoint durant le même voyage). Le conjoint et/ou l'enfant à charge du demandeur ne sont plus couverts lorsque le demandeur atteint l'âge de 65 ans, à moins d'être également un cotitulaire.

Point de départ – la province ou le territoire que vous quittez le premier jour de la durée prévue de votre voyage.

Régime d'assurance maladie gouvernemental – la couverture d'assurance maladie que le gouvernement provincial ou fédéral offre à ses résidents.

Résident permanent – une personne qui réside au Canada pendant au moins six (6) mois par année. Toutefois, les personnes autrement admissibles à la couverture qui sont des membres du Service extérieur canadien n'ont pas à satisfaire à cette demande.

Stable – qualifie un état médical ou une affection connexe (y compris une affection cardiaque ou pulmonaire) pour lesquels :

- il n'y a eu aucun nouveau traitement, aucune nouvelle prise en charge et aucun nouveau médicament 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, et les symptômes ou constatations ne sont ni plus fréquents ni plus graves ; et
- il n'y a 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'est requis ou recommandé.

Titulaire de carte autorisé – une personne, autre que le demandeur et le codemandeur, à qui une carte Visa Cathay Pacific Platine RBC a été émise à la demande du demandeur ou du codemandeur.

Traitement d'urgence – soins médicaux, intervention chirurgicale ou médicaments qui :

- sont nécessaires au soulagement immédiat de symptômes aigus ou
- sont recommandés par un *médecin* autorisé à exercer et ne peuvent attendre *votre* retour au Canada, et que *vous* devez recevoir pendant *votre voyage* parce que *votre état médical* vous empêche de rentrer au Canada.

Le *traitement d'urgence* doit être prescrit ou dispensé par un *médecin* autorisé à exercer ou reçu dans un *hôpital* pendant *votre voyage* .

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

Urgence médicale – toute maladie ou blessure imprévue survenant en cours de garantie et *vous* obligeant à être hospitalisé ou à recevoir les soins immédiats d'un *médecin* .

Voyage – tout déplacement effectué à l'extérieur de *votre* province ou territoire de résidence au Canada d'une durée maximale de trente et un (31) jours consécutifs.

PRISE D'EFFET ET CESSATION DE L'ASSURANCE

La présente assurance *vous* fournit une protection lorsque *vous* quittez *votre point de départ* . *Vous* êtes couvert les trente et un (31) premiers jours consécutifs d'un *voyage* , dates de départ et de retour comprises.

La protection cesse, individuellement pour chaque *demandeur* et chaque *cotitulaire* , à la plus rapprochée des dates suivantes :

1. la date à laquelle *vous* atteignez 65 ans (Nota : La couverture du *conjoint* et de *l'enfant à charge* du *demandeur* prend fin lorsque le *demandeur* atteint 65 ans, sauf s'ils sont *cotitulaires*) ;
2. la date de *votre* retour dans *votre* province ou territoire de résidence ;
3. la date d'annulation de *votre* compte Visa Cathay Pacific Platine RBC ;
4. la date à laquelle *votre* compte Visa Cathay Pacific Platine RBC est en souffrance depuis soixante (60) jours ;
5. la date à laquelle *vous* vous êtes absenté plus de trente et un (31) jours consécutifs de *votre* province ou territoire de résidence ;
6. la date à laquelle la police d'assurance collective est résiliée par l'assureur ou la Banque Royale. Toutefois, la résiliation de l'assurance ne doit pas s'appliquer aux frais de réservation du voyage qui sont portés à *votre* carte Visa Cathay Pacific Platine RBC avant la date de résiliation de la police d'assurance collective.

PROLONGATION DE L'ASSURANCE

L'assurance est prolongée d'office au-delà de la période limite de trente et un (31) jours, dans les cas suivants :

1. lorsque *vous* êtes hospitalisé en raison d'une *urgence médicale* au-delà de la période limite de trente et un (31) jours, *votre* protection reste en vigueur pendant *votre* hospitalisation et pour une durée maximale de cinq (5) jours suivant *votre* sortie d'hôpital.
2. La protection est prolongée d'office pour une durée maximale de cinq (5) jours si *votre* retour est retardé au-delà de la période limite de trente et un (31) jours en raison d'une *urgence médicale*.
3. La protection est prolongée d'office pour une durée maximale de soixante-douze (72) heures si le retard d'un avion, autocar, bateau ou train dans lequel *vous* voyagez à titre de passager *vous* oblige à prolonger *votre* voyage au-delà de la période limite de trente et un (31) jours.

