

Libellé de la police

Garanties d'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident, pour les frais paramédicaux engagés en raison d'un accident au pays et indemnité hebdomadaire en cas d'accident

Le présent libellé de police décrit en détail les garanties d'assurance en cas de **décès ou de mutilation par accident**, pour les frais paramédicaux engagés en raison d'un **accident** au pays et d'indemnités hebdomadaires en cas d'**accident** offertes par la Compagnie d'Assurance AIG du Canada (« la **compagnie** »). Le libellé de la police, ainsi que la proposition d'assurance et les **conditions particulières**, constituent l'intégralité de votre police. Veuillez lire ces documents attentivement.

Cette assurance est conçue pour couvrir certains frais médicaux résultant d'accidents imprévus. Les garanties offertes sont soumises à certaines limitations et exclusions, qui sont expliquées dans le présent libellé de la police.

Table des matières

Section 1 – Durée de la garantie	4
1.1 Date d'effet de la garantie	4
1.2 Fin de la garantie	4
1.3 Accord de renouvellement	4
1.4 Disposition relative au délai de grâce	4
Section 2 – Définitions de la police	4
Section 3 – Garanties et prestations	8
3.1 Assurance en cas de décès ou de mutilation par accident	8
3.2 Exposition aux éléments et disparition	8
Section 4 – Garanties complémentaires	9
4.1 Invalidité permanente et totale	9
4.2 Réadaptation	9
4.3 Adaptation du domicile et du véhicule	9
4.4 Thérapie psychologique	10
4.5 Hospitalisation	10
4.6 Transport familial	10
4.7 Rapatriement	11
4.8 Identification du corps	11
4.9 Ceintures de sécurité et coussins gonflables	11
4.10 Garderie	12
4.11 Études de l'Enfant à charge	12
4.12 Études du ou de la conjoint(e)	12

4.13 Frais funéraires	13
4.14 Deuil	13
4.15 Coma	13
4.16 Conditionnement physique des personnes handicapées	13
4.17 Brûlure	13
4.18 Fracture	14
4.19 Frais paramédicaux engagés en raison d'un accident au pays	15
4.20 Soins dentaires en cas d'accident	16
4.21 Prothèses	16
4.22 Lunettes et lentilles de contact	17
Section 5 – Indemnité hebdomadaire en cas d'accident	17
Définitions relatives à la garantie Indemnité hebdomadaire en cas d'accident	17
5.1 Indemnité hebdomadaire en cas d'accident – Invalidité totale	18
5.2 Indemnité hebdomadaire en cas d'accident – Invalidité partielle	18
Modalités s'appliquant à la garantie Indemnité hebdomadaire en cas d'accident	18
Exclusions relatives à la garantie Indemnité hebdomadaire en cas d'accident	19
Section 6 – Désignation du bénéficiaire	20
Section 7 – Exclusions et limitations	20
Limitations	20
Limitation de garanties multiples	20
Exclusions	20
Section 8 – Dispositions générales	22
La police	22
Modification de la police	22
Renonciation	22
Circonstances constitutives du risque	22
Droit de retourner la police	22
Avis	22
Obligations en cas de sinistre	Error! Bookmark not defined.
Défaut de fournir un avis de réclamation ou une preuve de perte en cas de sinistre	23
Droit d'examen	23
Sommes payables	23
Prescription	23
Paiement des réclamations	23

Section 9 – Dispositions supplémentaires	23
Monnaie	23
Cession	23
Sans participation aux bénéficiaires	24
Loi applicable	24
Conformité avec la loi applicable	24
Primauté de la législation sur l'indemnisation des travailleurs	24
Erreur d'écriture	24

Section 1 – Durée de la garantie

1.1 Date d'effet de la garantie

L'assurance prend effet à la **date d'effet**.

1.2 Fin de la garantie

L'assurance de la **personne assurée** prend fin immédiatement à la première des dates suivantes :

- a. la date d'expiration de la police indiquée aux **conditions particulières**;
- b. la date du décès de la **personne assurée**;
- c. le 65^e anniversaire de la **personne assurée**;
- d. la date d'échéance de la prime suivant la date à laquelle Goose Insurance Services Inc. reçoit une demande de résiliation écrite du titulaire de la police; ou
- e. la date à laquelle toute prime exigée n'est pas payée à son échéance, sous réserve de la disposition relative au délai de grâce.

1.3 Accord de renouvellement

La présente police peut être renouvelée pour d'autres périodes consécutives moyennant le paiement de la prime avant la date d'expiration de la police, au taux de prime de la **compagnie** en vigueur au moment du renouvellement, sous réserve du droit de la **compagnie** de refuser le renouvellement de la présente police. L'acceptation du paiement de la prime par la **compagnie** et l'émission de nouvelles **conditions particulières** constituent le consentement de la **compagnie** au renouvellement. À moins d'être renouvelée de la manière prévue aux présentes, la présente police prend fin à l'expiration de la période pour laquelle la prime a été payée. La présente police ne peut être renouvelée après le 65^e anniversaire de la **personne assurée**.

1.4 Disposition relative au délai de grâce

Un délai de grâce de 31 jours sera accordé pour le paiement de toute prime due après le paiement de la prime initiale. Pendant le délai de grâce, la police reste en vigueur. Cette police prendra fin le dernier jour du délai de grâce si la **personne assurée** ne paie pas toutes les primes dues avant le dernier jour du délai de grâce.

Aucun délai de grâce ne sera accordé si Goose Insurance Services Inc. reçoit une demande de résiliation écrite de la **personne assurée** avant la date d'échéance de la prime.

