

**Police n° 1H165 (Cette police remplace la police portant le même numéro dont la date de mise en vigueur est le 1<sup>er</sup> octobre 2006)**

Sur la foi des déclarations du proposant figurant au Tableau et moyennant le paiement de la prime stipulée dans la présente, **SSQ, Société d'assurance inc.** (ci-après appelée l'«assureur») convient avec:

Raison sociale: **INVESSA ASSURANCES GÉNÉRALES**

(ci-après appelée le «contractant»)

Adresse: 225, Promenade du Centropolis  
Bureau 220  
Laval (Québec)  
H7T 0B3

d'assurer les personnes admissibles des organismes (chacune d'elles ci-après appelée l'«assuré») dont les noms apparaissent aux registres des organismes assurés, contre la survenance d'un sinistre par suite d'une blessure, conformément aux dispositions contractuelles et sous réserve de toute exception, limitation et exclusion de la présente police.

#### **Date d'entrée en vigueur et durée de la police**

La présente police entre en vigueur à 0 h 1, heure normale, à la date d'effet stipulée au Tableau, à l'adresse du contractant. Elle reste en vigueur tant que la prime est acquittée et prend fin à 0 h 1, heure normale, à la date d'expiration stipulée au Tableau, à l'adresse du contractant.

#### **Renouvellement**

Sous réserve du consentement de l'assureur, la présente police peut être renouvelée moyennant le paiement de la prime au ou aux taux et au montant convenus lors du renouvellement.

L'assureur se réserve le droit de refuser le renouvellement de la police en donnant au contractant un préavis écrit d'au moins trente (30) jours.

#### **Limites territoriales**

Si, par suite d'une blessure entraînant une perte en vertu de la disposition «Prestations en cas de perte accidentelle» telle perte sera payable si subie n'importe où dans le monde. Pour toutes les autres prestations payables, seules les dépenses engagées au Canada sont remboursables, suite à une blessure subie au Canada.

#### **Définitions**

Dans la Police, en vue d'alléger le texte, le masculin comprend le féminin.

« Accident » signifie un événement ou un incident soudain et imprévu mettant en cause l'Assuré et entraînant directement une Blessure à ce dernier.

« Assuré » tel que l'indique à la section intitulée Admissibilité.

« Blessure » signifie une lésion corporelle qui résulte d'un Accident se produisant pendant que la Police est en vigueur en ce qui a trait à l'Assuré, sur lequel la demande de règlement est fondée et qui entraîne directement et indépendamment de toute autre cause, un sinistre couvert par la Police,

pourvu que cette blessure soit subie dans les circonstances et de façon décrite à la section « Description des risques »; sont exclues toutes les Maladies ou Affections quelle que soit leur cause, sauf si elles sont la conséquence d'un Accident.

« Capital assuré » signifie le montant stipulé au Tableau des Prestations.

« Conjoint » signifie une personne de moins de quatre-vingt quinze (95) ans :

- a) à laquelle la Personne assuré est légalement marié ou avec qui il vit en union civile; ou
- b) qui cohabite dans une situation assimilable à une relation conjugale avec la Personne assuré de façon permanente depuis au moins un (1) an avant la date de l'événement pour lequel il est assuré.

Toutefois, si une personne est la mère ou le père biologique ou adoptif d'au moins un des enfants de la Personne assuré et qu'elle cohabite avec la Personne assuré, la personne est réputée être un Conjoint à compter de la date de la naissance ou de l'adoption de cet enfant, si cette date tombe avant la fin de la période de un (1) an de cohabitation.

Une (1) seule personne est admissible à titre de Conjoint de la Personne assuré. Si, tout en étant légalement marié ou en union civile, la Personne assuré cohabite avec une personne décrite au point b) ci-dessus, il peut choisir par écrit quelle personne est assurée à titre de Conjoint en vertu de la Police. La déclaration doit être remise au Contractant avant la réalisation du risque assuré, sans quoi elle ne lie pas l'Assureur. Si aucune déclaration n'est remise, le Conjoint sera la personne à laquelle la Personne assuré est légalement marié ou avec qui il vit en union civile.

« Conseiller professionnel » signifie un thérapeute ou un conseiller qui est inscrit ou détient un permis dans la région où il offre des traitements ou des conseils psychologiques.

Le Conseiller professionnel ne peut pas résider habituellement avec l'Assuré. Il ne peut pas être un Assuré, ni un Membre de la famille immédiate ou une relation d'affaires avec l'Assuré.

« Déficience fonctionnelle » signifie une limitation irréversible et grave de la capacité physique ou mentale d'une personne ou de ses habilités qui empêche la personne de vivre de façon autonome.

« Enfant à charge » signifie un enfant biologique, un enfant adopté, un enfant du Conjoint ou tout enfant avec lequel la Personne assuré a par ailleurs une relation parent-enfant. Il dépend de la Personne assuré pour ses frais de subsistance et :

- 1) a moins de vingt et un (21) ans; ou
- 2) a moins de vingt-cinq (25) ans (vingt-six (26) ans au Québec) et fréquente à temps plein un Établissement d'enseignement post-secondaire; ou

- 3) quel que soit son âge à la date de la demande de règlement, a été frappé d'une Déficience fonctionnelle alors qu'il répondait à l'un des deux critères aux paragraphes 1) et 2) ci-haut. Une preuve de l'existence de cette Déficience fonctionnelle, y compris la déclaration par un Médecin de l'existence de cette déficience et du moment où elle s'est produite, doit être remise à l'Assureur au plus tard dans les trente et un (31) jours après que l'enfant ait atteint l'âge auquel il ne serait plus par ailleurs admissible à titre d'Enfant à charge aux termes de l'un des deux critères aux paragraphes 1) et 2) ci-haut. Par la suite, l'Assureur peut exiger la présentation périodique d'autres preuves attestant à sa satisfaction que cette Déficience fonctionnelle subsiste et que la définition d'Enfant à charge s'applique par ailleurs à l'enfant, à défaut de quoi l'Assureur peut établir que l'enfant n'est plus admissible à titre d'Enfant à charge aux termes de la Police.

« Établissement d'enseignement post-secondaire » signifie une université, un collège, un cégep ou une école de formation professionnelle et technique exclusivement.

« Hôpital » signifie un établissement agréé à titre d'hôpital dans le territoire où il est situé. Pour satisfaire à cette définition, il doit s'agir d'un hôpital de soins actifs ouvert jour et nuit qui traite les malades et les blessés, qui compte en tout temps au moins un Médecin de service, qui offre, 24 heures sur 24, des soins infirmiers dispensés par du personnel infirmier autorisé et qui dispose des installations nécessaires au diagnostic et à la chirurgie. Une clinique, une maison de repos, un centre d'hébergement, un hôpital pour convalescents ou tout établissement de même nature n'est pas un Hôpital. Un Hôpital inclut un établissement réservé en tout ou en partie aux soins de réadaptation. Aux fins de la présente définition, le « médecin » et le « personnel infirmier » peuvent être membres de la famille immédiate.

