

# ASSURANCE ANNULATION ET INTERRUPTION DE VOYAGE

Nous sommes heureux de vous offrir une assurance annulation et interruption de voyage à un prix très concurrentiel. Ce régime protège les voyageurs contre les imprévus pouvant les empêcher de voyager ou d'achever un voyage comme prévu.

## ► CARACTÉRISTIQUES DE LA PROTECTION

- **Assurance annulation et interruption de voyage pour voyages multiples**
- **Annulation, interruption et retard de voyage<sup>1</sup>** – jusqu'à concurrence de 12 000 \$ par personne assurée, par voyage.
- **Bagages et effets personnels** – jusqu'à concurrence de 1 500 \$ par personne assurée, sous réserve d'un maximum de 3 000 \$ par famille.
  - Remplacement de documents – jusqu'à concurrence de 200 \$.
  - Bagages retardés – jusqu'à 400 \$ par personne assurée, sous réserve d'un maximum de 1 000 \$ par famille pour l'achat d'articles essentiels.
- Les garanties Annulation, Interruption et Retard de voyage<sup>1</sup> sont offertes si vous ne pouvez pas voyager ou devez interrompre votre voyage parce que vous ou votre compagnon de voyage avez contracté la COVID-19.

## ► AFFECTIONS MÉDICALES PRÉEXISTANTES<sup>2</sup>

Une clause relative à la stabilité des affections médicales préexistantes peut affecter votre couverture en vertu de cette assurance. Une affection médicale préexistante doit être stable<sup>3</sup> dans les 90 jours précédant le jour de votre réservation (garantie Annulation de voyage) ou le jour de votre départ (garantie Interruption de voyage).

## ► PROTECTION POUR UN NOUVEAU CONTRAT

Cette assurance voyage offre une caractéristique additionnelle qui vise à fournir un nouveau contrat d'assurance, établi pour une période maximale d'un an, à partir du jour suivant immédiatement la date d'échéance de votre contrat d'assurance actuel.

La protection prendra effet à la date d'entrée en vigueur du nouveau contrat, à moins que vous ne fournissiez un avis de résiliation écrit à l'administrateur dans les 60 jours suivant la date de prélèvement de la première prime pour cette année d'assurance.

## ► COMMENT S'INSCRIRE

Remplissez la proposition d'assurance ci-jointe et retournez-la à l'adresse indiquée au bas du document. Si vous êtes admissible et que la proposition d'assurance est en règle, votre protection entrera en vigueur le jour où Johnson Inc. reçoit la proposition d'assurance dûment remplie et signée.

Vous recevrez une confirmation de votre assurance, votre contrat et une carte d'assurance. Cette dernière indique les numéros de téléphone sans frais pour votre assurance annulation et interruption de voyage. Votre contrat contiendra tous les renseignements sur les garanties, les restrictions et les exclusions de votre assurance.

<sup>1</sup>La protection de la garantie Annulation de voyage débute le jour de la réservation de votre voyage, pourvu que votre assurance soit en vigueur. Si un voyage est réservé avant que l'assurance Annulation de voyage entre en vigueur, la protection visant ce voyage débute le jour où la prime d'assurance est payée et le contrat d'assurance est émis. Les garanties Annulation, Interruption et Retard de voyage s'appliquent uniquement aux réservations de voyage faites avant le départ.

<sup>2</sup>La clause relative à la stabilité des affections médicales préexistantes s'applique aux personnes suivantes : chaque personne assurée, un membre de la famille, un proche collaborateur, un soignant, un compagnon de voyage ou un membre de la famille du compagnon de voyage.

