

# Assurance Visiteurs au Canada



## À propos de votre assurance voyage :

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



Besoin  
d'aide



Admissibilité



Sommaire des  
garanties



Demande de  
règlement



Définitions



Assurances

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

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

- L'assurance voyage couvre les demandes de règlement liées à des événements soudains et imprévus (par exemple, un accident ou une situation d'**urgence**) ; elle ne couvre habituellement pas les suivis ni les soins récurrents.
- Pour **vous** prévaloir de cette assurance, **vous** devez remplir toutes les conditions d'admissibilité.
- Cette assurance comporte des limitations et des exclusions. Voici quelques exemples : les **problèmes de santé** qui ne sont pas **stables**, une grossesse, un enfant né en cours de **voyage**, l'abus d'alcool, les activités à haut risque.
- Cette assurance pourrait ne pas couvrir les demandes de règlement liées à des **problèmes de santé préexistants**, que le **problème de santé** ait été déclaré ou non au moment de la souscription.

- **Vous** devez contacter Allianz Global Assistance avant d'obtenir un **traitement** sans quoi **votre** demande de règlement pourrait être limitée ou refusée.
- Lors de la présentation d'une demande de règlement, **vos** antécédents médicaux pourraient être vérifiés.

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

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

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



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

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

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

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

### Services d'assistance offerts

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

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

##### Assistance médicale et consultation

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

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

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

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

##### Aide financière

Dans la mesure du possible, le paiement des soins médicaux admissibles que  **vous** recevez, les communications avec  **votre** prestataire de soins et le mode de facturation seront coordonnés par  **notre** intermédiaire. Pour des raisons indépendantes de  **notre** volonté, la coordination de cette aide financière avec certains prestataires de soins médicaux n'est pas toujours possible.  **Vous** pourriez alors être obligé d'acquitter immédiatement les frais médicaux ou de verser un acompte. Le cas échéant, communiquez immédiatement avec  **nous**.

## Coordination du remplacement d'articles personnels

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

## Présentation d'une demande de règlement

Si **vous** avez besoin du formulaire Demande de règlement et autorisation pour présenter une nouvelle demande de règlement, ou si **vous** souhaitez connaître l'état de **votre** dossier de règlement actuel, veuillez communiquer avec **notre** Service des règlements à :

905 816-2572 ou 1 800 263-8944

Adresse :

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

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



## Admissibilité

### Admissibilité

Pour souscrire cette assurance, vous devez :

- être en visite au Canada ;
- être Canadien et ne pas être couvert par un **régime d'assurance maladie provincial** ;
- avoir un visa de travail ou d'étudiant au Canada valide ;
- être un immigrant au Canada ;
- être légalement au Canada et être :
  - a **âgé de un mois** ou plus et de moins 85 ans et avoir souscrit **notre** Régime Visiteurs I ou II ; ou
  - b **âgé de un mois** ou plus et de moins 70 ans et avoir souscrit **notre** Régime Visiteurs III.

### IMPORTANT

Cette assurance est valide seulement si vous l'avez souscrite avant votre arrivée au Canada ou dans les 5 jours suivant votre arrivée au Canada.

### Début de votre assurance

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

### Fin de votre assurance

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

- a la date de survenance de l'événement ayant causé l'annulation si **votre voyage** est annulé avant la date de départ de **votre point de départ** ;
- b la date de **votre** départ du Canada pour retourner à **votre** pays de résidence ;
- c la **date d'expiration**, à minuit ;
- d la date suivant de 365 jours **votre date d'effet**.



## Période d'examen gratuit de 10 jours

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

### Situations couvertes

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

### Situations non couvertes

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

#### IMPORTANT

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



## Sommaire des garanties d'assurance

Assurances 	Visiteurs I Régime I	Visiteurs I Régime II	Visiteurs I Régime III
<b>Couvertures et indemnités</b>			
<b>Frais médicaux d'urgence</b>	<b>Sommes maximales</b>		
Frais médicaux et autres ( <i>Franchise</i> par personne et par demande de règlement)	25 000 \$* 50 \$	50 000 \$* 50 \$	150 000 \$* Aucune <i>franchise</i>
Retour au <i>point de départ</i>	Billet d'avion aller simple en classe économique, ou billet d'avion avec civière, ou billet d'avion d'un accompagnateur médical qualifié, ou transport par ambulance aérienne		
Transport d'une personne au chevet de l'assuré	Billet en classe économique et 300 \$ pour les débours		
Rapatriement de la dépouille (Veuillez consulter la police pour les plafonds applicables aux transport de la dépouille en conteneur, à la crémation et à l'inhumation sur place.)	Coût du transport : frais illimités		
Examens de suivi	Jusqu'à 3		
Débours de la personne assurée ou du <i>compagnon de voyage</i>	1 500 \$		
<i>Traitements</i> dentaires d' <i>urgence</i>	2 000 \$ (coup accidentel au visage) et/ou 300 \$ pour d'autres <i>traitements</i> dentaires d' <i>urgence</i>		
Accident de voyage	Capital assuré : 25 000 \$		

\* Somme maximale payable pour l'ensemble des garanties de la portion Frais médicaux d'*urgence* de la présente police.

\*\* La somme maximale correspond au montant le plus élevé payable pour l'une de ces pertes.

## Définitions

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

## Conditions générales

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

## Assurance Frais médicaux d'urgence

### Description de la couverture :

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

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

L'assurance prend uniquement en charge les frais qui dépassent les frais couverts par tout autre régime ou assurance dont **vous** bénéficiez.