« Hébergement » signifie l'hébergement dans un hôtel, un motel, une auberge, une chambre d'hôte ou un autre établissement du genre ainsi que la nourriture raisonnablement requise pendant l'hébergement; toutefois, aucune indemnité ne sera versée pour l'hébergement dans une résidence privée ou pour de la nourriture qui n'est pas consommée dans le cadre d'un repas par la personne qui demande un remboursement de dépenses.

« Maladie ou Affection » signifie l'altération de l'état de santé, attribuée à des causes internes ou externes, se traduisant par des symptômes et/ou des signes objectivement vérifiables et se manifestant par une détérioration des fonctions physiologiques ou mentales.

« Médecin » signifie une personne dûment autorisée à exercer la médecine et à prodiguer des traitements conformément au permis qui lui a été octroyé par un des organismes suivants :

- a) un organisme agréé chargé de la délivrance des permis d'exercice dans la région d'administration des soins et dont le Médecin est membre en règle; ou
- b) un organisme gouvernemental ayant compétence sur la délivrance des permis d'exercer dans la région d'administration des soins.

Le Médecin ne peut pas résider habituellement avec l'Assuré. Il ne peut pas être un Assuré, ni un Membre de la famille immédiate ou une relation d'affaires avec l'Assuré.

« Membre de la famille immédiate » signifie toute personne d'au moins dix-huit (18) ans, qu'il s'agisse du fils, de la fille, du père, de la mère, du frère, de la sœur, du beau-fils, de la belle-fille, du beau-père, de la belle-mère, du beau-frère, de la belle-sœur, de l'oncle, de la tante, du neveu, de la nièce, du petit-fils, de la petite-fille, du grand-père, de la grand-mère (peu importe que le lien soit biologique ou qu'il découle d'une adoption ou d'un remariage) ou du conjoint de l'Assuré.

« Personnel Infirmier » signifie un infirmier autorisé (inf. aut.) ou un infirmier dûment autorisé à exercer par un organisme gouvernemental ayant pouvoir de réglementation sur la délivrance des permis d'exercer. L'infirmier n'est ni l'assuré ni un membre de sa famille immédiate.

« Police » signifie la Police n° 1H165, tout avenant et tous documents joints.

« Soins et suivi normaux » signifie les observations et les soins nécessaires, selon les normes actuelles et reconnues de la médecine.

« Tarif » signifie le tarif régulier facturé pour :

- 1) un siège en classe économique sur un vol régulier d'un transporteur aérien régulier national ou international;
- 2) un siège en voiture coach dans un train de passagers;
- 3) un siège régulier dans un autobus-voyageurs;
- 4) la traversée en classe économique sur un bateau.

Chacun de ces transporteurs doit détenir un certificat en cours de validité émis par Transport

Canada ou, s'il est assujéti à la réglementation d'un autre pays, par une autorité gouvernementale similaire ayant compétence dans ce pays.

« Transport » signifie le déplacement d'un endroit à l'autre au moyen d'un Véhicule automobile privé ou public, d'un autobus, d'un train, d'un bateau, d'un traversier, d'un avion ou d'un hélicoptère.

« Véhicule automobile » signifie une voiture de tourisme, une fourgonnette, un véhicule tout-terrain, un véhicule utilitaire sport (VUS), un camion, une ambulance ou tout type de véhicule automobile utilisé par les corps de police municipaux, provinciaux ou fédéraux.

### Admissibilité

Tous les bénévoles et les prestataires d'aide sociale des organismes dont les noms figurent aux dossiers du contractant et qui sont âgés de moins de quatre-vingt-quinze (95) ans sont admissibles à la présente assurance.

### Tableau des prestations

Seules sont prévues par cette police les indemnités indiquées ci-dessous:

Capital Assuré:	30 000 \$
Remboursement des Frais Médicaux suite à un accident:	20 000 \$
Frais dentaires suite à un accident:	5 000 \$
Indemnité en cas de fracture :	1 500 \$
Recours à un taxi en cas d'urgence	75 \$
Indemnité de réadaptation professionnelle	15 000 \$
Frais de cours individuels	2 000 \$
Montant global d'indemnisation	2 500 000 \$
Date d'effet	_____
Date d'expiration	_____

### Description des risques

Sont incluses dans la garantie du présent contrat les blessures subies par la personne assurée pendant qu'elle s'adonne aux fonctions normales et régulières de son occupation comme bénévole ou pendant qu'elle s'adonne aux fonctions normales et régulières de son occupation comme prestataire d'aide sociale en vertu des programmes gouvernementaux de développement d'emploi.

On entend par «son occupation» tous et chacun des emplois ou occupations désignés par l'organisme et accomplis par la personne assurée à la date de l'accident.

## Prestations en cas de perte accidentelle

Si l'une des pertes ci-dessous est consécutive à un accident corporel s'étant produit il y a moins de trois cent soixante-cinq (365) jours, l'assureur s'engage à verser des prestations comme suit:

### Perte

La vie (décès) .....Le capital assuré  
La vue complète  
des deux yeux.....Le capital assuré  
La parole et l'ouïe  
des deux oreilles.....Le capital assuré  
Une main et la vue  
complète d'un oeil .....Le capital assuré  
Un pied et la vue  
complète d'un oeil .....Le capital assuré  
La vue complète  
d'un oeil..... Les trois quarts du capital assuré  
La parole..... Les trois quarts du capital assuré  
L'ouïe des  
deux oreilles..... Les trois quarts du capital assuré  
L'ouïe d'une  
oreille ..... Les deux cinquièmes du capital assuré

Tous les orteils  
d'un pied ..... Le tiers du capital assuré

### Perte ou perte de l'usage

Les deux mains.....Le capital assuré  
Les deux pieds.....Le capital assuré  
Une main et un pied.....Le capital assuré  
Un bras ..... Les quatre cinquièmes du capital assuré  
Une jambe .. Les quatre cinquièmes du capital assuré  
Une main ..... Les trois quarts du capital assuré  
Un pied ..... Les trois quarts du capital assuré  
Le pouce et l'index ou au  
moins quatre doigts d'une  
main ..... Les deux cinquièmes du capital assuré

### Paralysie

Quatre membres  
(quadriplégie).....Le double du capital assuré  
Deux membres inférieurs  
(paraplégie).....Le double du capital assuré  
Une moitié du corps  
(hémiplégie) .....Le double du capital assuré

Par «perte de la vie», on entend le décès de l'assuré.

Par «perte», comme il est employé ci-dessus, on entend dans le cas d'une main ou d'un pied, le sectionnement total à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus, mais en dessous de l'articulation du coude ou du genou; dans le cas d'un bras ou d'une jambe, le sectionnement total à l'articulation du coude ou du genou ou au-dessus;

dans le cas d'un pouce, le sectionnement total d'une phalange; dans le cas d'un doigt, le sectionnement total de deux phalanges; dans le cas d'un orteil, le sectionnement total d'une phalange du gros orteil et de toutes les phalanges des autres orteils; dans le cas d'un oeil, la perte totale et irrémédiable de la vue.

Par «perte», comme il est employé ci-dessus, on entend dans le cas de la parole, la perte totale et irrémédiable de la capacité d'émettre des sons intelligibles et, dans le cas de l'ouïe, la perte totale et irrémédiable de l'ouïe.

Par «paralysie», on entend l'abolition d'origine neurologique de la motricité d'un ou de plusieurs muscles.

