

# Assurance voyage de luxe du RAER

L'assurance voyage de luxe est comprise dans le prix de l'assurance maladie complémentaire de tous les régimes de la famille du RAER. Dans la plupart des cas, cela signifie que vous n'avez pas à prendre une assurance voyage supplémentaire pour aller magasiner de l'autre côté de la frontière ou pour profiter d'un forfait vacances à la dernière minute. L'assurance voyage de luxe du RAER vous donne donc plus de liberté pour voyager.

## L'assurance comprend :

- » Une indemnité pour frais médicaux d'urgence lors de voyages à l'extérieur de votre province de résidence, à concurrence de 2 millions \$ par personne par voyage. La couverture est valide jusqu'à 62 jours par voyage; nombre illimité de voyages par année.
- » Indemnité pour annulation de voyage.
- » Indemnité pour interruption de voyage.
- » Services d'assistance en cas d'urgence, 24 heures sur 24.
- » Accès à une assurance voyage complémentaire de premier plan pour les voyages de plus de 62 jours. Vous rendre au [www.raer.com](http://www.raer.com) pour en savoir plus à propos de notre fournisseur d'assurance voyage complémentaire.

## Les frais admissibles comprennent :

- » Le coût des fournitures et des traitements médicaux d'urgence, frais d'hospitalisation en chambre à deux lits et honoraires de médecins en excédant du montant que rembourse le régime provincial d'assurance maladie.
- » Ambulance aérienne ou terrestre.
- » Visites à l'hôpital par un membre de la famille resté au pays.
- » Repas et hébergement.
- » Retour d'un véhicule.
- » Rapatriement.

À l'étranger, vous disposez d'une aide en cas d'urgence, 24 heures sur 24. Parmi les services couverts, on compte : le paiement des honoraires médicaux, la mise en rapport avec des fournisseurs de soins de santé, le transport, la communication avec la famille et le médecin, la garde sur les lieux des enfants à charge.

## Indemnité pour annulation et interruption de voyage

L'assurance pourrait vous rembourser jusqu'à 6 000 \$ par personne par voyage de frais non remboursables payés à l'avance si :

- » Vous êtes incapable d'entreprendre ou de continuer un voyage parce que vous-même ou un membre de votre famille immédiate ou de votre famille étendue (selon la définition du contrat) décédez, contractez une maladie grave ou êtes grièvement blessés.

## Avant de partir :

- » Lors de l'évaluation des demandes de règlement, on utilise des pratiques administratives standard pour déterminer si la personne assurée était « cliniquement stable » au moment de l'incident. En général, l'assureur examine les dossiers médicaux de la personne assurée couvrant une période de trois mois. Comme les décisions sur l'admissibilité des demandes de règlement sont prises après le dépôt de la demande, le RAEO et le personnel de nos services d'assurance ne peuvent pas garantir avant votre départ que les demandes de règlement liées à votre problème de santé préexistant seront admissibles.
- » Dans tout contrat d'assurance, il est essentiel de vérifier la couverture en détail pour savoir ce qui est couvert. Des renseignements complets sur les garanties et les exclusions de l'assurance voyage de luxe du RAER sont donnés plus loin.



! Votre assurance en vertu du RAER doit être en vigueur le jour de votre départ pour que l'assurance voyage vous couvre pendant le voyage.



# Assurance Voyage De Luxe

## Définitions

**Accident ou accidentel** : un événement fortuit, soudain, involontaire et imprévu, attribuable exclusivement à une cause externe et qui inflige une blessure corporelle, directement et indépendamment de toute autre cause.

**Enfant** : un enfant célibataire naturel, adoptif, en famille d'accueil ou un enfant célibataire de votre conjoint, qui dépend entièrement de vous ou de votre conjoint pour ses moyens de subsistance, qui n'occupe pas d'emploi à temps plein et qui est âgé de moins de 21 ans. L'assurance reste en vigueur jusqu'à l'âge de 31 ans si l'enfant fréquente à plein temps un collège, une université ou un établissement d'enseignement supérieur accrédité.

L'assurance d'un enfant célibataire incapable de subvenir à ses besoins en raison d'une incapacité mentale ou physique demeure en vigueur au-delà de l'âge limite précité, pourvu que cette incapacité se soit manifestée pour la première fois alors que l'enfant était admissible en tant que personne à charge du titulaire de contrat et que l'Assureur reçoive une preuve de l'état de la personne à charge dans les trente jours qui suivent l'atteinte de l'âge limite et chaque fois qu'elle pourrait raisonnablement en demander une par la suite.