<sup>3</sup>Stable : qualifie une affection médicale ou une affection connexe (y compris toute affection cardiaque ou pulmonaire), autre qu'une affection mineure, répondant aux critères suivants :

- il n'y a eu aucun nouveau diagnostic, nouveau traitement ni nouveau médicament prescrit;
- il n'y a eu aucun changement de traitement ou de médicament prescrit (fréquence ou de type de traitement reçu, ou changement de quantité, de fréquence ou de type de médicament pris); Exception :
  - i) l'ajustement périodique de la dose de Coumadin ou de Warfarin, d'insuline ou de médicaments oraux destinés au contrôle du diabète (à condition que ce médicament ne soit pas une nouvelle ordonnance ou que vous n'ayez pas cessé de le prendre récemment); ou
  - ii) le changement d'une ordonnance d'un médicament de marque à une version générique (sans changement de dose);
- il n'y a eu aucun nouveau symptôme et il n'y a eu aucune augmentation dans la fréquence et la gravité des symptômes;
- il n'y a eu aucun résultat de test témoignant d'une détérioration;
- il n'y a eu aucune hospitalisation ni aucun renvoi à un spécialiste (nécessaire ou recommandé), et il n'y a eu aucun examen en cours dont on attend les résultats.



**SANS FRAIS : 1 877 466-2929**

Tous les montants sont en dollars canadiens. Les taux indiqués sont annuels. Les taux payables sont calculés au prorata selon le nombre de mois restant avant la fin de l'année d'assurance (le 31 août).

Ce document est fourni à titre promotionnel et n'est pas un contrat d'assurance ni une offre d'assurance. Il contient de l'information sur les garanties souscrites par la Royal & Sun Alliance du Canada, mais ne contient pas toutes les conditions et les exclusions qui s'appliquent à ces garanties. Le libellé du contrat prévaut en tout temps. Les produits et les taux décrits peuvent être modifiés en tout temps, sans préavis.

©2023 Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances. Tous droits réservés. <sup>TM</sup>RSA, « RSA » & Design, les noms et les logos afférents sont des marques de commerce appartenant au RSA Insurance Group Limited, et sont utilisées sous licence par la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances. Ce produit d'assurance est souscrit par la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances (« RSA ») et administré par Johnson Inc. (« Johnson »). Johnson et la RSA sont des sociétés de propriété commune.

# Proposition d'assurance : Annulation et interruption de voyage pour les membres de RTOERO

**1**

## RENSEIGNEMENT SUR LE MEMBRE/PROPOSANT ▶ En caractères d'imprimerie

Pour usage interne :  
N° D'IDENTIFICATION

Prénom	Initiales	Nom de famille
Adresse - No de rue/app.		
Ville/Municipalité	Province	Code postal
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Numéro de téléphone (résidence)	Numéro de téléphone (travail/cellulaire)	
Adresse courriel		
Je désire recevoir l'information suivante par courriel <input type="checkbox"/> Renseignements sur le contrat d'assurance <input type="checkbox"/> Communications de Johnson Inc.		
Numéro de membre RTOERO		

**2**

## RENSEIGNEMENTS SUR LE (LA) CONJOINT(E) ▶ Remplissez cette section si vous demandez la protection familiale

Prénom	Initiales	Nom de famille
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	

**3**

## PERSONNES À CHARGE ▶ Remplissez cette section si vous demandez la protection familiale

	Prénom(s)	Nom de famille	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Sexe (H/F)
Personne à charge				
Personne à charge				
Personne à charge				

**4**

## ADMISSIBILITÉ

Pour être admissible à l'assurance annulation et interruption de voyage, vous devez :

- être un membre, ou un conjoint ou une/des personne(s) à charge d'un membre;
- être résident canadien; et
- être assuré au titre de votre Régime d'assurance maladie provincial ou territorial.

Une personne à charge peut être couverte par la protection familiale, mais ne peut pas souscrire cette assurance à titre individuel.

- Je confirme que toutes les personnes énumérées dans les sections 1, 2 et 3 sont admissibles à cette assurance.
- En soumettant cette proposition, je comprends que mes renseignements personnels pourraient être transmis à RTOERO.

## 5

## CHOIX DE LA PROTECTION ET PRIME

Je souhaite la protection :  Individuelle  Familiale

Âge	0 – 49	50 – 59	60 – 69	70+
Protection individuelle ou familiale	264,99 \$	284,99 \$	329,99 \$	412,99 \$

Pour les résidents de l'Ontario, de Terre-Neuve-et-Labrador, du Québec et de la Saskatchewan, la taxe de vente au détail est payable sur la prime totale. Elle ne s'applique pas dans les autres provinces.