Par «quadriplégie», on entend la paralysie permanente et la perte d'usage fonctionnelle des quatre membres.

Par «paraplégie», on entend la paralysie permanente et la perte d'usage fonctionnelle des deux membres inférieurs.

Par «hémiplégie», on entend la paralysie permanente et la perte d'usage fonctionnelle d'une moitié du corps.

Par «perte», comme il est employé ci-dessus, on entend dans le cas de l'usage, la perte totale et irrémédiable de l'usage. Elle doit cependant se poursuivre pendant douze (12) mois consécutifs, au terme desquels elle est déclarée permanente.

Si, par suite d'un seul accident, l'assuré reçoit des blessures multiples à un membre, les prestations prévues par la présente disposition ne sont versées que pour une seule perte, la plus importante.

La prestation payable à l'égard de toutes les pertes subies par le même assuré à la suite d'un seul et même accident se limite comme suit:

- a) Le capital assuré, sauf en cas de quadriplégie, de paraplégie ou d'hémiplégie;
- b) Le double du capital assuré en cas de quadriplégie, de paraplégie ou d'hémiplégie; le doublement ne s'applique pas si l'assuré vient à décéder dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant l'accident.

Le montant global d'indemnisation payable à l'égard d'un même accident ne peut dépasser le double du capital assuré.

### **Indemnité de rapatriement**

Si, par suite de la Perte de la vie de l'Assuré découlant d'une Blessure subie à plus de cinquante kilomètres (50 km) de sa résidence habituelle, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle », l'Assureur remboursera les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés pour le transport, y compris la préparation en vue du transport, du corps de l'Assuré jusqu'à l'endroit de repos choisi (notamment un salon funéraire ou un lieu d'inhumation) à proximité de la résidence habituelle de l'Assuré décédé, jusqu'à concurrence d'une somme globale de vingt-cinq mille dollars (25 000 \$) à l'égard de la totalité des frais payés en vertu de la présente disposition par suite d'un (1) seul Accident.

Les prestations prévues par la présente disposition seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu de la présente disposition est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'Assureur au nom du Contractant.

### **Indemnité d'études**

Si, par suite de la Perte de la vie d'un Personne assuré découlant d'une Blessure, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle », l'Assureur paiera les frais de scolarité raisonnables et nécessaires de chacun des Enfants à charge qui, à la date du décès de l'Assuré ou dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent, sont inscrits ou s'inscrivent à plein temps dans un Établissement d'enseignement post-secondaire, jusqu'à concurrence du moins élevé des montants suivants :

- a) cinq pour cent (5 %) du Capital assuré de l'Assuré décédé; ou
- b) cinq mille dollars (5 000 \$),

par Enfant à charge pour chaque année (pendant un maximum de cinq (5) années consécutives) où l'Enfant à charge y est effectivement inscrit à plein temps.

La somme maximale payable en vertu de cette disposition ne peut dépasser un plafond annuel de cinq mille dollars (5 000 \$) par Enfant à charge.

Le versement des prestations s'effectue chaque année dès réception par l'Assureur d'une preuve qu'il juge satisfaisante de l'inscription à plein temps de l'Enfant à charge dans un Établissement

d'enseignement post-secondaire. Aucun montant ne sera versé à l'égard de frais engagés avant la Perte de la vie de l'Assuré ni pour les frais de pension, les livres et les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Les prestations prévues par la présente disposition seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu de la présente disposition est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'Assureur au nom du Contractant.

### **Indemnité de garde d'enfants**

Si, par suite de la Perte de la vie d'un Personne assuré découlant d'une Blessure, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle », l'Assureur s'engage à rembourser les frais de garde raisonnables et nécessaires effectivement engagés relativement aux services de garderie pour les Enfants à charge ayant moins de treize (13) ans à la date du décès de l'Assuré et qui, à la date du décès de l'Assuré ou dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent, sont inscrits ou s'inscrivent dans une Garderie, jusqu'à concurrence du moins élevé des montants suivants :

- a) cinq pour cent (5 %) du Capital assuré de l'Assuré décédé; ou
- b) cinq mille dollars (5 000 \$),

par Enfant à charge pour chaque année (pendant un maximum de cinq (5) années consécutives) où l'Enfant à charge y est effectivement inscrit.

La somme maximale payable en vertu de cette disposition ne peut dépasser un plafond annuel de cinq mille dollars (5 000 \$) par Enfant à charge.

Le versement des prestations s'effectue chaque année dès réception par l'Assureur d'une preuve qu'il juge satisfaisante de l'inscription dans une Garderie, mais aucun montant ne sera versé à l'égard de frais engagés avant la Perte de la vie de l'Assuré ni pour les frais de pension et les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Les prestations prévues par cette disposition seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu de la présente disposition est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de

toute autre police établie par l'Assureur au nom du Contractant.

« Garderie » signifie un établissement qui, tout en étant exploité en vertu de la législation en vigueur, notamment sur les garderies, offre, sur une base régulière, des soins et de la supervision à un groupe d'enfants. Sont exclus de la présente définition tout hôpital, le domicile de l'enfant ou l'école si les seuls services fournis à l'école le sont pendant les heures normales de classe de l'Enfant à charge (jusqu'à la fin du secondaire).

Si aucun Enfant en charge ne remplit ces conditions ou celles de la disposition « Indemnité d'études », l'Assureur versera au bénéficiaire de la Personne assurée une somme correspondant au moins élevé des montants suivants :

- a) cinq pour cent (5 %) du Capital assuré de l'Assuré décédé; ou
- b) deux mille cinq cents dollars (2 500 \$),

en vertu d'une (1) seule police de l'Assureur.

#### **Indemnité de réadaptation professionnelle**

Si, par suite d'une Perte accidentelle subie par un Personne assuré découlant d'une Blessure, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle » et que la Personne assurée doit en raison de cette Blessure s'inscrire à un programme de réadaptation professionnelle qui lui permet d'acquérir les compétences propres à l'occupation d'un emploi qu'il n'aurait pas occupé sans cette Blessure, l'Assureur s'engage à rembourser les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés pour ce programme par la Personne assurée au cours des trois (3) années suivant la perte. L'indemnité ne couvre ni les frais de pension ni les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Le montant global versé par l'Assureur pour l'ensemble des frais engagés par la Personne assurée en vertu de la présente disposition se limite à quinze mille dollars (15 000 \$) par suite d'un (1) seul Accident.

Le montant payable en vertu de la présente disposition est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'Assureur au nom du Contractant.

#### **Indemnité de modification du lieu de travail et d'adaptation**

Si, par suite d'une Perte accidentelle subie par un Personne assuré découlant d'une Blessure, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle » et que cet Assuré, pour pouvoir raisonnablement reprendre le travail actif auprès du Contractant, doit voir son lieu de travail faire l'objet de modifications et/ou être muni d'un équipement adapté, l'Assureur remboursera les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés par le Contractant, sous réserve de ce qui suit :

- 1) Le Contractant convient par écrit de mettre à la disposition de l'Assuré l'équipement adapté et/ou de modifier le lieu de travail pour le rendre accessible et répondre ainsi à ses nouveaux besoins; et
- 2) Le Contractant reconnaît par écrit que l'exercice des tâches essentielles de l'emploi de l'Assuré sera compromis si les modifications ou l'adaptation ne sont pas effectuées; et
- 3) L'acquisition du matériel adapté et/ou la modification du lieu de travail doivent recevoir l'approbation préalable écrite de l'Assureur.