**Cliniquement stable** signifie que vous n'avez vécu AUCUNE des situations indiquées ci-dessous à la suite d'une maladie, d'une blessure ou de toute autre affection de santé au moins 3 mois avant le départ :

- hospitalisation;
- une procédure ou intervention médicale;
- un changement de médicament;
- un changement de traitement médical;
- des symptômes nouveaux ou plus fréquents;
- besoin d'investigations médicales (autres qu'un examen de routine).

**Titulaire du contrat** : la personne au nom de laquelle le présent contrat est établi et avec laquelle l'Assureur a conclu un contrat d'assurance.

**Personne à charge** : une personne qui réside au Canada et qui est soit le conjoint ou l'enfant du titulaire du contrat, soit l'enfant du conjoint du titulaire du contrat.

**Dentiste ou denturologiste** : une personne licenciée, certifiée ou autorisée et qualifiée à pratiquer légalement la dentisterie dans le territoire où elle offre les services ou les fournitures pour lesquels les frais ont été engagés.

**Personne à charge** : une personne qui réside au Canada et qui est soit le conjoint ou l'enfant du titulaire du contrat, soit l'enfant du conjoint du titulaire du contrat.

**Services diagnostiques** : les tests et les services diagnostiques utilisés pour confirmer la présence ou l'absence d'une maladie chez une personne qui présente des symptômes et qui fait l'objet d'une investigation médicale ou pour déterminer l'efficacité du traitement actuellement prescrit. Cette définition exclut les tests de dépistages.

**Traitement facultatif** signifie tout traitement et toute chirurgie :

- qui n'est pas requis pour le soulagement immédiat de fortes douleurs ou de souffrance;
- qui, d'un point de vue médical, peut attendre que la personne assurée retourne dans sa province de résidence;
- que la personne assurée choisit de subir à l'extérieur de sa province de résidence à la suite du diagnostic ou du traitement urgent d'une affection médicale qui n'empêcherait pas la personne assurée de retourner dans sa province de résidence pour subir le traitement ou la chirurgie en question.

**Frais médicaux admissibles** signifie les frais raisonnables et d'usage pour un service ou des fournitures qui sont recommandés par un médecin, qui sont médicalement nécessaires pour le traitement d'urgence de la personne assurée et qui figurent à la partie « Frais médicaux admissibles » de la présente partie de l'assurance.

**Famille étendue** : le conjoint, le père, la mère, le beau-père, la belle-mère, le père ou la mère du conjoint, un enfant, un enfant du conjoint, une belle-fille, un beau-fils, un tuteur, un grand-père, une grand-mère, un frère, un demi-frère, un beau-frère, une soeur, une demi-soeur, une belle-soeur, un petit-fils, une petitefille, un oncle, une tante, un neveu ou une nièce.

**Régime d'État** : tout régime ou programme que fournit ou supervise un gouvernement ou une agence gouvernementale quelconque et qui prévoit le paiement ou le remboursement des frais pour des soins de santé ou des fournitures médicales. Cette définition inclut, sans s'y limiter, le régime d'assurance maladie de la province ou du territoire de résidence de la personne assurée, le programme de soins à domicile, le programme d'appareils et accessoires fonctionnels et le régime d'indemnisation des travailleurs de la province ou du territoire de résidence de la personne assurée.

**Hôpital** : un centre hospitalier de soins de courte durée dûment autorisé qui dispose d'un personnel composé de médecins et d'infirmières autorisées en service ou sur appel 24 heures sur 24. Sauf stipulation contraire, sont exclus les hôpitaux de juridiction fédérale, les hôpitaux privés, les maisons de repos, les maisons de soins infirmiers, les hôpitaux de réadaptation, les maisons de convalescence, les institutions pour le traitement des malades chroniques, les hôtels ou centres d'esthétique corporelle, les foyers pour personnes âgées ou les établissements spécialisés dans le traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou de la maladie mentale.

**Hospitalisation** : l'admission dans un hôpital à titre de malade hospitalisé.

**Famille immédiate** : le conjoint, la conjointe, le père, la mère, l'enfant, le frère ou la soeur du titulaire de contrat.

**Blessure** : un préjudice corporel imprévisible attribuable à un accident. L'accident doit se produire pendant que le présent contrat est en vigueur et le préjudice corporel qui en découle doit exiger des traitements médicaux immédiats parmi ceux qui sont couverts en vertu du présent contrat.

**Malade hospitalisé** : une personne confinée à l'hôpital pendant plus de 24 heures consécutives suivant la recommandation de son médecin traitant.

**Licencié, certifié, autorisé** : une personne que l'organisme de réglementation approprié autorise à exercer sa profession dans le territoire où les soins ou les services sont dispensés ou, en l'absence d'un tel organisme, une personne qui possède un certificat de compétence dispensé par le corps professionnel qui réglemente sa profession particulière. Toutefois, « infirmière autorisée » a le sens qui lui est donné cidessus.