FRAIS ASSURÉS ET GARANTIES

La présente assurance couvre les frais raisonnables et habituels, en sus des frais médicaux remboursables par *votre régime d'assurance maladie gouvernemental* ou par tout autre régime d'assurance, que *vous* engagez pendant *votre* voyage pour un traitement médical nécessaire en raison d'une *urgence médicale*.

1. Frais médicaux et d'hospitalisation

L'assurance couvre les frais d'un *traitement d'urgence*, notamment des soins hospitaliers, chirurgicaux et médicaux. Les frais suivants sont remboursables à condition que les soins couverts soient prescrits par un *médecin* autorisé, pendant *votre* voyage :

- hospitalisation, jusqu'à concurrence du tarif d'une chambre à deux lits ou l'équivalent,
- soins médicaux dispensés par un *médecin* et/ou chirurgien,
- soins médicaux en clinique externe,
- radiographies et autres examens diagnostiques,
- usage d'un bloc opératoire ou d'une unité de soins intensifs, anesthésie et pansements chirurgicaux,
- *médicaments sur ordonnance* sauf ceux nécessaires à la stabilisation d'une maladie chronique ou d'une affection dont *vous* souffriez avant *votre* voyage,

- transport local par ambulance (ou frais de taxi le cas échéant) à destination d'un *hôpital*, ou du cabinet d'un *médecin* ou prestataire de soins médicaux en cas d'*urgence médicale*,
- location ou, s'il est moins coûteux, achat d'un lit d'*hôpital*, d'un fauteuil roulant, de béquilles, d'appareils orthopédiques et autres appareils médicaux, et
- soins en service privé d'une infirmière autorisée durant l'hospitalisation, jusqu'à concurrence de 10 000 \$, si ces soins sont recommandés par un *médecin* autorisé à exercer et approuvés à l'avance par Assistance aux Assurés.

2. Soins dentaires d'urgence

L'assurance couvre les frais dentaires suivants lorsqu'ils sont prescrits et donnés par un dentiste autorisé :

- réparation ou remplacement de dents naturelles ou de prothèses fixes permanentes endommagées par suite d'une blessure accidentelle à la bouche, jusqu'à concurrence de 2 000 \$. Les soins doivent être reçus dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la blessure.
- soins médicaux dispensés pendant *votre voyage* et destinés à soulager la douleur, jusqu'à concurrence de 200 \$.

3. Physiothérapie et autres services professionnels

L'assurance couvre les frais professionnels d'un physiothérapeute, chiropraticien, ostéopathe, podologue ou podiatre, jusqu'à concurrence de 250 \$ par *personne assurée*, par catégorie de praticien, lorsque les soins couverts sont prescrits par un *médecin* autorisé à exercer, pendant *votre voyage*.

4. Transport aérien d'urgence ou évacuation

L'assurance couvre les frais suivants lorsque le transport est nécessaire du point de vue médical, approuvé à l'avance et organisé par Assistance aux Assurés :

- coût supplémentaire d'un billet aller simple, en classe économique, à bord d'un avion de ligne par l'itinéraire le plus économique jusqu'à *votre point de départ* pour que *vous* y receviez immédiatement des soins médicaux ; ou
- prix du billet, avec civière, à bord d'un avion de ligne par l'itinéraire le plus économique, jusqu'à *votre point de départ*, lorsque la civière est nécessaire du point de vue médical ; et
- prix du billet aller-retour d'un accompagnateur médical qualifié, en classe économique à bord d'un avion de ligne, ainsi que les honoraires et frais habituellement exigés par un tel

accompagnateur, lorsque sa présence est nécessaire du point de vue médical ou exigée par la compagnie aérienne ; ou

- transport par avion sanitaire s'il est essentiel du point de vue médical.