L'Assureur a le droit de faire examiner la Personne assurée par un professionnel de son choix et d'évaluer ainsi la pertinence des modifications ou de l'équipement proposés.

Les prestations prévues par la présente disposition seront versées au Contractant dès le retour au travail actif de l'Assuré auprès du Contractant et dès que l'Assureur reçoit par écrit l'attestation des frais engagés. Si aucuns frais ne sont engagés pour offrir l'équipement adapté ou modifier le lieu de travail, aucune indemnité n'est versée.

Le montant global versé par l'Assureur pour l'ensemble des frais engagés par le Contractant en vertu de la présente disposition se limite à cinq mille dollars (5 000 \$) pour un (1) seul Accident.

Le montant payable en vertu de la présente disposition est coordonné à toute autre indemnité de même nature versée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'Assureur au nom du Contractant.

#### **Indemnité de formation professionnelle**

Si, par suite de la Perte de la vie d'un Personne assuré découlant d'une Blessure, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle », l'Assureur remboursera les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés par le Conjoint,

dans les trois (3) années qui suivent cette perte, pour participer à un programme officiel de formation professionnelle qui lui permet d'acquérir les compétences propres à l'occupation d'un emploi qu'il n'aurait pas été apte à exercer autrement. L'indemnité ne couvre ni les frais de pension ni les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Le montant global versé par l'Assureur pour l'ensemble des frais engagés par le Conjoint en vertu de la présente disposition se limite à quinze mille dollars (15 000 \$).

Les prestations prévues par la présente disposition seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu de la présente disposition est coordonné à toute autre indemnité de même nature versée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'Assureur au nom du Contractant.

#### **Indemnité de déplacement pour raisons familiales**

Si, par suite d'une Perte accidentelle découlant d'une Blessure, des prestations sont payables à l'Assuré en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle » et que l'Assuré reçoit les soins normaux d'un Médecin, l'Assureur remboursera les frais raisonnables et nécessaires de Transport aller-retour effectivement engagés par un (1) seul Membre de la famille immédiate ou représentant de la famille pour se rendre de sa résidence habituelle au chevet de l'Assuré par le trajet le plus court et l'Hébergement à proximité, si l'Assuré ne voyageait pas accompagné d'un Membre de sa famille immédiate. L'indemnité ne couvre pas les frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Aucune prestation ne sera versée en vertu de la présente disposition si l'Assuré séjourne dans un Hôpital situé à cinquante kilomètres (50 km) ou moins de sa résidence habituelle.

Le remboursement des frais de Transport se limite à un seul voyage aller-retour au chevet de l'Assuré pendant son séjour à l'Hôpital. Plusieurs moyens de Transport peuvent être utilisés au besoin, mais

le remboursement se limite au ou aux Tarifs raisonnables exigés pour un seul aller-retour. Si on se déplace dans un Véhicule automobile autre qu'un véhicule exploité sous permis pour véhiculer des passagers, le remboursement des frais de Transport se limite alors à trente-cinq cents (0,35 \$) le kilomètre.

La somme maximale payable en vertu de la présente disposition ne peut dépasser un plafond de quinze mille dollars (15 000 \$) par suite d'un (1) seul Accident.

Les prestations prévues par la présente disposition seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu de la présente disposition est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'Assureur au nom du Contractant.

#### **Indemnité d'identification de la dépouille**

Si, par suite de la Perte de la vie de l'Assuré découlant d'une Blessure, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle » et que les forces policières ou un autre organisme gouvernemental de même nature exigent l'identification de la dépouille, l'Assureur remboursera les frais raisonnables et nécessaires de Transport aller-retour effectivement engagés par un (1) seul Membre de la famille immédiate ou représentant de la famille pour se rendre de sa résidence habituelle à l'endroit où se trouve la dépouille par le trajet le plus court et l'Hébergement à proximité, si, au moment du décès, l'Assuré ne voyageait pas accompagné d'un Membre de sa famille immédiate. Aucun montant ne sera versé à l'égard des autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Aucune prestation ne sera versée en vertu de la présente disposition si la dépouille de l'Assuré se trouve à cinquante kilomètres (50 km) ou moins de sa résidence habituelle.

Le remboursement des frais de Transport se limite à un seul voyage aller-retour pour identifier la dépouille de l'Assuré. Plusieurs moyens de Transport peuvent être utilisés au besoin, mais le remboursement se limite au ou aux Tarifs raisonnables exigés pour un seul aller-retour. Si on se déplace dans un Véhicule automobile autre qu'un véhicule exploité sous permis pour véhiculer des passagers, le remboursement des frais de Transport se limite alors à trente-cinq cents (0,35 \$) le kilomètre.

La somme maximale payable en vertu de la présente disposition ne peut dépasser un plafond de vingt-cinq mille dollars (25 000 \$) par suite d'un (1) seul Accident.

Les prestations prévues par la présente disposition seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu de la présente disposition est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'Assureur au nom du Contractant.

### **Indemnité de port de la Ceinture de sécurité**

Si, par suite d'une Perte accidentelle subie par l'Assuré et découlant d'une Blessure alors qu'il se trouve à bord d'un Véhicule automobile, à titre de conducteur ou de passager et que sa Ceinture de sécurité est bien attachée au moment de l'Accident, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle », l'Assureur versera une somme supplémentaire correspondant à dix pour cent (10 %) du montant payable en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle », sous réserve toutefois d'un maximum de cinquante mille dollars (50 000 \$).

Au moment de l'Accident, le conducteur du Véhicule automobile doit avoir un permis en règle lui permettant de conduire le type de véhicule en cause, et ne pas être Sous l'influence de l'alcool ou de drogues.

Une preuve du port de la Ceinture de sécurité que l'Assureur juge satisfaisante doit être présentée avec la preuve écrite de la perte.

« Sous l'influence de l'alcool ou de drogues » signifie que le taux d'alcool dans le sang du conducteur est tel, et/ou que ses facultés sont affaiblies en raison de la consommation d'alcool, de stupéfiants ou d'autres drogues de telle façon, que celui-ci serait passible d'une poursuite en vertu des lois provinciales, fédérales ou étatiques même s'il n'a pas fait l'objet d'une telle poursuite.

« Ceinture de sécurité » signifie toute ceinture constituant un dispositif de retenue dans un Véhicule automobile.

Aux fins de cette définition, le terme Ceinture de sécurité englobe un dispositif de retenue pour enfant utilisé dans un Véhicule automobile ainsi que tout dispositif d'attache qui fait partie d'une civière et dont on se sert pour véhiculer des malades et des blessés en ambulance.