**Urgence médicale** signifie une maladie aiguë ou blessure grave, imprévue et imprévisible qui requiert une attention médicale immédiate et non-facultative.

**Médicalement nécessaire** : les soins, les services, les fournitures et les autres choses qu'un médecin ou un professionnel de la santé commande pour une personne assurée et qui, de l'avis de l'Assureur, sont :

- appropriés et compatibles avec les symptômes et les constatations ou le diagnostic et le traitement de la maladie ou de la blessure de la personne assurée;
- fournis conformément aux pratiques médicales généralement acceptées au plan national;
- les services et les fournitures les plus appropriés que l'on puisse fournir de façon rentable.

Le fait que le médecin traitant d'une personne assurée prescrive des services ou des fournitures ne signifie pas d'office que ces services ou ces fournitures sont médicalement nécessaires et assurés en vertu du contrat.

**Médicament** : les substances médicamenteuses et les crèmes prescrites par un médecin, un dentiste ou un denturologiste licencié, certifié ou autorisé, qui ont été approuvées par le gouvernement fédéral du Canada et qui possèdent un numéro d'identification (DIN) les rendant admissibles à un remboursement dans le cadre du formulaire 5094G/5098G de l'Assureur.

**RAEO** : Régime d'assurance des enseignantes et enseignants de l'Ontario, c'est-à-dire l'organisme qui administre le régime.

**Médecin** : un docteur en médecine qualifié, légalement autorisé à pratiquer sans restriction la médecine et la chirurgie dans la province, l'état ou le pays où les services sont fournis.

**Preuve de bonne santé** : toutes les attestations médicales sur la santé d'une personne et tous les autres renseignements pouvant influencer sur son admissibilité à l'assurance et dont l'Assureur a besoin. Une preuve de bonne santé doit être fournie sur les formulaires que l'Assureur a approuvés à cette fin.

**Infirmière autorisée** : une personne qui détient un certificat d'infirmière autorisée ou d'infirmier autorisé en vertu de la *Loi sur les sciences de la santé* ou en vertu d'une loi similaire dans sa province ou son territoire, ou une personne qui est autorisée ou licenciée dans un autre territoire de compétence pour fournir des services équivalents à ceux qu'offre une infirmière autorisée; cette définition exclut une personne qui est un parent de la personne assurée et une personne qui est infirmière auxiliaire autorisée ou infirmier auxiliaire autorisé.

**Infirmière auxiliaire autorisée** : une personne qui est licenciée, certifiée ou autorisée à titre d'infirmière auxiliaire autorisée ou d'infirmier auxiliaire autorisé dans le territoire où les services sont fournis. Cette définition exclut une personne qui est un parent de la personne assurée.

**Frais raisonnables et d'usage** : les frais habituellement demandés à l'égard de fournitures, de soins ou de services déterminés qui seraient payables en l'absence d'une assurance et qui sont fondés sur les frais qui ont normalement cours dans la région où ils sont engagés, de l'avis de l'Assureur.

**Résident** : une personne qui possède une résidence permanente au Canada, qui était présente physiquement dans la province ou le territoire durant une période d'au moins 183 jours au cours des 12 derniers mois et qui possède une carte d'assurance santé provinciale valide.

**Blessure ou maladie graves** : une blessure ou une maladie qui met la vie en danger ou qui est de nature suffisamment grave pour raisonnablement justifier l'interruption du voyage.

**Course de vitesse** : une activité de nature compétitive dans laquelle la vitesse est un facteur déterminant du résultat.

**Conjoint** : la personne qui est mariée au titulaire du contrat ou la personne du sexe opposé ou du même sexe qui vit une relation conjugale avec le titulaire du contrat, sans lui être mariée, et qui cohabite avec ce dernier depuis au moins un an. Un seul conjoint est couvert à la fois. Le conjoint doit être assuré en vertu du régime provincial d'assurance maladie.

**Compagnon ou compagne de voyage** signifie toute personne qui a réglé à l'avance ses frais de transport ou de logement et qui accompagne la personne assurée. L'Assureur tient compte d'un maximum de 4 personnes par groupe de compagnons ou de compagnes de voyage, y compris la personne assurée.

**Traitement** : tout acte médical raisonnable, à des fins thérapeutiques ou diagnostiques, prescrit par un médecin, un dentiste ou un professionnel de la santé et empruntant une forme quelconque, notamment la prescription de médicaments, des tests exploratoires raisonnables, l'hospitalisation, la chirurgie ou tous autres soins médicaux prescrits ou recommandés qui peuvent être reliés directement à l'état, au symptôme ou au problème.