5. Rapatriement de la dépouille

L'assurance couvre :

- les frais de rapatriement de *votre* dépouille dans le conteneur ordinaire du transporteur public jusqu'à *votre point de départ*, et jusqu'à concurrence de 5 000 \$, pour les frais de préparation de la dépouille ainsi que le coût du conteneur ; ou
- les frais de rapatriement de *votre* dépouille jusqu'à *votre point de départ*, et jusqu'à concurrence de 5 000 \$, pour les frais d'incinération là où *votre* décès a eu lieu ; ou
- les frais de préparation de *votre* dépouille et le prix d'un cercueil régulier, jusqu'à concurrence de 5 000 \$, ainsi que les frais d'inhumation là où *votre* décès a eu lieu, jusqu'à concurrence de 5 000 \$.

Si quelqu'un est légalement tenu d'identifier *votre* dépouille, la présente assurance couvre le prix d'un billet d'avion aller-retour, en classe économique, par l'itinéraire le plus économique ainsi que les frais d'hôtel et de repas engagés par cette personne, jusqu'à concurrence de 300 \$. La personne est couverte conformément aux dispositions de *votre* assurance pendant la période nécessaire à l'identification de *votre* dépouille, sous réserve d'une durée maximale de trois (3) jours ouvrables.

6. Frais additionnels d'hôtel et de repas

L'assurance couvre les frais de logement commercial et de repas que *vous* engagez après la date à laquelle *vous* avez prévu de rentrer à *votre point de départ*, jusqu'à concurrence de 150 \$ par jour et sous réserve d'un montant maximal de 1 500 \$, si *votre* retour est retardé en raison d'une *urgence médicale* ou si *vous* êtes transféré ailleurs pour y recevoir un *traitement d'urgence*.

7. Transport d'un compagnon de chevet

L'assurance couvre le prix d'un billet d'avion aller-retour, en classe économique, par l'itinéraire le plus économique, pour qu'un membre de *votre* famille puisse se rendre à *votre* chevet si *vous* êtes hospitalisé pendant *votre voyage*. Cependant, si *vous* avez moins de vingt et un (21) ans, ou si *vous* avez vingt et un (21) ans et plus et êtes atteint d'un handicap physique et que *vous* avez besoin de *votre* compagnon de chevet, *vous* bénéficiez de cette garantie dès que *vous* êtes admis à l'*hôpital*. Cette personne a droit au remboursement de ses frais d'hôtel et de repas, jusqu'à concurrence de 300 \$, et est couverte conformément aux dispositions de *votre* assurance aussi longtemps que sa présence est nécessaire à *votre*

chevet. La visite doit être préalablement approuvée par Assistance aux Assurés.

8. Retour d'un véhicule

L'assurance couvre les frais raisonnables engagés pour faire reconduire un véhicule par une agence commerciale, à *votre* domicile ou à une agence de location, lorsque le retour est approuvé et organisé par l'intermédiaire d'Assistance aux Assurés, si *vous* ne pouvez retourner le véhicule en raison d'une *urgence médicale*. Le véhicule peut être une voiture de tourisme, une caravane motorisée, une camionnette de camping, une caravane ou une motocyclette qui *vous* appartient ou que *vous* louez et que *vous* utilisez pendant *votre* voyage.

9. Retour d'un enfant à charge ou des enfants à charge

Si *votre* enfant à charge ou vos enfants à charge, assurés en vertu de *votre* assurance voyage, voyagent avec *vous* ou *vous* rejoignent pendant *votre* voyage et que *vous* êtes hospitalisé plus de vingt-quatre (24) heures, ou si *vous* devez rentrer au Canada en raison d'une *urgence médicale* couverte, l'assurance prend en charge le coût supplémentaire du billet aller simple, en classe économique par l'itinéraire le plus économique, jusqu'au *point de départ des enfants à charge*, et le coût du billet aller-retour d'un accompagnateur, en classe économique, si la compagnie aérienne en exige la présence. Le transport doit être approuvé et organisé par Assistance aux Assurés.

10. Retour des bagages excédentaires

Si *vous* êtes ramené à *votre* point de départ en avion sanitaire (avec l'autorisation d'Assistance aux Assurés) en raison d'une *urgence médicale*, l'assurance couvre le coût du transport de retour de vos bagages excédentaires, jusqu'à concurrence de 500 \$ – lorsque le retour des bagages excédentaires est requis du point de vue médical et a été approuvé au préalable et organisé par Assistance aux Assurés.