### **Indemnité d'aménagement de la résidence et/ou d'un véhicule**

Si, par suite d'une des Pertes accidentelles suivantes subies par l'Assuré et découlant d'une Blessure :

- 1) Perte des deux pieds ou des deux jambes; ou

- 2) Perte de l'usage des deux pieds ou des deux jambes; ou
- 3) Quadriplégie, Paraplégie ou Hémiplegie,

des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle » et que l'Assuré ne peut se déplacer qu'en fauteuil roulant en raison de cette perte, l'Assureur s'engage à rembourser les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés par l'Assuré dans les trois (3) années qui suivent la Perte pour les travaux d'aménagement de la résidence et/ou d'un véhicule comme il est prévu dans la présente disposition.

Pour donner droit aux prestations en vertu de la présente disposition, l'aménagement doit permettre à l'Assuré d'avoir accès à sa résidence ou à son véhicule en fauteuil roulant et doit être approuvé, si la loi l'exige, par les autorités chargées de la délivrance des permis.

La somme maximale payable en vertu de la présente disposition par l'Assureur se limite à quinze mille dollars (15 000 \$) pour un (1) seul Accident.

Le montant payable en vertu de la présente disposition est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'Assureur au nom du Contractant.

### **Indemnité de deuil**

Si, par suite de la Perte de la vie de l'Assuré par suite d'une Blessure, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle », l'Assureur remboursera les frais raisonnables et nécessaires associés aux services d'assistance aux personnes en deuil effectivement engagés dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent la date de l'Accident ayant entraîné la perte et offerts par un Conseiller professionnel au Conjoint et aux Enfants à charge.

L'Assureur remboursera ces frais jusqu'à concurrence de six (6) séances, sous réserve d'un remboursement maximal de deux mille cinq cents dollars (2 500 \$) relativement au décès de l'Assuré. Cette indemnité ne sera versée que si les services d'assistance sont offerts par une personne qui facture habituellement pour de tels services.

Les prestations payables en vertu de la présente disposition seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Les prestations prévues par la présente disposition seront versées en plus des prestations qui peuvent



être prévues aux termes d'autres régimes d'assurance ou d'indemnisation uniquement à l'égard du montant non couvert après que tous les autres régimes d'assurance ou d'indemnisation ou autres formes de remboursement auront été épuisés, à la condition toutefois que ce montant ne soit pas supérieur aux frais raisonnables et nécessaires.

### **Indemnité de frais funéraires**

Si, par suite de Perte de la vie de l'Assuré découlant d'une Blessure, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle », l'Assureur remboursera les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés au moment du décès de l'Assuré pour les services et/ou le matériel offerts par un entrepreneur de pompes funèbres, un embaumeur, un crématorium ou une maison funéraire relativement à l'enterrement ou à la crémation de l'Assuré décédé, de même que les frais d'achat d'un lot ou d'un mausolée pour l'inhumation du cercueil contenant les restes ou de l'urne contenant les cendres de l'Assuré décédé, y compris les pierres tombales ou monuments funéraires. La somme globale payable en vertu de la présente disposition ne peut dépasser un plafond de cinq mille dollars (5 000 \$), déduction faite, par l'Assureur, des frais engagés pour la préparation de la dépouille en vue de son transport payés ou payables en vertu de la disposition « Indemnité de rapatriement ».

Les prestations payables en vertu de la présente disposition seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu de la présente disposition est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'Assureur au nom du Contractant.

### **Indemnité pour psychothérapie**

Si, par suite d'une Perte accidentelle subie par l'Assuré et découlant d'une Blessure, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle » et que l'Assuré doit suivre une psychothérapie par suite de la Blessure, l'Assureur versera des prestations équivalentes aux frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés pour cette psychothérapie, offerte par un Conseiller professionnel, dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'Accident en cause. L'Assureur s'engage à rembourser jusqu'à concurrence de douze (12) séances, sous réserve d'un remboursement maximal global de cinq mille dollars (5 000 \$) pour un (1) seul Accident. Cette indemnité ne sera

versée que si les services de psychothérapie sont offerts par une personne qui facture habituellement pour de tels services.

Les prestations prévues par la présente disposition seront versées à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Les prestations prévues par la présente disposition seront versées en plus des prestations qui peuvent être prévues aux termes d'autres régimes d'assurance ou d'indemnisation uniquement à l'égard du montant non couvert après que tous les autres régimes d'assurance ou d'indemnisation ou autres formes de remboursement auront été épuisés, à la condition toutefois que ce montant ne soit pas supérieur aux frais raisonnables et nécessaires.

### **Indemnité d'agression**

Si, par suite d'une Perte accidentelle subie par l'Assuré et découlant d'une Blessure, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle », l'Assureur versera des prestations additionnelles correspondant à dix pour cent (10 %) des prestations applicables payables en vertu de cette disposition, sous réserve d'un maximum de vingt-cinq mille dollars (25 000 \$), si la Blessure résulte d'une Agression sur des lieux dont le Contractant est propriétaire ou locataire ou si l'Agression a eu lieu alors que l'Assuré était en Voyage d'affaires.

« Agression » signifie un acte criminel ou une tentative d'acte criminel, un méfait ou une tentative de méfait, une infraction punissable par voie de déclaration sommaire de culpabilité ou une tentative d'infraction punissable par voie de déclaration sommaire de culpabilité, une émeute ou une tentative d'émeute, y compris un vol, vol qualifié, attentat à la bombe, enlèvement, détournement d'avion, larcin, embuscade et meurtre ou toute tentative de commettre l'un de ces actes. La question de savoir si un acte constitue ou non une Agression sera déterminée par les lois du territoire où la Blessure survient.

« Voyage d'affaires » signifie tout voyage entrepris dans le cours normal de l'emploi de l'Assuré auprès du Contractant, à l'exclusion du trajet pour se rendre à son lieu de travail et en revenir.

Aucune indemnité ne sera versée en vertu de la présente disposition si l'agression a été commise par un autre Personne assuré du Contractant ou par un Membre de la famille immédiate de l'Assuré ou par une personne habitant avec lui.

### **Indemnité de détournement de voiture**

Si, par suite d'une Perte accidentelle subie par l'Assuré et découlant d'une Blessure, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle », l'Assureur s'engage à verser des prestations additionnelles correspondant à dix pour cent (10 %) des prestations applicables payables en vertu de cette disposition, sous réserve d'un maximum de dix mille dollars (10 000 \$), si la Blessure survient au cours d'un détournement de voiture dans laquelle l'Assuré entraînait ou sortait ou prenait place comme conducteur ou passager. Le détournement de voiture doit être attesté par un rapport de police dans les vingt-quatre (24) heures suivant l'incident ou dès que raisonnablement possible ou encore être confirmé par écrit par l'enquêteur dans les vingt-quatre (24) heures suivant le détournement de voiture ou dès que raisonnablement possible, et l'Assureur doit recevoir copie du rapport de police ou de l'attestation afin que des prestations soient versées en vertu de la présente disposition.

### **Indemnité de transport public**

Si, par suite d'une Perte de la vie subie par l'Assuré et découlant d'une Blessure, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle », l'Assureur versera des prestations additionnelles correspondant à la totalité (100 %) des prestations payables si, au moment de l'Accident, l'Assuré était passager à bord d'un véhicule public régulier exploité par un transporteur terrestre, aérien ou maritime titulaire d'un permis de transport de passagers payants, y compris le train, l'autobus, le métro, le tramway, le bateau ou l'avion commercial.