**Véhicule** signifie une automobile personnelle, une motocyclette, une autocaravane ou un camion dont le poids brut ne dépasse pas 8 000 livres (3 630 kg), pourvu que le véhicule en question ne soit pas muni d'une licence de voiturier public. N.B. : Cette définition s'applique uniquement à l'assurance voyage de luxe.

## **URGENCE ET ASSISTANCE FINANCIÈRE**

**Ligne-secours** : En cas d'urgence médicale lors d'un voyage à l'extérieur de la province de résidence, communiquez avec le centre d'assistance voyage. Les lignes sans frais indiquées sur la carte avantages et sont disponibles 24 heures sur 24, 7 jours par semaine.

**EN CAS D'HOSPITALISATION D'UNE PERSONNE ASSURÉE, ON DOIT COMMUNIQUER AVEC LE CENTRE D'ASSISTANCE VOYAGE DANS LES 24 HEURES DE L'ADMISSION\*, FAUTE DE QUOI LA DEMANDE DE RÈGLEMENT SERA REFUSÉE. Si on ne peut appeler à frais virés ni sans frais, l'Assureur assumera les frais d'appel.**

*\*En cas de maladie ou de blessure incapacitante ou grave qui empêche la personne assurée ou son compagnon ou sa compagne de voyage de communiquer avec le centre d'assistance voyage ou de faire le nécessaire pour que l'on contacte le centre d'assistance voyage dans les 24 heures, la demande de règlement sera tout de même prise en considération si on avise le centre d'assistance voyage dès qu'il est raisonnablement possible de le faire.*

**Lorsqu'elle communique avec le centre d'assistance voyage, la personne assurée doit pouvoir donner son numéro d'assurance maladie provinciale, le numéro du régime de l'Assureur, son numéro de certificat et le code d'identification du centre d'assistance voyage qui s'applique à cette assurance.**

Pour les questions au sujet du contrat, veuillez communiquer avec les services d'assurance du RAEO au 1-866-783-6847.

## RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

- L'assurance n'est offerte qu'aux personnes résidant au Canada qui sont couvertes par un régime provincial d'assurance maladie pendant qu'elles voyagent à l'extérieur de leur province de résidence.
- La couverture est restreinte à un maximum de 62 jours consécutifs par voyage à compter de la date du départ inclusivement. Le remboursement total par voyage à l'égard de tous les frais admissibles ne doit pas dépasser 2 000 000 \$ par personne assurée.
- Le RAEO, l'Assureur et le centre d'assistance voyage n'assument aucune responsabilité quant à la disponibilité, la qualité ou les résultats de tout traitement médical, des services de transport et autres services, ni quant au défaut de la personne assurée d'obtenir un traitement médical ou d'autres services.
- Pour être admissibles, les soins hospitaliers ou médicaux assurés doivent être fournis par l'établissement approprié le plus proche qui est en mesure de donner les soins adéquats lorsque survient l'urgence médicale.
- Durant le processus d'évaluation des demandes de règlement, l'Assureur applique une pratique administrative d'usage afin de déterminer si la personne assurée était cliniquement stable au moment de l'incident.
- L'Assureur effectuera le remboursement après avoir reçu et évalué les renseignements pertinents, selon les montants qui, à son avis, représentent des frais raisonnables et d'usage. Les remboursements sont versés en devises canadiennes selon le taux de change que la personne assurée aurait payé dans le pays où elle séjournait, tel que déterminé par l'Assureur suivant les conseils d'une banque canadienne de l'Annexe 1. Aucun remboursement ne porte intérêt.
- Le coût des services couverts par cette assurance ne sera payable qu'après confirmation par le médecin traitant que les soins ont été fournis et qu'il s'agissait d'un traitement d'urgence. Les frais exigés pour remplir les certificats médicaux ou les documents requis pour l'évaluation des demandes de règlement sont à la charge de la personne assurée.
- L'Assureur et le centre d'assistance voyage, en consultation avec le médecin traitant, se réservent le droit de faire transférer la personne assurée à un autre hôpital ou de la renvoyer dans sa province de résidence. Le refus de se conformer à une telle demande de transfert met fin aux obligations de l'Assureur. (Remarque : La disponibilité immédiate de soins, de traitements ou d'une intervention chirurgicale au retour dans la province de résidence n'est pas la responsabilité du RAEO, de l'Assureur ni du centre d'assistance voyage.)
- L'Assureur se réserve le droit de modifier les dispositions de la garantie d'assurance voyage de luxe. Toute modification éventuelle de la garantie ne s'applique qu'aux voyages qui commencent à la date de prise d'effet de la modification ou après cette date.