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

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

## IMPORTANT

### En cas d'**urgence** médicale

- **Vous** devez communiquer avec **nous** avant de recevoir un **traitement urgent**.
- De plus, toute intervention chirurgicale ou procédure cardiaque, y compris le cathétérisme cardiaque, doit être approuvée d'avance par **nous**.
- Lorsque **vous** communiquez avec **nous**, **nous vous** adressons ou **nous** pouvons **vous** transférer, si la situation médicale le justifie, à l'un des prestataires agréés de soins médicaux faisant partie du **réseau**.
- **Nous** demanderons au fournisseur de soins médicaux membre du **réseau** de **nous** facturer directement les frais médicaux couverts au titre de la présente assurance au lieu de **vous** les facturer.
- Si **vous** n'appellez pas, l'indemnité pourrait être réduite.
- Si **votre état médical vous** empêche de communiquer avec **nous** avant de recevoir un **traitement urgent**, **vous** devez **nous** appeler dès qu'il **vous** est possible de le faire du point de vue médical. Une autre personne (membre de la famille, ami, personnel de l'**hôpital** ou du cabinet du **médecin**, etc.) peut appeler à **votre** place.
- **Vous** devez **nous** rembourser toute somme que **nous** aurons payée ou autorisée pour **votre** compte, si **nous** établissons que cette somme n'est pas payable au titre de **votre** police.

## IMPORTANT

Les frais médicaux doivent être engagés au Canada. Toutefois, la garantie s'étend aux frais médicaux que **vous** engagez au cours d'un voyage connexe, à condition que celui-ci débute et se termine au Canada et qu'il ait une durée inférieure à celle de **votre** séjour au Canada.

## Situations couvertes

### Traitement médical d'urgence

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

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

### Traitements dentaires d'urgence

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

- Si **vous** avez besoin de **traitement** dentaire d'**urgence** pour réparer ou remplacer des dents naturelles, ou des dents artificielles fixées de façon permanente, par suite d'un coup accidentel reçu au visage, les frais engagés pendant le **voyage** pour un **traitement** dentaire d'**urgence** sont couverts jusqu'à un maximum de 2 000 \$.

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

### Indemnité pour débours

#### IMPORTANT

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

**Appelez-nous au :**

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

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

- L'assurance rembourse **vos** frais d'hébergement commercial, de repas, d'appels téléphoniques, d'utilisation d'Internet et de taxi (de covoiturage ou de location d'un véhicule au lieu de **vos** frais de taxi), si ces frais sont indispensables, jusqu'à concurrence de 150 \$ par jour et d'un montant maximum total de 1 500 \$, si, sur les conseils d'un **médecin** :
  - **vous** ou **vos** **compagnon de voyage** êtes transféré ailleurs à des fins de **traitement** en raison d'un **problème de santé urgent** couvert par l'assurance ; ou
  - **vos** **date de retour** est reportée parce que **vous** ou **vos** **compagnon de voyage** devez recevoir d'**urgence** un **traitement** en raison d'un **problème de santé urgent** couvert par l'assurance.



## Transport

### Ambulance terrestre

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

### Ambulance aérienne, vol commercial ou civière

#### IMPORTANT

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

Appelez-nous au :

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

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

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

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

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

## IMPORTANT

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

Appelez-nous au :

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

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

## Transport d'un compagnon à votre chevet

### IMPORTANT

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

- Si **vous** voyagez seul et êtes hospitalisé (pendant plus de 24 heures) pendant **vo**tre voyage et que la présence d'une personne à **vo**tre chevet est nécessaire, l'assurance couvre :
- le prix d'un billet aller-retour, en classe économique, à bord d'un vol commercial, par l'itinéraire le plus économique ;
- les frais d'hébergement commercial et de repas de la personne qui doit rester auprès de **vous**, jusqu'à concurrence de 500 \$, et
- **vo**tre compagnon de chevet, selon la même assurance que la **vo**tre, aussi longtemps que sa présence est nécessaire à **vo**tre chevet.
- Si **vous** avez plus de 20 ans et que **vous** avez un handicap physique ou mental, ou si **vous** avez moins de 21 ans et que **vous** êtes à la charge de la personne devant se rendre à **vo**tre chevet, **vous** bénéficiez de cette garantie dès que **vous** êtes admis à l'**h**ôpital.

## Visites de suivi

Cette assurance couvre jusqu'à trois visites de suivi directement liées à **vo**tre **u**rgence médicale.

## Rapatriement de votre dépouille

En cas de décès durant **vo**tre voyage des suites d'un **état médical** couvert, l'assurance prend en charge les frais suivants :

- les frais de transport de **vo**tre dépouille, dans le conteneur normalement utilisé par le transporteur public, jusqu'à **vo**tre province ou territoire de résidence et, jusqu'à concurrence de 5 000 \$, pour la préparation de la dépouille et le coût du conteneur ; ou
- les frais de transport de **vos** cendres jusqu'à **vo**tre province ou territoire de résidence et, jusqu'à concurrence de 5 000 \$, les frais d'incinération sur les lieux de **vo**tre décès ; ou
- les frais de préparation de **vo**tre dépouille et le prix d'un cercueil ordinaire, jusqu'à concurrence de 5 000 \$, ainsi que les frais d'inhumation au lieu de **vo**tre décès jusqu'à concurrence de 5 000 \$.