LIMITATIONS DE LA GARANTIE

Si *vous* n'appellez pas Assistance aux Assurés avant de recevoir un *traitement d'urgence*, ou si *vous* choisissez un prestataire de soins médicaux non accrédité, *vous* devrez défrayer les 20 % des frais médicaux couverts au titre de cette assurance et non remboursés par le *régime d'assurance maladie gouvernemental*, sous réserve d'un montant maximal de 25 000 \$. L'assurance rembourse la totalité des frais médicaux couverts au-delà de 25 000 \$.

Si *votre état médical* *vous* empêche d'appeler Assistance aux Assurés avant de recevoir un *traitement d'urgence*, *vous* devez appeler dès qu'il *vous* est possible de le faire, du point de vue médical, ou demander à quelqu'un de le faire à *votre* place.

RISQUES NON COUVERTS

AFFECTIONS PRÉEXISTANTES

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

1. *votre état médical* ou affection connexe (qu'un diagnostic ait été posé ou non) si, à un moment donné au cours des quatre-vingt-dix (90) jours précédant la date de *votre* départ en *voyage*, *votre état médical* ou affection connexe n'était pas *stable*,
2. *votre* affection cardiaque (qu'un diagnostic ait été posé ou non) si, à un moment donné au cours des quatre-vingt-dix (90) jours précédant la date de *votre* départ en *voyage* :
 - toute affection cardiaque n'était pas *stable*, ou
 - *vous* avez pris de la nitroglycérine plus d'une fois par semaine dans le but précis de soulager des douleurs d'angine de poitrine ;
3. *votre* affection pulmonaire (qu'un diagnostic ait été posé ou non) si, à un moment donné au cours des quatre-vingt-dix (90) jours précédant la date de *votre* départ en *voyage* :
 - toute affection pulmonaire n'était pas *stable*, ou
 - *vous* avez été soigné par oxygénothérapie à domicile ou dû prendre des stéroïdes par voie buccale (prednisone ou prednisolone) pour une affection pulmonaire.

EXCLUSIONS GÉNÉRALES

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

1. à un *état médical* pour lequel :
 - *vous* attendiez de connaître les résultats d'examens médicaux ayant par la suite révélé des irrégularités ou anomalies ; ou
 - des enquêtes ou soins médicaux futurs (à l'exception d'un examen de routine) sont prévus avant *votre voyage* ;
2. à la poursuite d'un traitement, d'une enquête, de la réapparition ou des complications d'un *état médical* pour lequel *vous* avez reçu un *traitement d'urgence* pendant *votre voyage* si les conseillers médicaux d'Assistance aux Assurés *vous* ont recommandé de rentrer dans *votre* province ou territoire de résidence et que *vous* décidez de ne pas le faire ;

3. au traitement de tout problème cardiaque ou pulmonaire, après que *vous* avez reçu un *traitement d'urgence* pendant *votre voyage*, pour une affection connexe ou pas, si les conseillers médicaux d'Assistance aux Assurés *vous* ont recommandé de rentrer dans *votre* province ou territoire de résidence et que *vous* décidez de ne pas le faire ;
4. à un traitement autre qu'un *traitement d'urgence* ;
5. aux soins habituels qu'exige une maladie chronique ;
6. à tout *état médical* pour lequel des soins ou une hospitalisation pendant *votre voyage* étaient raisonnablement prévisibles avant le départ ;
7. à des symptômes qui auraient incité une personne normalement prudente à se faire soigner ou à prendre des médicaments dans les quatre-vingt-dix (90) jours précédant son *voyage* ;
8. à une *urgence médicale* ou une affection connexe, si la cause de *l'urgence médicale* ou de l'affection connexe est associée de quelque façon que ce soit à un avertissement de voyage formel écrit émis par le département des Affaires étrangères ou du Commerce international du gouvernement du Canada déconseillant aux Canadiens de voyager dans le pays, la région ou la ville en question ;
9. à toute partie des frais nécessitant l'autorisation préalable d'Assistance aux Assurés si aucune disposition n'a encore été prise à cet effet ;
10. à une intervention chirurgicale ou un examen effractif (y compris un cathétérisme cardiaque et examen par IRM), à moins que l'acte ne soit préalablement approuvé par Assistance aux Assurés ;
11. à tout *état médical* si *vous* entreprenez *votre voyage* en sachant que *vous* aurez besoin de recevoir des soins ou que *vous* chercherez à en obtenir, notamment un traitement, une intervention chirurgicale, des examens, des soins palliatifs ou une thérapie parallèle de quelque nature que ce soit, que le traitement, l'intervention chirurgicale, les examens, les soins palliatifs ou la thérapie parallèle en question se rapportent ou non à l'état de médical ;
12. à ce qui suit :
 - des soins prénatals de routine,
 - des complications de la grossesse, dans les neuf (9) semaines qui précèdent ou succèdent la date prévue de l'accouchement, ou
 - des complications de l'accouchement survenant dans les neuf (9) semaines qui précèdent ou succèdent la date prévue de l'accouchement.
13. à une naissance survenant pendant le *voyage* ;