## FRAIS ADMISSIBLES

Les personnes assurées bénéficient des services et des fournitures énumérés ci-après si, lors d'un voyage à l'extérieur de leur province de résidence pour une raison autre qu'une raison de santé, elles doivent engager des frais de soins de santé à la suite d'une urgence médicale ou ont besoin de secours d'urgence suivant la description donnée ici.

## FRAIS MÉDICAUX ADMISSIBLES

**Hospitalisation** - La part des frais de chambre et de repas (mais pas dans une chambre particulière ni dans une suite) dans un hôpital de soins actifs qui excède le montant payable par le régime provincial d'assurance maladie.

**Services en consultation externe** - Les frais des services de consultation externe offerts par un hôpital.

**Honoraires de médecin** - La part des honoraires de médecin qui excède le montant payable par le régime provincial d'assurance maladie.

**Soins infirmiers particuliers** - Les frais pour des services infirmiers particuliers à l'égard de soins qui ne peuvent être donnés que par une infirmière autorisée ou une infirmière auxiliaire autorisée (ou équivalent) qui a complété un programme de formation reconnu en médication, pourvu que ces soins soient donnés au cours de l'hospitalisation ou immédiatement après, que le médecin traitant confirme par écrit que ces soins sont médicalement nécessaires et qu'ils ne soient pas donnés par un parent.

**Ambulance terrestre** - Les frais de transport à l'établissement médical le plus proche qui est en mesure de donner les soins médicaux appropriés.

**Ambulance aérienne** - Les frais de transport entre hôpitaux ou pour le rapatriement de la personne assurée dans sa province de résidence en vue de son admission dans un hôpital, à la discrétion de l'Assureur ou avec son approbation. Toute partie non utilisée du billet d'avion de la personne assurée doit être remis à l'Assureur.

(Les arrangements doivent être pris par l'entremise du centre d'assistance voyage.)

**Services paramédicaux** - Les frais pour les services de physiothérapie, de chiropractie, de podologie, de podiatrie ou d'ostéopathie (y compris les radiographies) fournis par un praticien licencié, certifié ou autorisé, jusqu'à concurrence de 300 \$.

**Services diagnostiques** - Les frais de tests en laboratoire et de radiographies demandés par le médecin traitant de la personne assurée.

**Médicaments d'ordonnance** - Le coût des médicaments et des sérums injectables obtenus sur une ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste et dispensés par un pharmacien licencié, certifié ou autorisé. Le coût des vitamines, des préparations vitaminiques ou minérales, des compléments alimentaires, des produits grand public et des médicaments en vente libre, qu'ils soient délivrés sur ordonnance ou non, n'est pas couvert.

**Appareils médicaux** - Le coût d'attelles, de plâtres, de béquilles, de cannes, d'écharpes, de bandages herniaires, d'un déambulateur ou de location temporaire d'un fauteuil roulant lorsque ces articles sont nécessaires à la suite d'une urgence médicale qui est survenue à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée, qu'ils sont prescrits par le médecin traitant et qu'on se les procure à l'extérieur de la province de résidence.

**Dommages accidentels aux dents** - Les frais engagés par une personne assurée, jusqu'à concurrence de 2 000 \$, pour les soins aux dents naturelles rendus nécessaires par suite d'un coup direct et accidentel à l'extérieur de la bouche, et non par suite de l'introduction, sciemment, d'un objet dans la bouche. Le traitement doit commencer à l'intérieur de la période d'assurance pour le voyage et être complété dans les 183 jours qui suivent l'accident. On exige un rapport d'accident rédigé par le médecin ou le dentiste traitant immédiatement après l'accident.

**Soulagement d'un mal de dents** - Les frais engagés, jusqu'à concurrence de 200 \$, pour des soins d'urgence afin de soulager un mal de dents, à l'exclusion des traitements radiculaires, pourvu que le lieu du traitement soit à au moins 200 kilomètres de la province de résidence de la personne assurée.

**Frais hospitaliers divers** - Les frais accessoires, jusqu'à concurrence de 100 \$ par période d'hospitalisation. On exige la soumission de reçus.

## **SECOURS D'URGENCE**

**Une personne assurée peut se prévaloir des services de secours d'urgence suivants pourvu que les dispositions soient prises par l'entremise du centre d'assistance voyage.**

**Aide pour trouver un médecin, une clinique ou un hôpital.**

**Confirmation de l'assurance** à l'hôpital ou au médecin.

**Paiement anticipé des frais médicaux ou des frais hospitaliers** - Un dépôt à l'égard des frais hospitaliers sera versé avant que les soins d'urgence ne soient prodigués si on l'exige. Si on l'exige également, des mesures seront prises pour le paiement total des frais d'hospitalisation et des honoraires de médecin dès le congé de l'hôpital.