Si quelqu'un est légalement tenu d'identifier **vo**tre dépouille, l'assurance couvre le coût du billet aller-retour en classe économique à bord d'un vol commercial par l'itinéraire le plus économique et, jusqu'à concurrence de 500 \$, les frais d'hébergement commercial et de repas engagés par cette personne. Cette personne est couverte par **vo**tre assurance pendant la période nécessaire pour identifier **vo**tre dépouille, sous réserve d'un maximum de 3 jours ouvrables.

## Limitations, conditions et exclusions :

### Limitations de la couverture

- 1 La présente police est établie sur la base des renseignements fournis dans **votre** proposition d'assurance ou en lien avec cette dernière (incluant les réponses au questionnaire médical, s'il y a lieu). Lorsque **vous** remplissez la proposition d'assurance et répondez aux questions médicales, **vos** réponses doivent être complètes et exactes. En cas de présentation d'une demande de règlement, **nous** examinerons **vos** antécédents médicaux. Si l'une de **vos** réponses est incomplète ou inexacte :
  - **votre** assurance sera annulée,
  - ce qui signifie que **votre** demande de règlement sera refusée.
- 2 Si **vous** êtes couverts par **nos** Régimes Visiteurs I ou Visiteurs II, **vous** devrez payer une **franchise** de 50 \$ par personne et par demande de règlement. **Nous** appliquerons cette **franchise** à tout sinistre couvert au titre de l'assurance en excédent des sommes couvertes par toute autre assurance que **vous** pouvez avoir.
- 3 **Vous** devez **nous** appeler avant de recevoir un **traitement urgent**, pour que **nous** puissions :
  - confirmer **votre** protection,
  - approuver préalablement un **traitement**.

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

### Conditions particulières :

- 1 En payant la prime d'assurance, **vous** convenez que **nous** avons :
  - a **votre** accord pour vérifier auprès des autorités compétentes **votre** numéro de carte d'assurance maladie et autres

renseignements nécessaires au traitement de **votre** demande de règlement ;

- b **votre** autorisation pour que les **médecins**, **hôpitaux** et autres prestataires de soins médicaux **nous** fournissent tous les renseignements qu'ils détiennent sur **vous**, pendant que **vous** êtes en observation ou sous **traitements**, y compris **vos** antécédents médicaux, les diagnostics et les résultats de **vos** tests ; et
  - c **votre** autorisation de transmettre les renseignements visés aux paragraphes a) et b) ci-dessus à des tiers qui les utiliseront pour déterminer les prestations qui **vous** sont payables, le cas échéant.
- 2 L'assurance est assujettie aux dispositions des sections de la présente assurance intitulées « Couverture liée au **terrorisme** », « Conditions générales » et « Présentation d'une demande de règlement ».

### Situations non couvertes

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

**Si vous êtes âgé de un mois ou plus et de moins de 50 ans :**

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

- 1 **Votre problème de santé** ou une affection connexe (qu'un diagnostic ait été posé ou non) si, dans les 90 jours précédant **votre** départ en **voyage**, ce **problème de santé** ou cette affection connexe n'était pas **stable**.
- 2 **Votre** affection cardiaque (qu'un diagnostic ait été posé ou non) si, dans les 90 jours précédant **votre** départ en **voyage** :
  - a une affection cardiaque n'était pas **stable** ;  
ou
  - b **vous** avez pris de la nitroglycérine plus d'une fois par semaine pour des douleurs angineuses.
- 3 **Votre** affection pulmonaire (qu'un diagnostic ait été posé ou non) si, dans les 90 jours précédant **votre** départ en **voyage** :

- a une affection pulmonaire n'était pas **stable** ; ou
- b **vous** avez reçu un **traitement** avec oxygène à domicile (régulièrement ou au besoin) ou on **vous** a prescrit un tel **traitement** ou **vous** a soigné au moyen de stéroïdes par voie buccale (prednisone ou prednisolone) ou on **vous** en a prescrit pour une affection pulmonaire.

**Si vous** êtes âgé de 50 ans ou plus et de moins de 71 ans :

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

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

**Si vous** êtes âgé de 71 ans ou plus et de moins de 85 ans :

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

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

## Exclusions générales

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

- 1 Si **vous** êtes **âgé de un mois** ou plus et de moins de 2 ans, **un problème de santé** (diagnostiqué ou non), imputable ou se rattachant à une anomalie congénitale.
- 2 La continuation du **traitement**, la réapparition ou les complications d'un **problème de santé** ou d'un problème qui y est relié pour lequel