### **Indemnité de Coma**

Si un Médecin déclare que l'Assuré est dans le Coma par suite d'une Blessure, l'Assureur versera des prestations correspondant au Capital assuré, déduction faite de toute autre montant payé ou payable en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle » par suite de l'Accident en question, à la condition toutefois que :

- 1) l'Assuré tombe dans le Coma dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'Accident; et
- 2) l'Assuré soit dans le Coma pendant au moins six (6) mois consécutifs.

« Coma » signifie un état d'inconscience totale duquel la personne ne peut pas être sortie. Une personne dans le coma ne répond pas aux stimulus externes et a besoin de façon continue de

systèmes de maintien artificiel des fonctions vitales.

### **Remboursement des frais médicaux par suite d'un accident**

Si, suite à une blessure, l'assuré doit recevoir des soins médicaux appropriés au plus tard trente (30) jours après l'accident et supporte n'importe lequel des frais admissibles (services, médicaments ou appareils) décrits ci-après, l'assureur s'engage à rembourser les frais réels, raisonnables et ordinaires comme suit:

- 1) Les frais d'hospitalisation correspondant à la différence entre le coût en salle commune, en vertu du régime provincial d'hospitalisation de l'assuré, et les frais exigés pour une chambre à deux lits (une chambre à un lit si le médecin le recommande);
- 2) Sur la recommandation d'un médecin, les honoraires d'un membre du personnel infirmier, sous réserve que normalement il n'habite pas chez l'assuré;
- 3) Les frais de médicaments, de sérums et de vaccins faisant l'objet d'une ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste dûment qualifié et préparés par un médecin ou un pharmacien autorisé;
- 4) Sur la recommandation d'un médecin, les honoraires d'un physiothérapeute autorisé ou d'un thérapeute en sport agréé, sous réserve que normalement il n'habite pas chez l'assuré ni ne soit membre de sa famille immédiate; le remboursement est limité à trente-cinq dollars (35 \$) par traitement, à trois cent cinquante dollars (350 \$) par accident et à sept cents dollars (700 \$) par période d'assurance;
- 5) Les frais de transport d'un service autorisé d'ambulance ou, sur la recommandation d'un médecin, de tout autre véhicule ayant un permis de transport des passagers, y compris une ambulance aérienne; l'assuré peut être transporté à l'hôpital le plus proche qui dispose des installations permettant d'effectuer le traitement, ou en revenir;
- 6) Les frais de prothèses auditives, de béquilles, d'attelles, de plâtres, de bandages herniaires et d'appareils orthopédiques, mais non les frais d'appareils orthodontiques et de remplacement; le remboursement est limité à sept cent cinquante dollars (750 \$) par période d'assurance;
- 7) Les frais de location d'un fauteuil roulant, d'un poumon d'acier ou d'autres articles durables d'équipement nécessaires de façon provisoire

au traitement; les frais ne doivent pas dépasser le prix d'achat en vigueur au moment de la location;

- 8) Les honoraires d'un chiropraticien autorisé, sous réserve que normalement il n'habite pas chez l'assuré ni ne soit membre de sa famille immédiate; le remboursement est limité à trente-cinq dollars (35 \$) par traitement, à trois cent cinquante dollars (350 \$) par accident et à sept cents dollars (700 \$) par période d'assurance.

Le remboursement des sept (7) premiers frais ou honoraires est toutefois sous réserve que l'assuré reçoit les soins appropriés d'un médecin. De plus, il est nécessaire que tous les frais soient engagés au plus tard cinquante-deux (52) semaines après l'accident, sous réserve de la somme figurant à la rubrique «Remboursement des frais médicaux par suite d'un accident» du Tableau; cette somme correspond au remboursement maximal résultant d'un seul accident.

#### Soins dentaires par suite d'un accident

Si, par suite d'un coup porté à la bouche, des dents saines et entières, y compris les couronnes, sont endommagées et que, au plus tard trente (30) jours après l'accident, un dentiste ou un chirurgien dentiste dûment qualifiés recommande un traitement, le remplacement ou une radiographie, l'assureur s'engage à rembourser ce qui suit: les frais raisonnables et nécessaires effectivement supportés par l'assuré au cours des cinquante-deux (52) semaines suivant l'accident. Toutefois, le maximum ne peut dépasser la somme figurant à la rubrique «Soins dentaires par suite d'un accident» du Tableau; de plus, le dentiste ou le chirurgien dentiste n'habite normalement pas chez l'assuré ni n'est membre de sa famille immédiate.

Le remboursement des frais dentaires prévu par la présente police se conforme au plus récent Guide des tarifs des actes bucco-dentaires destiné au praticien généraliste et publié par l'Association des chirurgiens dentistes de la province ou du territoire de résidence de l'assuré.

#### Indemnité en cas de fracture, dislocation, sectionnement du tendon ou autres lésions

Si l'assuré, suite à une blessure, subit l'une des lésions figurant au Barème ci-après au plus tard trois cent soixante-cinq (365) jours après l'accident, l'assureur s'engage à payer une seule indemnité par accident, soit la plus généreuse, sous réserve toutefois du maximum stipulé à la rubrique «Frais

engagés en cas de fracture» du Tableau et selon le pourcentage stipulé ci-après.

#### Fracture complète (y compris la fracture en bois vert)

Crâne (enfoncement localisé) .....	100 %
Crâne (sans enfoncement localisé).....	33 %
Colonne vertébrale (une ou plusieurs vertèbres).....	50 %
Mâchoire (mandibule ou maxillaire) .....	33 %
Fémur.....	33 %
Bassin .....	33 %
Rotule.....	27 %
Jambe (tibia ou péroné).....	25 %
Omoplate .....	25 %
Cheville (tarses).....	25 %
Poignet (carpes) .....	25 %
Avant-bras (fracture ouverte ou comminutive).....	23 %
Avant-bras (fracture non ouverte) .....	12 %
Sacrum ou coccyx .....	17 %
Sternum .....	17 %
Bras (entre le coude et l'épaule).....	17 %
Clavicule .....	12 %
Nez.....	12 %
Au moins deux côtes .....	10 %
Main (un ou plusieurs métacarpiens) .....	8 %
Pied (un ou plusieurs métatarses) .....	8 %
Os du visage .....	8 %
Une côte.....	5 %
Tout autre os.....	3 %

#### Dislocation complète

Hanche.....	42 %
Genou (soins de première ligne à ciel ouvert).....	33 %
Épaule (réduction de fracture par un traitement chirurgical) .....	25 %
Poignet.....	17 %
Cheville .....	17 %
Coude .....	12 %
Os du pied (sauf les orteils).....	8 %
Sectionnement du ou des tendons	
Talon (tendon d'Achille).....	22 %
Cheville .....	20 %
Genou .....	18 %
Pied (sauf les orteils) .....	17 %
Coude .....	17 %
Poignet.....	12 %
Main (y compris les doigts).....	12 %

#### Autres lésions

Rupture du rein (opération) .....	27 %
Rupture du foie (opération).....	27 %
Rupture de la rate (opération) .....	27 %
Ponction pulmonaire et intervention à ciel ouvert.....	23 %
Brûlures exigeant une ou plusieurs greffes cutanées .....	22 %

Blessure au genou exigeant une intervention chirurgicale (en l'absence de fracture ou de dislocation).....22 %  
Amputation de la fraction de l'os atteint (en l'absence de fracture ou de dislocation) .....20 %

### Recours à un taxi en cas d'urgence

Si, en raison d'une blessure, l'assuré emprunte un taxi pour se rendre d'urgence au cabinet du médecin ou à l'hôpital le plus proche, l'assureur s'engage à rembourser les frais réels et raisonnables de déplacement, sous réserve du maximum stipulé par accident à la rubrique «Recours à un taxi en cas d'urgence» du Tableau. Il est toutefois nécessaire que le véhicule ait un permis de transport des passagers.