**Surveillance médicale** - Les frais de surveillance médicale de l'état de santé et du traitement d'une personne assurée.

**Soins d'enfants** - Prendre les dispositions requises pour le soin sur place des enfants ou prendre des arrangements pour coordonner leur retour au foyer si la personne assurée est hospitalisée.

**Rapatriement** - Si, à la suite d'une urgence médicale, le médecin traitant d'une personne assurée indique par écrit que la personne assurée doit être renvoyée dans sa province de résidence pour y être traitée immédiatement, les frais supplémentaires engagés pour le transport le plus économique et, s'il y a lieu, le coût du transport sur une civière sont payés pour ramener la personne assurée dans sa province de résidence par la voie la plus directe jusqu'à l'aérogare le plus près de son point de départ, pourvu que les arrangements soient pris par l'entremise du centre d'assistance voyage. Cette garantie s'applique également à une autre personne assurée qui voyage avec le patient ou la patiente au moment où survient l'urgence médicale.

*N. B. : Cette garantie s'applique uniquement lorsque la personne assurée ne possède pas déjà un billet de retour ouvert.* De plus, si le médecin traitant ou la compagnie aérienne exige par écrit qu'un auxiliaire médical qualifié (autre qu'un parent) accompagne la personne assurée, l'assurance couvre les honoraires exigés par l'auxiliaire médical, le prix du transport le plus économique, une nuit d'hôtel et les frais de repas de l'auxiliaire, s'il y a lieu.

**Visite à l'hôpital par un ami ou un membre de la famille** - L'assurance couvre le prix du transport le plus économique, par la voie la plus directe, pour permettre à un membre de la famille ou à un ami de la personne assurée de lui rendre visite si elle est hospitalisée en raison d'une urgence médicale. Cette garantie n'est valable que lorsque la personne assurée est hospitalisée depuis au moins sept jours à l'extérieur de sa province de résidence et que le médecin traitant certifie par écrit que la situation est suffisamment grave pour justifier la visite.

**Identification d'une personne décédée** - L'assurance couvre le prix du transport le plus économique, par la voie la plus directe, pour permettre à un membre de la famille ou à un ami de la personne assurée d'identifier sa dépouille en vue de son rapatriement.

**Rapatriement de la dépouille** - L'assurance couvre jusqu'à 5 000 \$ pour le coût de la préparation et du transport de la dépouille de la personne assurée afin de la ramener dans la ville où elle résidait normalement ou jusqu'à 2 500 \$ pour l'incinération ou l'inhumation de la dépouille à l'endroit du décès. Dans un cas comme dans l'autre, le coût d'un cercueil est exclu.

**Frais de repas et d'hébergement** - L'assurance couvre jusqu'à 150 \$ par jour, sous réserve d'un plafond global de 1 500 \$ à l'égard du titulaire du contrat et des personnes à sa charge, pour les frais d'hébergement et de repas supplémentaires engagés dans un établissement commercial par une personne assurée lorsque le retour dans la province de résidence est retardé au-delà de la date prévue parce qu'une personne assurée ou son compagnon de voyage est malade ou blessé. Une attestation du médecin traitant et des reçus des établissements commerciaux doivent accompagner la demande de remboursement.

**Retour du véhicule** - L'assurance couvre jusqu'à 1 000 \$ pour faire conduire le véhicule de la personne assurée, qu'il s'agisse d'un véhicule particulier ou d'un véhicule loué, jusque dans sa province de résidence ou jusqu'à l'agence de location appropriée la plus proche si la personne assurée est incapable de conduire en raison d'une maladie ou d'une blessure et qu'aucun compagnon de voyage ne puisse le faire. Il faut présenter une attestation médicale et les reçus pour les frais engagés.

Si le véhicule de la personne assurée est volé ou mis hors d'état de marche par suite d'un accident, l'assurance couvre le coût du transport le plus économique, par la voie la plus directe, pour ramener la personne couverte dans sa province de résidence. L'Assureur doit recevoir un constat officiel comme preuve du vol ou de l'accident.