- vous** avez reçu un **traitement urgent** au cours de **votre voyage**, si **nos** conseillers médicaux estiment que **votre urgence** était terminée.
- 3 Le **traitement** d'une affection cardiaque ou pulmonaire par suite d'un **traitement urgent** que **vous** avez reçu pour une affection cardiaque ou pulmonaire pendant **votre voyage**, si **nos** conseillers médicaux déterminent que **vous** êtes capable de retourner à **votre** pays et que **vous** décidez de ne pas le faire.
  - 4 Une fois que **votre traitement médical urgent** a débuté, **nous** devons évaluer et approuver préalablement tout **traitement** additionnel. Si **vous vous** soumettez à des tests médicaux à des fins d'investigation, recevez un **traitement** ou subissez une intervention chirurgicale sans avoir obtenu l'approbation préalable, **votre** demande de règlement ne sera pas payée. Cela comprend, notamment, les tests invasifs, les interventions chirurgicales, le cathétérisme cardiaque, les autres interventions cardiaques, la greffe et l'imagerie par résonance magnétique.
  - 5 Des automutilations, **votre** suicide ou tentative de suicide.
  - 6 Toute demande de règlement qui résulte de **votre** participation à un acte criminel ou à un acte illégal ou d'une tentative de commettre un tel acte ou qui est liée à un tel acte.
  - 7 Tout **problème de santé** survenant au cours de **votre voyage**, découlant ou se rapportant de quelque façon que ce soit à l'abus d'alcool, de drogues et d'autres substances intoxicantes.
  - 8 Tout **problème de santé**, y compris les symptômes de sevrage découlant de **votre** usage chronique d'alcool, de drogues ou d'autres substances intoxicantes, ou s'y rapportant de quelque façon que ce soit, avant ou pendant **votre voyage**.
  - 9 Tout **problème de santé** résultant du fait que **vous** n'avez pas respecté le **traitement** prescrit, y compris la prise d'un médicament avec ou sans ordonnance.
  - 10 **Nous** ne verserons aucune prestation relativement à un **traitement** non **urgent**, expérimental ou facultatif (p. ex. chirurgie esthétique, soins chroniques, réadaptation, incluant les frais découlant de complications directes ou indirectes).
  - 11 **Votre** participation à des activités sportives en tant qu'athlète **professionnel**, y compris l'entraînement.
  - 12 **Votre** pratique de l'escalade ou de **l'alpinisme**.
  - 13 **Votre** participation à des courses ou à des épreuves de vitesse d'engins motorisés, y compris l'entraînement.
  - 14 Un **voyage** entrepris dans le but de recevoir un diagnostic, un **traitement**, une intervention chirurgicale, une évaluation, des soins palliatifs, ou toute autre forme de thérapie, ainsi que de toute complication directe ou indirecte qui en résulte.
  - 15 Un **problème de santé** pour lequel des examens ou des **traitements** futurs (sauf des examens de routine) sont prévus avant la **date d'effet**.
  - 16 Tout **problème de santé** ou symptôme pour lequel il est raisonnable de croire ou il est prévu que des **traitements** seront requis durant **votre voyage**.
    - 17 a Toute demande de règlement résultant de soins prénatals et postnatals de routine ; ou
    - b Toute demande de règlement résultant de la naissance de **votre** enfant durant le **voyage** ; ou
    - c Toute demande de règlement résultant d'une grossesse, d'un accouchement ou des complications qui en résultent, survenant au cours des 9 semaines avant la date d'accouchement prévue ou dans les 9 semaines après cette date.
  - 18 Des symptômes qui auraient amené une personne normalement prudente à obtenir un **traitement** ou à prendre des médicaments pendant les 90 jours précédant **votre date d'effet**.

- 19 Tout sinistre survenu après qu'un **médecin vous** a conseillé de ne pas voyager.
- 20 (Applicable aux **voyages** secondaires effectués à l'extérieur du Canada seulement) Les frais engagés si la cause de **vo**tre **urgence** est liée de quelque façon à un avertissement officiel aux voyageurs émis par le gouvernement canadien avant **vo**tre **date d'effet**, indiquant « Évitez tout voyage non essentiel » ou « Évitez tout voyage » dans le pays, la région ou la ville de **vo**tre destination.

\*\*Pour voir les avertissements, consultez le site de voyage du gouvernement du Canada.

Cette exclusion ne vise pas les demandes de règlement liées à une **urgence** ou à un **problème de santé** sans lien avec l'avertissement officiel aux voyageurs.

- 21 Si **no**s conseillers médicaux établissent que **vo**us devriez être transféré à un autre établissement ou que **vo**us devez revenir dans **vo**tre province ou territoire de résidence pour recevoir un **traitement**, et que **vo**us choisissiez de ne pas le faire, aucune prestation ne sera versée pour ce **traitement** ou pour des **traitements** subséquents et la couverture prendra fin.
- 22 a S'applique à la prolongation facultative de la police d'assurance – Tout **problème de santé** qui s'est manifesté pour la première fois, a été diagnostiqué ou pour lequel des **traitements d'urgence** ont été reçus avant la **date d'effet** de la prolongation de l'assurance si cette prolongation a été souscrite après la date de départ contractuelle.
- b S'applique à l'assurance complémentaire – Tout **problème de santé** qui s'est manifesté pour la première fois, qui a été diagnostiqué ou qui a fait l'objet d'un **traitement urgent** avant la **date d'effet** de la présente assurance, si celle-ci a été souscrite en tant qu'assurance complémentaire.

23 Une demande de règlement résultant :

- d'un acte de guerre, que celle-ci soit déclarée ou non ;
- d'une rébellion ;

- d'une exposition à la réaction ou au rayonnement nucléaire ;
- de la **contamination** radioactive, biologique ou chimique.

24 Les dépenses découlant de vols spatiaux orbitaux, de vols spatiaux suborbitaux et de tourisme dans l'espace.

## Assurance Accidents de voyage

### Description de la couverture :

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

### Situations couvertes

	Capital assuré:
Accident de voyage	25 000 \$

**No**us payons la plus élevée des indemnités suivantes pour l'ensemble des pertes résultant d'un accident :

- 1 100 % du capital assuré en cas de décès, de double  **mutilation** ou de **perte de la vision** des deux yeux ; ou
- 2 100 % du capital assuré en cas de perte totale et irrémédiable de l'ouïe ou de la parole, ou
- 3 50 % du capital assuré en cas de  **mutilation** simple ou de **perte de la vision** d'un œil.