**Stable** : qualifie une affection médicale ou une affection connexe (y compris toute affection cardiaque ou pulmonaire), autre qu'une affection mineure, répondant aux critères suivants :

- il n'y a eu aucun nouveau diagnostic, nouveau traitement ni nouveau médicament prescrit;
- il n'y a eu aucun changement de traitement ou de médicament prescrit (fréquence ou de type de traitement reçu, ou changement de quantité, de fréquence ou de type de médicament pris); Exception :
  - i) l'ajustement périodique de la dose de Coumadin ou de Warfarin, d'insuline ou de médicaments oraux destinés au contrôle du diabète (à condition que ce médicament ne soit pas une nouvelle ordonnance ou que vous n'ayez pas cessé de le prendre récemment); ou
  - ii) le changement d'une ordonnance d'un médicament de marque à une version générique (sans changement de dose);
- il n'y a eu aucun nouveau symptôme et il n'y a eu aucune augmentation dans la fréquence et la gravité des symptômes;
- il n'y a eu aucun résultat de test témoignant d'une détérioration;
- il n'y a eu aucune hospitalisation ni aucun renvoi à un spécialiste (nécessaire ou recommandé), et il n'y a aucun examen en cours dont on attend les résultats.

#### Clause relative à la stabilité des affections médicales préexistantes

Cette exclusion s'applique à chaque personne assurée au titre de cette assurance. Cette exclusion s'applique également à un membre de votre famille, un proche collaborateur, un soignant, un compagnon de voyage ou un membre de la famille de votre compagnon de voyage.

Cette assurance ne prend pas en charge les frais au titre des garanties Annulation, Interruption et Retard de voyage imputables ou se rattachant directement ou indirectement à ce qui suit :

1. Une affection médicale ou une affection connexe (autre qu'une affection mineure), si dans les 90 jours précédant le jour de votre départ ou le jour de votre réservation, l'affection médicale ou l'affection connexe en question n'était pas stable.
2. Une affection cardiaque, si dans les 90 jours précédant le jour de votre départ ou le jour de votre réservation :
  - a) toute affection cardiaque n'était pas stable; ou
  - b) vous avez pris de la nitroglycérine plus d'une fois par semaine dans le but précis de soulager des douleurs angineuses, quelle que soit l'affection cardiaque.
3. Une affection pulmonaire, si dans les 90 jours précédant le jour de votre départ ou le jour de votre réservation :
  - a) toute affection pulmonaire n'était pas stable; ou
  - b) vous avez été soigné par oxygénothérapie à domicile ou pris des stéroïdes par voie buccale (prednisone ou prednisolone), quelle que soit l'affection pulmonaire.

Le jour de votre départ s'applique aux :

- garanties Interruption et Retard de voyage.

Le jour de votre réservation s'applique à :

- la garantie Annulation de voyage.

## IMPORTANT – VOUS DEVEZ REMPLIR ET SIGNER LA SECTION AU BAS DE CE FORMULAIRE POUR QUE LA PROTECTION ENTRE EN VIGUEUR.

6

### CONVENTIONS ET AUTORISATIONS ▶ Chaque proposant(e) doit lire cette section et y consentir en y apposant sa signature ci-dessous

Une **CLAUSE RELATIVE AUX AFFECTIONS MÉDICALES PRÉEXISTANTES** pourrait s'appliquer aux affections médicales et aux symptômes qui existaient avant mon voyage. Je comprends que toute affection médicale que je pourrais avoir est assujettie à la clause relative aux affections médicales préexistantes et je consulterai mon contrat d'assurance pour prendre connaissance de toutes les exclusions et les restrictions.

a) Je reconnais la nécessité d'aviser le **Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson**. À défaut d'aviser le Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson ou d'annuler votre voyage auprès de votre agent de voyages ou fournisseur de services touristiques dans les délais prescrits, la prestation se limite au montant non remboursable et non transférable qui aurait été payable à la date initiale de l'événement couvert.