14. à *votre* participation à des sports ou activités sous-marines en qualité de professionnel, à la pratique de la plongée sous-marine à titre d'amateur, sauf si *vous* détenez un certificat de base d'une école reconnue ou d'un autre organisme autorisé, à la participation à des courses ou épreuves de vitesse d'engins motorisés, à la pratique du saut à l'élastique (bungee), du parachutisme, de l'escalade, de l'*alpinisme*, du deltaplane ou de la chute libre ;
15. à la perpétration ou tentative de perpétration d'actes criminels ;
16. à des blessures que *vous* vous infligez intentionnellement, au suicide ou tentative de suicide de *votre* part (quel que soit *votre* état mental) ;
17. à des *troubles mentaux ou affectifs* ;
18. à un *état médical* attribuable ou lié à *votre* usage chronique d'alcool ou de drogues, avant ou pendant *votre voyage* ;
19. à l'abus de médicaments, de drogues ou d'alcool, ou à *votre* refus délibéré de suivre une thérapie ou un traitement médical prescrit, avant ou pendant *votre voyage* ;
20. un acte d'ennemis étrangers ou rébellion, l'exposition de *votre* part, volontaire et en connaissance de cause, à un risque découlant d'un acte de guerre (déclarée ou non) ou participation volontaire à une émeute ou à des troubles civils ;
21. à des soins ou une intervention chirurgicale pour un *état médical* ou une affection connexe qui avait amené *votre médecin* à *vous* déconseiller de voyager.
22. à un *état médical* si les conseillers médicaux d'Assistance aux Assurés *vous* ont recommandé de rentrer dans *votre* pays de résidence après avoir reçu un *traitement d'urgence* et que *vous* décidez de ne pas le faire;
23. à un rayonnement ionisant ou une contamination radioactive provenant d'un combustible nucléaire ou de déchets radioactifs, ou par les propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses d'un appareil nucléaire, ou de toute partie de cet appareil.

DEMANDE DE RÈGLEMENT

Si *vous* appelez Assistance aux Assurés au moment de l'*urgence médicale*, tel qu'indiqué sous la rubrique « En cas d'*urgence médicale* », *vous* recevrez l'aide nécessaire pour présenter la demande de règlement.

Si *vous* n'appelez pas Assistance aux Assurés, *vous* devez déclarer *votre* sinistre auprès du Centre des règlements dans les trente (30) jours qui suivent la date à laquelle les frais médicaux ou autres ont été engagés pour la première fois.

Pour que *votre* demande soit étudiée, *vous* devez soumettre les pièces suivantes :

- formulaire de demande de règlement dûment rempli (communiquez avec le Centre des règlements pour en obtenir un exemplaire) (Nota : Un tuteur légal doit entreprendre le processus de demande de remboursement au nom d'une *personne assurée* ayant moins de dix-huit (18) ans au Québec et moins de seize (16) ans ailleurs au Canada),
- l'original des factures et reçus du ou des fournisseurs de services,
- tout formulaire du *régime d'assurance maladie gouvernemental* exigé,
- preuve de tout paiement ou avis de non-paiement émis par un autre régime d'assurance, et
- diagnostic complet du ou des *médecins* et/ou *hôpitaux* ayant prodigué les soins, y compris, s'il y a lieu, le certificat écrit du *médecin* qui *vous* a soigné pendant *votre voyage*, attestant que les frais ont été engagés pour des soins nécessaires du point de vue médical.