## Limitations, conditions et exclusions

### Conditions particulières

- 1 Si, un (1) an après l'accident couvert par la présente assurance, **vo**tre corps n'est toujours pas retrouvé, **vo**us serez réputé décédé des suites des blessures subies lors de cet accident.
- 2 L'assurance est assujettie aux dispositions des sections intitulées « Couverture liée au **terrorisme** », « Conditions générales » et « Présentation de la demande de règlement » de la présente police.

- 3 Les sommes maximales assurées sont indiquées dans le Sommaire des garanties d'assurance.
- 4 Les frais engagés pour un **voyage** entrepris dans le but de recevoir un diagnostic, un **traitement**, une intervention chirurgicale, une évaluation, des soins palliatifs, ou toute autre forme de thérapie, ainsi que de toute complication directe ou indirecte qui en résulte.
- 5 En cas de pluralité d'accidents, les indemnités totales payables se limitent au capital assuré applicable, tel qu'indiqué dans le Sommaire des garanties d'assurance.
- 7 La **contamination** attribuable à un **acte de terrorisme**.
- 8 Le **terrorisme**.
- 9 à un **accident corporel** qui survient si la raison de **votre voyage** est de recevoir ou de chercher à **vous** procurer un **traitement**, une intervention chirurgicale, des soins palliatifs ou une thérapie parallèle de quelque nature que ce soit ;
- 10 Un **voyage** entrepris dans le but de recevoir un diagnostic, un **traitement**, une intervention chirurgicale, une évaluation, des soins palliatifs, ou toute autre forme de thérapie, ainsi que de toute complication directe ou indirecte qui en résulte.

### Situations non couvertes

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

- 1 Toute demande de règlement résultant :
  - d'un acte de guerre, que celle-ci soit déclarée ou non ;
  - d'une rébellion ;
  - d'une exposition à la réaction ou au rayonnement nucléaire ;
  - de la **contamination** radioactive, biologique ou chimique.
- 2 Des automutilations, **votre** suicide ou tentative de suicide.
- 3 Toute demande de règlement résultant de **votre** participation ou de la participation de **votre** bénéficiaire à un acte criminel ou à un acte illégal ou d'une tentative de commettre de tels actes ou qui est liée à de tels actes.
- 4 La participation à des manœuvres ou exercices d'entraînement militaires.
- 5 Une maladie, même si la cause de son apparition ou de sa réapparition est un accident.
- 6 Le pilotage, l'apprentissage du pilotage ou du vol comme membre d'équipage d'un aéronef.
- 11 **Accident corporel**, y compris les symptômes de sevrage, attribuable à **votre** usage chronique d'alcool, de drogues ou d'autres substances intoxicantes, ou s'y rapportant de quelque façon que ce soit, avant ou pendant **votre voyage**.
- 12 **Accident corporel** attribuable à la consommation abusive d'alcool, de drogues ou d'autres substances intoxicantes, ou s'y rapportant de quelque façon que ce soit, durant **votre voyage**.
- 13 **Accident corporel** résultant du fait que **vous** n'avez pas respecté le **traitement** qui **vous** est prescrit, y compris la prise d'un médicament avec ou sans ordonnance
- 14 Les dépenses découlant de vols spatiaux orbitaux, de vols spatiaux suborbitaux et de tourisme dans l'espace.
- 15 La participation à des activités sportives en qualité d'athlète **professionnel**, y compris l'entraînement.
- 16 La pratique du deltaplane, de l'escalade ou de l'**alpinisme**, du parachutisme, de la chute libre ou du saut à l'élastique (bungee).
- 17 La participation à des courses ou à des épreuves de vitesse d'engins motorisés, y compris l'entraînement.

## Couverture liée au *terrorisme*

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

- 1 La couverture liée au **terrorisme** ne s'applique pas à l'assurance Accidents de voyage.
- 2 **Nous vous** rembourserons jusqu'à concurrence de la totalité des frais couverts que **vous** avez engagés pour des soins médicaux d'**urgence**.
- 3 Les prestations payables conformément au paragraphe ci-dessus sont en sus de toutes autres sommes payables par d'autres sources, y compris d'autres assurances (même si ladite couverture est définie comme étant une assurance de seconde ligne) et ne s'appliquent que si **vous** avez épuisé toutes autres sources.

## Souscription, prolongation ou modification de votre assurance

### Souscription de l'assurance

**Vous** êtes couvert par l'assurance et ce document d'assurance devient **votre** contrat d'assurance lorsque :

- **votre** nom figure sur la **proposition d'assurance/confirmation d'assurance**, et
- la prime requise a été versée au plus tard à la **date d'effet** de **votre** assurance.

### Prolongation d'office de votre assurance

- 1 Si **vous** devez retourner à **votre** lieu de résidence ordinaire ou pays d'origine, à la **date d'expiration** et que le retard du moyen de transport public que **vous** devez emprunter **vous** empêche de retourner à **votre** lieu de résidence ordinaire ou pays d'origine, **votre** assurance est prolongée d'office pour la durée du retard jusqu'à 72 heures au maximum.
- 2 Si, à la **date d'expiration**, **vous** ou **votre compagnon de voyage** êtes hospitalisé, **votre** assurance est prolongée automatiquement

pour la durée de l'hospitalisation, et jusqu'à un maximum de cinq jours additionnels après la sortie de l'**hôpital**.