**Interruption/annulation de voyage** - Si une personne assurée est dans l'impossibilité d'entreprendre ou de continuer son voyage pour l'une des raisons suivantes :

- une urgence médicale touchant la personne assurée ou, si la personne assurée a déjà entamé son voyage, une urgence médicale touchant la personne assurée ou son compagnon ou sa compagne de voyage;
- le décès de la personne assurée ou d'un membre de sa famille immédiate, une blessure ou une maladie graves touchant la personne assurée ou un membre de sa famille immédiate, ou, si la personne assure a déjà entamé son voyage, le décès d'un membre de sa famille étendue, une blessure ou une maladie graves touchant un membre de sa famille étendue;
- le décès du compagnon ou de la compagne de voyage de la personne assurée ou d'un membre de la famille immédiate ou étendue du compagnon ou de la compagne de voyage;
- l'émission d'un avis aux voyageurs par le gouvernement du Canada après l'achat des billets dans lequel on recommande aux Canadiennes et aux Canadiens de ne pas se rendre dans le pays inscrit sur les billets originaux pendant une période qui comprend la période prévue pour le voyage;
- si la personne assurée n'a pas encore entamé son voyage, la convocation comme juré ou l'assignation comme témoin ou comme partie défenderesse dans une poursuite civile pour une date ou une période qui comprend la période prévue pour le voyage;
- si la personne assurée a déjà entamé son voyage, des dommages causés par un désastre et rendant sa résidence principale inhabitable; ou
- si la personne assurée a déjà entamé son voyage, un désastre naturel survenant au point de destination. L'assurance rembourse à la personne assurée les frais non remboursables payés à l'avance et engagés avant la date du départ, jusqu'à concurrence du montant par voyage indiqué dans la « Table des garanties », si la personne assurée n'entreprend pas le voyage, ou jusqu'à concurrence du montant par voyage indiqué dans la « Table des garanties », pour un aller simple en classe économique ou pour les frais en excédent des frais de voyage payés à l'avance si la personne assurée doit retourner chez elle, se joindre au voyage ou se joindre à nouveau au voyage, selon le cas.

Ces frais sont remboursés uniquement sur présentation d'un ou plusieurs des documents suivants, à la discrétion du centre d'assistance voyage :

- une déclaration du médecin traitant et une explication détaillée de la raison entraînant l'annulation, l'interruption ou le retard du voyage;
- des preuves documentaires de la situation d'urgence qui a entraîné l'annulation, l'interruption ou le retard du voyage. S'il s'agit d'un avis aux voyageurs, il faut soumettre une preuve de la date de réservation du voyage accompagnée d'une copie de l'avis aux voyageurs émis par le gouvernement du Canada;
- une preuve qu'une partie des frais de voyage ne sont pas remboursables, une copie des reçus ou des billets non utilisés et une copie des reçus ou des coupons pour tous les frais de transport additionnels engagés.

**Transmission de messages urgents** aux membres de la famille ou aux associés.

**Aide en cas de perte de documents.**

**Aide d'accès à un conseiller juridique.**

### **PROLONGEMENT D'OFFICE DE L'ASSURANCE**

Si une personne assurée est hospitalisée le jour où la période d'assurance de 62 jours prend fin, l'assurance est prolongée d'office jusqu'à son congé de l'hôpital. De plus, l'assurance de la personne assurée et de tout membre assuré de sa famille qui l'accompagne est prolongée d'office pour une période maximale de 72 heures :

- à la suite de son congé de l'hôpital après une hospitalisation qui s'est prolongée au-delà de la période d'assurance de 62 jours;
- au-delà de la période d'assurance de 62 jours lorsque le retour dans la province de résidence est retardé sur l'ordre du médecin traitant en raison d'une urgence médicale assurée;
- au-delà de la période d'assurance de 62 jours si le retour dans la province de résidence est retardé :
  - en raison du retard du mode de transport public (avion, autobus, taxi, train) que la personne assurée utilise à titre de passager; ou
  - en raison d'un accident de la circulation ou de la panne mécanique d'un véhicule privé qui était en route vers le point de départ.

On exige des documents appropriés à l'appui de la demande de règlement.

## **EXCLUSIONS (applicables à l'assurance voyage de luxe uniquement)**

L'Assureur ne rembourse aucun frais et ne fournit aucun secours d'urgence si ceux-ci sont associés, de quelque façon que ce soit, aux frais engagés :