Les demandes de règlement doivent être soumises au Centre des règlements comme suit:

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

1-800-464-3211

Vous devez soumettre les renseignements pertinents à *votre* demande dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent la date à laquelle les frais pour le traitement médical ou autres ont été engagés pour la première fois. S'il n'est pas raisonnablement possible de nous fournir ces renseignements dans les quatre-vingt-dix (90) jours, *vous* devez le faire au cours de l'année qui suit *votre* demande, sinon elle ne sera pas étudiée.

Le Centre des règlements *vous* fera connaître sa décision de *vous* indemniser ou pas dans les soixante (60) jours qui suivent la date de réception de tous les renseignements exigés.

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Dans le cadre du traitement d'une demande de règlement, l'assureur se réserve le droit de *vous* faire subir, à ses frais, un examen médical par un ou plusieurs *médecins* qu'il aura choisis.

Vous convenez que l'assureur et ses agents ont :

- a. *votre* accord pour vérifier auprès des autorités compétentes *votre* numéro de carte d'assurance maladie et autres renseignements nécessaires au traitement de *votre* demande de règlement ;

- b. *votre autorisation pour que les médecins, hôpitaux et autres prestataires de soins médicaux fournissent à l'assureur, ainsi qu'à Assistance aux Assurés et au Centre des règlements, tous les renseignements qu'ils possèdent vous concernant, pendant que vous êtes en observation ou sous leurs soins, y compris vos antécédents médicaux, les diagnostics et résultats de vos tests ; et*
- c. *votre autorisation de transmettre les renseignements visés aux alinéas a) et b) ci-dessus à des tiers, qui les utiliseront pour déterminer les prestations qui vous sont payables le cas échéant.*

Une fois que l'assureur aura indemnisé le prestataire de soins médicaux ou *vous* aura remboursé les frais couverts, il cherchera à se faire rembourser auprès de *votre régime d'assurance maladie gouvernemental* et de tout autre régime d'assurance frais médicaux au titre desquels *vous* êtes couvert. *Vous* ne pouvez demander ou recevoir un remboursement dépassant la totalité de *vos* frais couverts ou des frais que *vous* avez effectivement engagés. En outre, *vous* devez nous rembourser toute somme payée ou autorisée pour *votre* compte par l'assureur si celui-ci établit que cette somme n'aurait pas dû être payée au titre des dispositions de *votre* police.

Si *vous* êtes à la retraite et que *votre* ancien employeur *vous* offre une assurance maladie complémentaire comportant un maximum viager de :

- 50 000 \$ ou moins, nous n'appliquons pas la coordination des prestations à cette somme ;
- plus de 50 000 \$, nous appliquons la coordination des prestations uniquement à l'excédent sur 50 000 \$.

Si *vous* êtes employé en service actif et que *votre* employeur actuel *vous* offre une assurance maladie collective comportant un maximum viager de :

- 50 000 \$ ou moins, nous n'appliquons pas la coordination des prestations à cette somme ;
- plus de 50 000 \$, nous appliquons la coordination des prestations uniquement à l'excédent sur 50 000 \$.

Si *vous* contestez la décision de l'assureur à l'égard du sinistre, le cas sera soumis à l'arbitrage conformément aux lois régissant les arbitrages dans *votre* province ou territoire de résidence permanente au Canada. La procédure d'arbitrage pour faire valoir une demande d'indemnité se prescrit par douze (12) mois à compter de l'*urgence médicale*. Cependant, si ce délai est invalide selon les lois de *votre* province ou territoire de résidence permanente au Canada, *vous* devez commencer à faire valoir *votre* demande d'indemnité dans le plus court délai permis par ces lois. Seul sera compétent un tribunal situé dans *votre* province ou territoire de résidence permanente au Canada. Si l'assureur le demande, *vous* acceptez de renvoyer l'affaire devant le tribunal de *votre* province ou territoire de résidence permanente au Canada.