b) Autorisation d'obtenir mes renseignements médicaux advenant une demande de règlement – Je comprends que l'assureur pourrait enquêter sur ma demande de règlement. En signant cette proposition d'assurance, j'autorise également tout médecin, praticien de soins de santé, hôpital ou autre établissement de soins médicaux, le ministère de la Santé ou toute pharmacie et autre personne qui serait intervenue et m'aurait examiné(e), à fournir à l'assureur et à son fournisseur du Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson tous les renseignements pertinents me concernant en ce qui a trait à ma maladie, ma blessure, mes antécédents médicaux, mes consultations, mes médicaments ou mes traitements, y compris une copie de mes dossiers médicaux/d'hôpitaux aux fins de l'enquête sur ma demande de règlement.

c) Je reconnais que certaines exclusions et restrictions pourraient s'appliquer et restreindre la portée de mes protections. Je lirai mon contrat d'assurance pour en connaître tous les détails.

d) Je comprends que mes protections prendront fin le 31 août. Un nouveau contrat d'assurance sera émis pour le 1er septembre, selon les dispositions contractuelles en vigueur pour ce nouveau contrat, à moins que je fournisse un avis de résiliation écrit à l'administrateur du régime dans les 60 jours suivant le premier prélèvement de prime pour la nouvelle année d'assurance. L'avis de résiliation doit être fourni au plus tard le 5 octobre.

e) Je consens/Nous consentons également à ce que mes/nos primes pour la présente assurance, y compris les ajustements en cours d'assurance, les arrérages et la prime pour le nouveau contrat, soient prélevés de ma/notre rente du Régime de retraite des enseignantes et des enseignants de l'Ontario (RREO), le cas échéant, ou de mon/notre compte de chèques, tel qu'indiqué ci-dessous. Si les prélèvements se feront sur mon/notre compte-chèques, un spécimen de chèque se trouve ci-joint.

f) Le paiement de votre prime est exigé avant que votre nouvelle protection puisse entrer en vigueur. Si nous ne pouvons pas percevoir ce paiement, la protection voulue n'entrera pas en vigueur. Il est entendu que mon/notre contrat d'assurance sera automatiquement résilié dans le cas où Johnson, l'administrateur de ce Régime, recevrait deux avis (ou plus) de chèque sans provisions à l'égard de mon/notre compte.

g) Je reconnais que mon contrat d'assurance ou un document y étant joint détaillera la façon dont mes informations personnelles et autres informations seront recueillies, utilisées et divulguées en relation avec mon contrat, mes demandes de règlement au titre de celui-ci ou d'autres raisons jugées à propos par Johnson, l'assureur, le réassureur, le Centre d'assistance pour demandes de règlement Johnson, mon groupe commanditaire ou toute autre partie impliquée. Pour les renseignements relatifs à la politique visant la protection des renseignements personnels, veuillez visiter [www.rsagroup.ca](http://www.rsagroup.ca) ou communiquer avec RSA en composant le 1 800 716-4339.

**Veillez cocher pour confirmer la méthode de paiement :** Votre choix demeurera en vigueur jusqu'à ce que Johnson reçoivent un avis contraire.

- Prélèvements bancaires mensuels (veuillez joindre un spécimen de chèque)
- Un (1) prélèvement bancaire pour le paiement complet de la prime (veuillez joindre un spécimen de chèque)
- Déduction sur la rente du RREO (offert seulement au personnel enseignant à la retraite)
- Une (1) déduction sur la rente du RREO pour le paiement complet de la prime (offert seulement au personnel enseignant à la retraite)
- Je comprends ou nous comprenons que, sous réserve de mon/notre admissibilité et du fait que la présente proposition d'assurance est complète et en règle, l'assurance débutera le jour où Johnson reçoit ma/notre proposition d'assurance dûment remplie.**

SIGNATURE DU MEMBRE / PROPOSANT(E)

x	DATE (JJ/MM/AAAA)
---	-------------------

SIGNATURE DU (DE LA) CONJOINT(E) (POUR LA PROTECTION FAMILIALE)

x	DATE (JJ/MM/AAAA)
---	-------------------

RETOURNER À :

RTOERO, 18 Spadina Road, Suite 300, Toronto (Ontario) M5R 2S7  
416-920-7248 · 1-877-406-9007 · [www.rtoero.ca/fr](http://www.rtoero.ca/fr) · [avantagesociaux@johnson.ca](mailto:avantagesociaux@johnson.ca)