- 3 Si, à la **date d'expiration**, **vous** ou **votre compagnon de voyage** êtes retardé au-delà de la **date d'expiration** en raison d'un **état médical** et, pour des raisons médicales, **vous** n'êtes pas en mesure de voyager sans toutefois être hospitalisé, **votre** assurance est prolongée d'office pour la durée du retard, jusqu'à un maximum de 5 jours après la **date d'expiration**.
- 4 Quelle que soit la cause de la prolongation d'office, l'assurance ne peut être prolongée au-delà des 365 jours suivant la **date d'effet**.

### Prolongation de votre voyage

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

- 1 a Si **vous** n'avez pas eu de **problème de santé** visé par une garantie dont **vous** bénéficiez au titre de l'une de **nos** assurances, **vous** devez communiquer avec **nous** avant **votre date de retour** pour prolonger l'assurance.  
b Si **vous** avez eu un **problème de santé** visé par une garantie dont **vous** bénéficiez au titre de l'une de **nos** assurances, **vous** devez communiquer avec **nous** avant la **date de votre retour** pour demander la prolongation, laquelle est assujettie à **notre** approbation.  
c Quel que soit le nombre de prolongations facultatives ci-dessus, l'assurance ne peut être prolongée au-delà des 365 jours suivant **votre date d'effet**.
- 2 **Vous** devez payer la prime supplémentaire exigée avant la **date de retour** initialement prévue.
- 3 Toute prolongation de **votre** couverture est assujettie à **notre** approbation et **nous nous** réservons le droit de refuser la demande.

Les dispositions et exclusions de la nouvelle police s'appliquent à **vous** pendant la période de prolongation.



## Prime d'assurance

### À propos de votre prime

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

### Remboursement de la prime

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

- **Vous** regagnez **votre** lieu de résidence ordinaire ou pays d'origine, avant **votre date d'expiration**, la prime que **vous** avez payée pour les jours inutilisés peut être remboursée, si **vous** fournissez une preuve de **votre** date de retour ; Remarque : **vous** devez toutefois payer la prime minimale pour 7 jours.

### IMPORTANT

Aucune prime ne sera remboursée si une prestation a été versée, si une demande de règlement a été déposée ou si un sinistre est déclaré.

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

- 1 La présente police est établie sur la base des renseignements fournis dans **votre** proposition d'assurance ou en lien avec cette dernière (incluant les réponses au questionnaire médical, s'il y a lieu). Lorsque **vous** remplissez la proposition d'assurance et répondez aux questions médicales, **vos** réponses doivent être complètes et exactes. En cas de présentation d'une demande de règlement, **nous** examinerons **vos** antécédents médicaux. Si l'une de **vos** réponses est inexacte ou incomplète,
  - **votre** assurance sera annulée,
  - ce qui signifie que **votre** demande de règlement sera refusée.
- 2 Le non-respect des conditions d'admissibilité énoncées à la rubrique « Admissibilité » invalide **votre** assurance, et **notre** responsabilité se limite alors au remboursement de la prime payée.

- 3 **Vous** devez **nous** rembourser toute somme que **nous** aurons payée ou autorisée pour **votre** compte, si **nous** établissons que cette somme n'est pas payable au titre de **votre** police.
- 4 Le présent contrat est nul si un **voyage** est entrepris dans le but de recevoir un diagnostic, un **traitement**, une intervention chirurgicale, une évaluation, des soins palliatifs, ou toute autre forme de thérapie, ainsi que toute complication directe ou indirecte qui en résulte.



## Présentation d'une demande de règlement

### Présentation d'une demande de règlement

- 1 Lorsque **vous nous** appelez au moment d'une **urgence**, **nous vous** fournissons tous les renseignements dont **vous** avez besoin pour remplir une demande de règlement. Si **vous** n'appelez pas, veuillez **vous** reporter aux directives ci-après.
- 2 **Nous** ne couvrons pas les frais d'établissement d'un certificat médical.
- 3 Dans le cas d'une demande de règlement au titre de l'assurance frais médicaux d'**urgence**, **Vous** devez fournir un avis de **votre** sinistre dans les trente (30) jours suivant la date du sinistre.

**Vous** devez soumettre les renseignements pertinents à **votre** demande de règlement dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date du sinistre. S'il n'est pas raisonnablement possible de **nous** les fournir dans les quatre-vingt-dix (90) jours, **vous** devez le faire au cours de l'année qui suit le sinistre ou de toute autre période conformément aux lois applicables dans **votre** province, sans quoi **votre** demande ne sera pas examinée.

Si **votre** demande de règlement est approuvée, le paiement sera effectué dans les soixante (60) jours suivant la réception de tous les renseignements exigés.

- Si **vous** avez besoin d'un formulaire Demande de règlement et autorisation, veuillez communiquer avec **notre** Service des règlements aux numéros suivants : **1 800 387-2487 (sans frais des États-Unis et du Canada) ou 905 816-2561.**
- Ou **vous** pouvez visiter **notre** site Web à l'adresse <http://www.rbcassurances.com/voyages/sinistres-assurance-voyage.html> pour obtenir le formulaire de demande de règlement à l'égard de l'assurance Frais médicaux d'**urgence**.
- **Notre** adresse :  
Compagnie d'assurance RBC du Canada –  
Service des règlements  
a/s d'Allianz Global Assistance  
C.P. 277, Waterloo (Ontario) N2J 4A4

### Déposer une plainte

Le processus complet de dépôt d'une plainte auprès de la Compagnie d'assurance RBC du Canada est accessible sur le site Web de la Compagnie d'assurance RBC du Canada (<https://www.rbcinsurance.com/fr>) à la rubrique « Adresser une plainte » (<https://www.rbc.com/servicealaclientele/index.html>).