### Frais de cours individuels

Si, au plus tard trente (30) jours après l'accident, l'assuré est hospitalisé ou doit garder le lit, pendant au moins quarante (40) jours de classe consécutifs, l'assureur s'engage à rembourser les frais supportés au cours des douze (12) mois suivant l'accident, pour embaucher un professeur qualifié, titulaire d'un permis en règle délivré par le ministère de l'Éducation et l'autorisant à enseigner au niveau de l'assuré, sous réserve toutefois que normalement il n'habite pas chez l'assuré ni ne soit membre de sa famille immédiate. Le taux maximal est de vingt dollars (20 \$) l'heure, sous réserve du montant stipulé par accident à la rubrique «Frais de cours individuels» du Tableau.

### Remboursement des lunettes ou des verres de contact

Si, par suite d'une blessure, un médecin ou un ophtalmologiste doit traiter l'assuré au plus tard trente (30) jours après l'accident et qu'il lui recommande de porter des lunettes ou des verres de contact – l'assuré n'a jamais dû en porter –, l'assureur s'engage à rembourser ce qui suit: les frais d'achat raisonnables et habituels effectivement supportés jusqu'à concurrence de cinquante-deux (52) semaines après l'accident de cent dollars (100,00 \$) par accident.

### Assurance aviation

L'assurance offerte par la Police couvre toute perte découlant d'une Blessure subie par l'Assuré dans les circonstances décrites ci-après et en raison de celles-ci :

- a) **Tout voyage à titre de passager, et non en** qualité de membre de l'équipage, notamment

le pilote, à bord d'un aéronef dont le certificat de navigabilité est en règle et qui est piloté par une personne possédant un brevet de pilote en règle correspondant au type d'aéronef.

- b) Tout voyage à titre de passager, et non en qualité de membre de l'équipage, notamment le pilote, à bord d'un aéronef exploité par les Forces armées canadiennes ou par les forces armées d'une autorité gouvernementale dûment constituée de tout autre pays reconnu.
- c) L'embarquement dans un aéronef, la descente d'un aéronef ou le heurt par un aéronef.

La Police ne couvre pas les Blessures subies à l'occasion d'un voyage à bord d'un aéronef appartenant au Contractant ou encore exploité, loué ou nolisé par lui ou en son nom.

### Couverture pour exposition aux éléments et disparition

Si l'Assuré est inévitablement exposé aux éléments et que, en conséquence directe, il subit une Perte accidentelle qui aurait donné droit à des prestations en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle » si cela avait été causé par un Accident, l'Assureur paiera le montant prévu dans cette disposition pour cette perte.

Si l'Assuré n'est pas retrouvé dans l'année qui suit la disparition, le naufrage ou la destruction du véhicule à bord duquel il se trouvait à ce moment-là et dans des circonstances qui seraient normalement couvertes en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle », on présumera la Perte de la vie de l'Assuré par suite d'une Blessure au moment de la disparition, du naufrage ou de la destruction.

### Plafond global d'indemnisation

2 500 000 \$ est la limite d'indemnité pour laquelle l'assureur est responsable aux termes de cette police pour toutes les pertes survenant à la suite d'un accident. Si ce plafond ne suffit pas à couvrir le plein montant de la prestation payable à chaque personne assurée par suite d'un seul accident, le montant payable dans ce cas-là à chaque personne assurée est calculé conformément au rapport existant entre le plafond d'indemnisation pour un même accident et le montant total d'assurance qui aurait été payable sans ce plafond.

## Bénéficiaire

L'indemnité payable en cas de perte de la vie d'une personne assurée est payable à la succession de la personne assurée.

Toutes les autres prestations, à l'exception de ce qui suit, sont remises à l'assuré:

- Indemnité de rapatriement
- Indemnité de prestations d'études
- Indemnité de garde des enfants
- Indemnité de modification du lieu de travail et d'adaptation
- Indemnité de formation professionnelle
- Indemnité de déplacement pour raisons familiales
- Indemnité d'identification de la dépouille
- Indemnité d'aménagement de la résidence et/ou d'un véhicule
- Indemnité de deuil
- Indemnité de frais funéraires
- Indemnité de frais de psychothérapie

## Résiliation de l'assurance d'une personne admissible

L'assurance cesse dès que survient l'une des éventualités suivantes:

- 1) La résiliation de la police.
- 2) L'échéance de la prime si le contractant n'acquiesce pas la prime exigible.
- 3) Le quatre-vingt-quinzième (95<sup>e</sup>) anniversaire de l'assuré.
- 4) la cessation de l'assuré d'être associée au contractant en qualité de personne admissible à l'assurance en vertu des présentes

## Exclusions

A. La présente police ne couvre aucune perte, mortelle ou non, causée principalement ou accessoirement par ce qui suit:

- 1) les blessures volontaires, le suicide ou la tentative de suicide, que l'Assuré ait été sain d'esprit ou non.
- 2) la guerre, déclarée ou non, et que l'Assuré y ait participé réellement ou non;
- 3) un mouvement populaire, une émeute, une insurrection, un conflit armé auquel l'Assuré a participé.

4) le service de l'Assuré, à titre de combattant ou de non-combattant, dans les forces armées d'un pays.

5) Tout voyage, à titre de passager ou autre, à bord d'un véhicule ou d'un appareil de navigation aérienne, sauf ce qui est prévu à la disposition «Assurance aviation».

6) les soins médicaux ou les interventions chirurgicales à l'égard de l'Assuré, sauf s'ils sont consécutifs à un Accident.

7) un assuré qui n'est pas couvert par un régime d'assurance maladie ou hospitalisation fédéral ou provincial.

B. La présente police ne couvre pas les fournitures ou services que voici:

- 1) L'achat, la réparation ou le remplacement des lunettes ou des verres de contact, ou les prescriptions;
- 2) Les services d'un massothérapeute;
- 3) Les radiographies, la réparation ou le remplacement de prothèses dentaires, les obturations ou les couronnes, sauf ce qui est prévu à la disposition «Soins dentaires par suite d'un accident»;
- 4) Toute maladie ou affection, à l'origine de la perte ou en résultant;
- 5) Tout produit réservé aux essais n'ayant pas reçu l'approbation de la Direction des médicaments, Protection de la santé, Santé et Bien-être social Canada, les contraceptifs oraux et les spécialités pharmaceutiques;
- 6) Tout traitement expérimental;
- 7) Les soins médicaux prodigués par un membre du personnel infirmier, un physiothérapeute, un thérapeute en sport agréé ou un chiropraticien au service du contractant;
- 8) Les soins reçus par un assuré qui n'est pas couvert par un régime d'assurance maladie ou hospitalisation fédéral ou provincial.