AUTRES CONDITIONS DE L'ASSURANCE

1. Cette protection est catégorisée comme une assurance complémentaire ou de deuxième risque, car elle couvre les frais en excédent des frais remboursables par tout autre régime d'assurance.
2. Lorsque *vous* communiquez avec Assistance aux Assurés, ils *vous* adressent ou peuvent *vous* transférer, pour le compte de l'assureur et si la situation médicale le justifie, à l'un des prestataires de soins médicaux recommandés. En outre, Assistance aux Assurés demanderont au prestataire de soins médicaux autorisé de facturer directement à l'assureur les frais médicaux couverts par cette assurance au lieu de *vous* les facturer.
3. Si *vous* bénéficiez auprès d'autres assureurs de garanties semblables à celles de la présente assurance, les indemnités totales qui *vous* sont versées par l'ensemble des assureurs ne peuvent dépasser les frais que *vous* avez effectivement engagés. Nous coordonnerons le paiement des indemnités avec tous les assureurs auprès desquels *vous* bénéficiez de garanties semblables à celles de la présente assurance, jusqu'à concurrence du plus élevé des montants stipulés par chaque assureur.
4. Si *vous* engagez des frais couverts par cette assurance par la faute et/ou la négligence d'un tiers, l'assureur peut tenter des poursuites contre le tiers. *Vous* acceptez de collaborer pleinement avec l'assureur ou ses agents et l'autorisez, ainsi que ses agents, à ses ou leurs frais, à tenter une poursuite en *votre* nom contre le tiers. Lorsqu'un tiers est impliqué, le versement de tout règlement est subordonné à la production d'un rapport d'accident.
5. Tous les montants sont en dollars canadiens. Si *vous* avez réglé des frais couverts, *vous* serez remboursé en dollars canadiens au taux de change pratiqué par la Banque Royale à la date à laquelle les derniers soins *vous* ont été donnés. Les intérêts ou toute variation du taux de change ne sont pas remboursés au titre de la présente assurance.
6. L'assureur, les représentants du Service à la clientèle / coordonnateurs d'Assistance aux Assurés et le Centre des règlements, la Banque Royale et leurs agents ne se portent pas garants de la disponibilité, qualité ou des résultats des soins médicaux dispensés ou transports fournis pendant *votre* voyage, pas plus que de l'impossibilité à obtenir ces soins médicaux.
7. Le présent document constitue le contrat intégral entre l'assureur et *vous* et est assujéti aux dispositions légales de la Loi sur les sociétés d'assurances au Canada et à toutes lois provinciales régissant les contrats d'assurance accident.
8. L'assureur peut, à son gré, invalider le présent contrat en cas de fraude ou de tentative de fraude de *votre* part, ou de toute réticence ou fausse déclaration sur des faits essentiels ou des circonstances concernant le présent contrat.

COLLECTE ET UTILISATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

COLLECTE DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

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

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

Nous pouvons recueillir ces renseignements auprès de vous directement ou par l'intermédiaire de nos représentants. Nous pouvons recueillir ou vérifier ces renseignements à tout moment au cours de notre relation. Nous pouvons les recueillir de diverses sources, notamment auprès des hôpitaux, des médecins et autres professionnels de la santé, du gouvernement (incluant les régimes d'assurance maladie gouvernementaux) et d'autres organismes gouvernementaux, d'autres compagnies d'assurance, de prestataires de services de voyages, des autorités chargées de l'application des lois, de détectives privés, de votre famille et de vos amis, et de toute référence que vous nous fournissez.

UTILISATION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Ces renseignements peuvent être utilisés aux fins suivantes :

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

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

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

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

Nous pouvons aussi utiliser ces renseignements et les communiquer aux sociétés membres de RBC i) pour gérer nos risques et nos activités et ceux d'autres sociétés de RBC, ii) pour nous conformer aux demandes d'information valables vous concernant en provenance des

autorités de contrôle, des organismes de l'État, des organismes publics ou d'autres entités habilitées à soumettre de telles demandes, et iii) pour faire connaître à d'autres sociétés de RBC vos choix au titre de la section « Autres utilisations de vos renseignements personnels » dans le seul but de les faire respecter.

AUTRES UTILISATIONS DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

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

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

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

VOTRE DROIT D'ACCÉDER À VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

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

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

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

NOS POLITIQUES EN MATIÈRE DE CONFIDENTIALITÉ

Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements au sujet de nos politiques en matière de confidentialité en demandant un exemplaire de notre dépliant « L'essentiel sur la protection de la vie privée des clients[®] », en téléphonant au numéro sans frais indiqué ci-dessus ou en consultant notre site Web à l'adresse www.rbc.com/privee.

[®] Marques déposées de la Banque Royale du Canada. RBC et la Banque Royale sont des marques déposées de la Banque Royale du Canada.

* Marque déposée de Visa International Service Association, utilisée sous licence.