## Renseignements exigés pour chaque type de demande de règlement

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

Vous devez nous fournir le formulaire Demande de règlement et autorisation dûment rempli et, s'il y a lieu :

- l'original des factures et des reçus ;
- la preuve du paiement effectué du paiement de tout autre assureur ou régime d'assurance ;
- le diagnostic complet du ou des *médecins* et/ou *hôpitaux* ayant prodigué le *traitement*, y compris, s'il y a lieu, le certificat écrit du *médecin* qui vous a *traité* pendant *vos* voyage, attestant que les frais ont été engagés pour des soins nécessaires du point de vue médical.  
En outre, dans le cas de frais dentaires par suite d'un coup accidentel, nous avons besoin d'une preuve de l'accident.

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

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

- 1 Les pièces justificatives requises doivent être fournies à l'appui de toute demande de règlement que vous nous soumettez au titre de la présente assurance. À défaut de quoi, vous perdrez tout droit à indemnisation pour votre demande de règlement.
- 2 Nous paierons les sommes couvertes par l'assurance à vous ou aux fournisseurs des services, sauf en cas de décès. Les sommes payables en cas de décès seront versées à votre succession, sauf indication contraire dans la *proposition d'assurance/confirmation d'assurance*.
- 3 Les paiements, remboursements et montants stipulés dans le présent contrat sont exprimés

en dollars canadiens, sauf indication contraire. Nous appliquerons le taux de change en vigueur à la date à laquelle le dernier service vous aura été fourni si une conversion de devises s'applique. Aucun intérêt n'est payable au titre de la présente assurance.

- 4 Vous devez nous rembourser toute somme que nous aurons payée ou autorisée pour votre compte, si nous établissons que cette somme n'est pas payable au titre de votre police.
- 5 Dans le cadre du traitement de toute demande de règlement au titre de la présente assurance, nous nous réservons le droit de vous faire subir un examen médical à nos frais, par un ou plusieurs *médecins* choisis par nous.

## Que faire si ma demande de règlement n'est pas approuvée ?

Si votre demande de règlement n'est pas approuvée et que vous n'êtes pas d'accord avec notre décision, vous pouvez faire appel. Vous pouvez communiquer avec le Bureau de révisions des plaintes clients RBC pour obtenir de l'aide : ccao@rbc.com ou 1 888 728-6666 ou <https://www.rbcinsurance.com/fr/nous-joindre/assurance-particuliers/index.html>

Pour faire appel, vous devrez indiquer les points qui vous préoccupent et vos attentes concernant la résolution du différend. Vous devrez également nous envoyer :

- Une copie de la décision définitive ou de la lettre d'offre que vous avez reçue ;
- Tout nouveau renseignement ou document que vous n'avez pas encore soumis à l'appui de votre position.

Il existe un délai de prescription pour intenter une action au Québec. Si vous décidez d'intenter une action, nous vous recommandons de demander des conseils juridiques indépendants quant à vos droits et au délai de prescription applicable. Vous pouvez entamer des poursuites judiciaires

uniquement dans la province ou le territoire d'établissement de la police.

## Conditions générales

- 1 Dans le présent document, toute référence à l'âge s'entend de **votre** âge à la date de la **proposition d'assurance/confirmation d'assurance**.
- 2 **Nous** et **nos** agents ne sommes pas responsables de la disponibilité, de la qualité ou des résultats de tout **traitement** médical ou de tout transport, ni de l'impossibilité pour **vous** de recevoir un **traitement** médical.
- 3 Le présent document et la **proposition d'assurance/confirmation d'assurance** constituent le contrat intégral entre **vous** et **nous**. Nonobstant les autres dispositions afférentes, le contrat est assujéti aux conditions statutaires de la Loi sur les assurances régissant les contrats d'assurance accident et maladie.
- 4 Toute procédure ou tout recours judiciaire contre un assureur pour le recouvrement des sommes assurées exigibles au titre du contrat est absolument exclu, à moins qu'il ne soit entamé dans les délais prescrits par la loi intitulée *Insurance Act* (pour les procédures ou recours régis par les lois de l'Alberta et de la Colombie-Britannique), la *Loi sur les assurances* (pour les procédures ou recours régis par les lois du Manitoba), la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (pour les procédures ou recours régis par les lois de l'Ontario), ou toute autre loi applicable dans **votre** province de résidence. Pour les procédures ou recours régis par les lois du Québec, le délai de prescription est indiqué dans le Code civil du Québec.
- 5 **Vous** pouvez entamer des poursuites judiciaires uniquement dans la province ou le territoire d'établissement de la police. **Vous** ou **vos** héritiers acceptez de renvoyer l'affaire devant le tribunal de la province ou du territoire d'établissement de la police.
- 6 Si la couverture dont **vous** bénéficiez au titre de l'ensemble des polices d'assurance

accidents souscrites auprès de **nous** dépasse 200 000 \$, **notre** responsabilité globale se limite à 200 000 \$, toute assurance de deuxième ligne est nulle et les primes payées sont remboursées.

## Accès à des soins

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

## Fausse déclaration

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

## Coordination des prestations

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

**Nous** coordonnerons le paiement des prestations avec tous les assureurs auprès desquels **vous** bénéficiez de garanties, jusqu'à concurrence du

plus élevé des montants stipulés par chaque assureur.