La présente police se conforme aux conditions légales de tout régime d'assurance maladie ou hospitalisation fédéral ou provincial. Les prestations prévues par les dispositions «Remboursement des frais par suite d'un accident» et «Soins dentaires par suite d'un accident» sont déduites de toute

prestation payable en vertu de dispositions de même nature d'une autre police.

La présente police se conforme aux conditions légales de tout régime d'assurance maladie ou hospitalisation fédéral ou provincial. Les prestations prévues par les dispositions «Remboursement des frais par suite d'un accident» et «Soins dentaires par suite d'un accident» sont déduites de toute prestation payable en vertu de dispositions de même nature d'une autre police.

### **Changement d'assureur**

Aucune disposition de la présente police ne porte préjudice à une demande de règlement si le sinistre est couvert lors de sa survenance. Le décès imputable à une invalidité - couverte dès le début par la police - est aussi considéré comme un sinistre assuré.

Nonobstant le paragraphe précédent, l'assureur n'assume, suite à la résiliation du présent contrat, aucune responsabilité en cas de récurrence de l'invalidité, si elle se produit après un rétablissement complet de quatre-vingt-dix (90) jours ou plus.

Nonobstant toute stipulation contraire de la présente disposition, en cas de résiliation de la présente police par le contractant ou l'assureur, les modalités du deuxième (2<sup>e</sup>) alinéa cessent de jouer dès que le demandeur souscrit une assurance équivalente d'un autre assureur.

### **Dispositions relatives aux sinistres**

**Déclaration de sinistre.** La déclaration écrite de la blessure pouvant faire l'objet d'une demande de règlement doit être remise à l'assureur au plus tard trente (30) jours après l'accident à l'origine de la blessure. Est réputée être une déclaration remise à l'assureur toute déclaration remise par l'assuré ou le bénéficiaire, selon le cas, ou en leur nom, au siège social de l'assureur 2020, rue University, Bureau 1800, Montréal, H3A 2A5, à un de ses bureaux régionaux ou à un de ses mandataires, et accompagnée des renseignements permettant d'identifier l'assuré. La non présentation de la déclaration, dans le délai imparti, n'invalide pas la demande de règlement s'il est prouvé que le demandeur avait un motif valable. En aucun cas, la déclaration ne peut être présentée plus de un (1) an après l'accident.

**Formulaires de demande de règlement.** Dès réception de la déclaration de sinistre, l'assureur remet au demandeur les formulaires habituels de demande de règlement. Le demandeur, qui au bout de quinze (15) jours n'a pas reçu ces formulaires, est réputé s'être conformé aux exigences s'il soumet, dans le délai imparti, les preuves écrites du sinistre

exposant les circonstances, la nature et l'étendue de la perte qui fait l'objet de la demande de règlement.

**Preuve de sinistre.** La preuve écrite du sinistre doit être remise à l'assureur au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours après l'accident à l'origine du sinistre. La non présentation de la preuve, dans le délai imparti, n'invalide pas la demande de règlement s'il est prouvé que le demandeur avait un motif valable. En aucun cas, la preuve ne peut être présentée plus de un (1) an après l'accident.

**Examen physique et autopsie.** Tant que la demande de règlement est à l'étude, l'assureur se réserve le droit de faire subir à l'assuré un examen physique toutes les fois qu'il le juge opportun, sous réserve toutefois qu'il en acquitte les frais. Il peut aussi exiger une autopsie en cas de décès, lorsque la loi le permet.

**Versement des prestations.** Toutes les prestations payables en vertu du contrat sont réglées dès que l'assureur reçoit une preuve de sinistre qu'il juge suffisante et qui se conforme aux exigences contractuelles.

Toutes les sommes payables aux termes du contrat le sont dans la monnaie légale du Canada.

**Action contre l'assureur.** Pour qu'une action en demande de règlement au titre du présent contrat puisse être intentée par l'assuré, il faut respecter les deux délais ci-après: un délai minimal de soixante (60) jours calculé à partir de la remise à l'assureur d'une preuve de sinistre, remise qui se conforme aux exigences contractuelles, et un délai maximal de trois (3) ans [ un (1) an à l'extérieur du Québec].

**Conformité à la loi de la province.** Si le délai stipulé au contrat pour présenter une déclaration, une preuve de sinistre ou pour intenter une action contre l'assureur est inférieur à celui prévu par la loi de la province de résidence du demandeur au moment du sinistre, ce dernier prévaut.

### **Dispositions générales**

**Intégrité du contrat.** La police, les avenants et toute pièce annexe, le cas échéant, forment un contrat indivisible. Une déclaration du proposant ne peut entraîner la nullité de l'assurance ni la diminution des prestations, sauf si elle figure par écrit dans la proposition portant la signature du proposant. Aucun agent ne peut modifier le contrat ni supprimer une de ses dispositions. Toute modification n'est valide que si elle est approuvée par un dirigeant de l'assureur, sous réserve que l'approbation figure dans un avenant à la police ou une pièce annexe.

Toutes les réponses du proposant qui figurent dans la proposition sont réputées être des déclarations, non des conditions essentielles.

**Certificat d'assurance.** L'assureur doit approuver la description des garanties contractuelles qui est faite dans la notice et, en cas de divergence, peut exiger la modification du libellé. En l'absence de l'approbation de l'assureur ou au refus d'obtempérer à la demande de modification, le contractant s'engage à exonérer l'assureur de toute responsabilité découlant de la divergence et à le dédommager de toute réclamation. L'exonération porte également sur les pertes et les frais, notamment les frais juridiques, résultant d'une réclamation.

**Résiliation du contrat.** Le contractant peut résilier le présent contrat s'il envoie par la poste à l'assureur un préavis par écrit l'informant de la date de résiliation. L'assureur peut, lui aussi, résilier le contrat s'il envoie par la poste au contractant, à l'adresse qui y figure, un préavis par écrit d'au moins trente (30) jours précédant l'anniversaire contractuel et l'informant de la date de résiliation. L'envoi par la poste est une preuve suffisante de la délivrance du préavis susmentionné. La date stipulée dans le préavis est la date d'expiration de la période d'assurance. La délivrance en personne (par le contractant ou l'assureur) a le même effet que son envoi par la poste.

Sous réserve de stipulations contraires du Tableau d'assurance de la présente police, le calcul des primes acquises, en cas de résiliation de la police par le contractant, s'effectue selon la méthode de la table «courte durée»; si l'assureur résilie la police, le calcul s'effectue au prorata. L'ajustement de la prime a lieu lors de la résiliation, sinon dans les plus brefs délais. Le chèque de l'assureur ou de son représentant, envoyé par la poste ou délivré comme ci-dessus, constitue une preuve suffisante du remboursement de prime au contractant.

**Examen des archives.** En ce qui a trait aux archives du contractant se rapportant à l'assurance, l'assureur est autorisé à les examiner à toute époque au cours du présent contrat et, au besoin, dans les deux (2) ans suivant l'expiration de l'assurance ou encore jusqu'au règlement définitif des sinistres non réglés.

(01/13)