- Pour des soins, des services ou des fournitures qui, de l'avis de l'Assureur, ne sont pas médicalement nécessaires.
- Pour des traitements facultatifs.
- Pour un séjour ou un traitement dans un établissement qui n'est pas un hôpital prodiguant des soins de courte durée, tel qu'une maison de soins infirmiers, un centre d'esthétique corporelle, un hôpital pour le traitement des malades chroniques, une unité de soins aux malades chroniques d'un hôpital public.
- À l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée lorsque celle-ci aurait pu être rapatriée dans sa province de résidence sans risque pour sa vie ou sa santé, et ce même si le traitement offert dans la province de résidence est de qualité inférieure à celui que l'on offre ailleurs.
- Lorsque, avant le départ, l'état de santé de la personne assurée laisse à penser qu'elle pourrait avoir besoin de recevoir un traitement ou d'être hospitalisée pendant le voyage.
- Par une personne assurée qui voyage à l'extérieur de sa province de résidence dans l'intention d'obtenir, directement ou accessoirement, un avis médical ou des traitements, et ce même si le voyage est effectué sur la recommandation d'un médecin.
- Pour une hospitalisation ou des services qui sont liés d'une façon quelconque à ce qui suit :
  - un examen de santé complet à des fins de contrôle;
  - le suivi d'un état pathologique existant;
  - des services de réadaptation ou des soins continus relatifs à la consommation abusive de drogues,
  - d'alcool ou de toute autre substance;
  - une cure de repos ou un voyage pour des raisons de santé; ou
  - des traitements esthétiques.
- Relativement à un voyage que la personne assurée entreprend ou pour lequel elle fait des réservations à l'encontre des conseils du médecin ou après avoir appris qu'elle souffrait d'une maladie terminale.
- Pour des soins médicaux ou hospitaliers fournis à la personne assurée ou à un nouveau-né relativement à ou liés d'une façon quelconque à ce qui suit :
  - un accouchement à terme;
  - des complications médicales après la 26<sup>e</sup> semaine de grossesse; ou
  - l'interruption volontaire d'une grossesse.
- Pour les services d'un naturopathe ou d'un optométriste ou pour une chirurgie de la cataracte.
- Relativement à ou liés d'une façon quelconque à la conduite d'un véhicule motorisé avec les facultés affaiblies par l'usage de drogue ou d'autres substances toxiques, ou avec un taux d'alcoolémie de plus de 80 milligrammes par 100 millilitres de sang. (Aux fins de la présente exclusion, on entend par « véhicule motorisé », tout moyen de transport propulsé ou mû par un moteur, notamment une automobile, un camion, une motocyclette, un cyclomoteur, une motoneige ou un bateau.)
- Relativement à ou liés d'une façon quelconque à la consommation abusive de médicaments, de substances toxiques ou d'alcool, ou à l'utilisation de médicaments non prescrits.
- Relativement à ou liés d'une façon quelconque à un suicide, à une tentative de suicide ou à une automutilation volontaire, que la personne assurée soit saine d'esprit ou non.
- Relativement à ou liés d'une façon quelconque à la perpétration ou à la tentative de perpétration d'un acte criminel aux termes de la loi applicable dans le territoire où l'incident s'est produit.
- Relativement à ou liés d'une façon quelconque à des activités telles que le parachutisme, le deltaplane, le saut à l'élastique, l'alpinisme, la spéléologie, à la participation à des sports professionnels ou à toute course de vitesse en véhicule motorisé. (Aux fins de la présente exclusion, on entend par « véhicule motorisé », tout moyen de transport propulsé ou mû par un moteur, notamment une automobile, un camion, une motocyclette, un cyclomoteur, une motoneige ou un bateau.)

- Relativement à ou liés d'une façon quelconque à un accident d'avion, sauf si la personne assure voyage à titre de passager payant à bord d'un appareil d'une compagnie aérienne commerciale ou d'un appareil nolisé ayant au moins six places assises.
- Relativement aux ou liés d'une façon quelconque aux propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres d'une matière nucléaire ou de sous-produits.
- Relativement à ou liés d'une façon quelconque à ce qui suit, sans égard à toute autre cause et à tout autre événement contributifs survenant concomitamment ou non : la guerre, une invasion, les actions d'ennemis étrangers, les hostilités, des actes belliqueux (que les hostilités soient déclarées ou non), la guerre civile, une rébellion, une révolution, une insurrection, un mouvement populaire assimilé à une insurrection, l'usurpation du pouvoir par des militaires ou d'autres agents, les actes de piraterie ou tout autre acte de terrorisme, ou toute mesure prise pour circonscrire, empêcher ou réprimer l'une ou l'autre des activités susmentionnées. (Aux fins de la présente exclusion, « acte de terrorisme » s'entend d'un acte, notamment le recours à la force ou à la violence ou à la menace de force ou de violence, qui est commis par un individu ou par un groupe d'individus agissant de sa propre initiative ou pour le compte d'une organisation ou d'un État, qui est motivé par des considérations politiques, religieuses, idéologiques ou des considérations similaires, dans le but notamment d'influencer un gouvernement ou de susciter la peur au sein de la population ou d'une partie de la population, et qui est jugé par les autorités fédérales compétentes être un acte de terrorisme.)
- Relativement à ou liés d'une façon quelconque au service dans les forces armées.
- Pour des services ou des fournitures qui sont offerts en vertu d'un régime d'État ou qui seraient offerts gratuitement en l'absence de la présente assurance.