- 1 Si **vous** êtes couvert par plusieurs de **nos** contrats, l'indemnité totale qui **vous** est versée ne peut dépasser les frais que **vous** avez effectivement engagés, et l'indemnité maximale à laquelle **vous** avez droit se limite au plus élevé des montants stipulés pour la garantie en cause.
- 2 **Nos** assurances n'interviennent qu'en dernière ligne après que toutes les autres sources de recouvrement, d'indemnisation et d'assurance sont épuisées.
- 3 Ces conditions ne s'appliquent pas aux indemnités payables au titre de l'assurance Accidents de voyage.

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

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

Si **vous** présentez une réclamation ou intentez une action en justice concernant des pertes ou des dépenses pour lesquelles **nous vous** avons indemnisé au titre de la présente police, **vous** acceptez :

- 1 de **nous** informer immédiatement de la réclamation et de **nous** fournir les coordonnées de l'avocat ou du cabinet qui **vous** représente ;
- 2 d'informer l'avocat ou le cabinet qui **vous** représente de **notre** droit d'être remboursés au titre de la présente police et de lui demander d'inclure dans **votre** action en

justice tous les montants que **nous vous** avons versés au titre de la présente police ;

- 3 de **nous** tenir au courant du déroulement de **votre** poursuite en justice et de **nous** fournir, sans frais, les rapports que **nous** pourrions raisonnablement exiger, ainsi que des précisions relatives à la négociation en vue d'un règlement ;
- 4 **nous** rembourser les frais médicaux, hospitaliers et connexes d'**urgence** que **nous vous** avons payés au titre de la police à partir des sommes que **vous** recevrez d'un tiers responsable (en totalité ou en partie) pour **votre** blessure ou maladie, que ces sommes **vous** soient versées aux termes d'un jugement ou d'un règlement extrajudiciaire.



## Définitions

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

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

**Âgé de un mois** – 31 jours après la naissance, à condition que la naissance se soit produite après une gestation d'au moins 38 semaines

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

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

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

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

**Date d'effet** – l'une des dates suivantes si l'assurance a été souscrite :

- a avant **votre** arrivée au Canada :
  - la date de **votre** arrivée au Canada telle quelle est indiquée dans **votre proposition d'assurance/confirmation d'assurance**, si **vous** êtes **âgé de un mois** ou plus, ou
- b après **votre** arrivée au Canada, la date indiquée dans **votre proposition d'assurance/confirmation d'assurance**.  
Remarque : L'assurance n'est valide que si **vous** l'avez souscrite dans les cinq jours suivant **votre** arrivée au Canada.

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

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

- la date à laquelle il est prévu que **vous** retourniez à **votre point de départ**. Cette date figure dans **votre proposition d'assurance/confirmation d'assurance**.

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

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

- a Si **vous** êtes **âgé de un mois** ou plus et de moins de 21 ans ; ou
- b de tous âges, s'ils ont un handicap physique ou mental.

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

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

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

Un **hôpital** n'est pas un établissement utilisé principalement en tant que clinique, centre de soins palliatifs ou de longue durée, centre de réadaptation ou de désintoxication, maison de convalescence, de repos ou de santé, ou foyer pour personnes âgées ou station thermale.

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

**Médicament sur ordonnance** – médicament qui ne peut être obtenu que sur ordonnance d'un **médecin** ou d'un dentiste autorisé et qui est délivré par un pharmacien autorisé. N'est pas considéré comme **médicament sur ordonnance** un médicament dont **vous** avez besoin (ou que **vous** devez renouveler) pour stabiliser un **état médical** dont **vous** souffriez avant **votre voyage** ou une maladie chronique.

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

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

**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**, tel qu'il est indiqué sur l'itinéraire du **voyage** que **nous** assurons.

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

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

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

**Proposition d'assurance/confirmation d'assurance** – document fourni par **nous** ou obtenu en ligne et confirmant la couverture d'assurance que **vous** avez souscrite. La **proposition d'assurance/confirmation**

**d'assurance** fait partie intégrante du contrat d'assurance.

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

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

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

- aucun nouveau **traitement** n'a été prescrit ou recommandé, ou le **traitement** en cours n'a pas été modifié ni interrompu ;
- aucun changement n'a été apporté à un médicament prescrit (augmentation ou diminution du dosage, ou arrêt de la prise du médicament), ou aucun nouveau **médicament sur ordonnance** n'a été recommandée ou n'a commencé à être pris ;
- l'**état médical** ne s'est pas aggravé ;
- aucun nouveau symptôme n'est apparu, ou il n'y a eu aucune aggravation ou augmentation de la fréquence des symptômes existants ;
- il n'y a eu aucune hospitalisation ou recommandation de consulter un spécialiste ;
- il n'y a eu aucun examen, test médical ou **traitement** ni aucune évaluation recommandés, mais non encore effectués, ou pour lesquels les résultats sont attendus ;
- il n'y a aucun **traitement** planifié ou en attente.

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

**Terrorisme** ou **acte de terrorisme** – désigne un acte, y compris, mais pas exclusivement, l'usage de la force ou de la violence, ou la menace d'en faire usage, notamment le détournement d'un moyen de transport ou l'enlèvement d'une personne ou d'un groupe de personnes dans le

but d'intimider ou de terroriser un gouvernement, un groupe, une association ou le grand public à des fins religieuses, politiques ou idéologiques, et n'inclut pas tout acte de guerre (déclaré ou pas), acte d'ennemis étrangers ou rébellion.

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

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

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

**Vous, votre** et **vos** – font référence à toute personne désignée comme assurée dans la **proposition d'assurance/confirmation d'assurance**, dans la mesure où la prime requise a été payée avant la **date d'effet**.

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

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



Assurances