Section 2 – Définitions de la police

Dans la présente police, tous les termes en caractères gras (à l'exception des titres) ont le sens particulier défini ci-après :

« **Accident** » ou « **Accidentel** » désigne un événement unique, soudain, involontaire, inattendu, qui provient d'une source extérieure à la **personne assurée** et qui est indépendant de toute maladie ou affection ou de tout autre dysfonctionnement corporel, et de tout traitement médical ou chirurgical destiné à les soigner.

« **Activités du quotidien** » désigne les six activités suivantes :

1. **Maintien de la continence** : contrôle de l'urine et des selles, y compris le fait de pouvoir utiliser des fournitures pour stomie ou d'autres dispositifs tels que des cathéters;
2. **Transfert** : déplacement entre un lit et une chaise, ou entre un lit et un fauteuil roulant;
3. **S'habiller** : mettre et enlever tous les vêtements nécessaires;
4. **Toilette** : se rendre aux toilettes et en revenir, s'asseoir sur le siège de la toilette et se relever, et effectuer les soins d'hygiène personnelle associés;
5. **Manger** : effectuer toutes les tâches permettant l'absorption de nourriture dans le corps; et

6. **Bain** : se laver dans une baignoire ou une douche, y compris le fait de pouvoir entrer ou sortir de la baignoire ou de la douche.

« **Aéronef** » désigne un véhicule utilisé pour la navigation aérienne disposant d'un certificat de navigabilité valide et piloté par un pilote titulaire d'un permis valide pour conduire l'**aéronef**.

« **Aéronef loué** » désigne un **aéronef** appartenant à une personne autre que la **personne assurée** qui est utilisé par la **personne assurée** en vertu d'un contrat fixe pour une durée déterminée.

« **Aéronef personnel** » désigne un **aéronef** à l'égard duquel la **personne assurée** ou un **membre de la famille immédiate** de la **personne assurée** détient un titre de propriété légal ou effective de sorte que la **personne assurée** puisse utiliser, modifier ou vendre l'**aéronef** comme il l'entend.

« **Blessure** » désigne toute blessure corporelle subie par une **personne assurée**, qui est **accidentelle**, qui est la cause directe de la perte et qui survient alors que l'assurance de la **personne assurée** au titre du présent contrat est en vigueur.

« **Capital assuré** » désigne le montant indiqué comme tel aux **conditions particulières**.

« **Coma** » désigne un état profond d'inconscience de la **personne assurée** résultant d'une blessure, durant au moins 96 heures, duquel elle ne peut reprendre conscience, même par une stimulation puissante, tel que diagnostiqué par un **médecin**.

« **Compagnie** » désigne la Compagnie d'Assurance AIG du Canada.

« **Conditions particulières** » désigne à la fois les **conditions particulières** de la présente police qui présentent les détails du produit d'assurance souscrit, et l'imprimé informatique, la copie électronique ou le document de police sur lequel ils sont énoncés.

« **Conjoint(e)** » désigne une personne âgée de moins de 65 ans qui :

- a. est légalement mariée à la **personne assurée**; ou
- b. bien que n'étant pas légalement mariée à la **personne assurée**, cohabite avec lui pendant une période d'au moins un an et est publiquement représentée comme le ou la partenaire domestique de la **personne assurée** dans la communauté dans laquelle elle réside.

« **Date d'effet** » désigne la date stipulée aux **conditions particulières** comme étant la date à partir de laquelle la garantie débute aux termes de la présente police.

« **Dislocation** » ou « **Disloqué** » désigne le fait qu'un ou plusieurs os ne sont pas à leur place, sont disjointes ou ne sont plus bien positionnés. La **dislocation** exclut ici les doigts et les orteils.

« **Enfant à charge** » désigne une personne qui est l'enfant biologique, l'enfant adoptif ou l'enfant du ou de la **conjoint(e)** de la **personne assurée**, ou encore un nourrisson à l'égard duquel la **personne assurée** tient lieu de parent, et :

- a. qui est âgé de moins de 23 ans, non marié et tributaire de la **personne assurée** pour sa subsistance, et qui n'exerce pas d'**emploi rémunéré** plus de 25 heures par semaine au moment de la perte;
- b. qui est âgé de moins de 26 ans, non marié, fréquente un **établissement d'enseignement supérieur** et tributaire de la **personne assurée** pour sa subsistance, et qui n'exerce pas d'**emploi rémunéré** plus de 25 heures par semaine au moment de la perte; ou
- c. qui, en raison d'une infirmité mentale ou physique, est incapable d'exercer un emploi autonome et est considéré comme un enfant à la charge de la **personne assurée** au sens de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada).

« **Établissement d'enseignement supérieur** » désigne, sans s'y limiter, tout(e) université, collège postsecondaire privé ou école de métiers, et tout collège d'enseignement général et professionnel (CÉGEP).

« **Fracture** » désigne une rupture ou une cassure dans la continuité de l'os ou du cartilage et comprend, sans s'y limiter, les **fractures** complètes, les **fractures** exposées, les **fractures** par compression ou tassement, les embarrures, les **fractures** ouvertes et les **fractures** fermées (simples), mais ne comprend pas les fissures osseuses.

« **Fissure osseuse** » désigne une **fracture** qui apparaît comme une **fissure** étroite le long de la surface de l'os.

« **Hôpital** » désigne un établissement qui :

1. détient un permis d'exploitation à titre d'**hôpital** (si un tel permis est requis dans la province ou le territoire);
2. a pour objectif principal l'accueil, les soins et le traitement des personnes malades, en mauvaise santé ou blessées en tant que **patients hospitalisés**;
3. offre un service de soins infirmiers vingt-quatre (24) heures par jour, constitué d'infirmiers autorisés ou diplômés;
4. dispose d'un personnel constitué d'un ou de plusieurs **médecins** disponibles à tout moment;
5. fournit des installations organisées pour le diagnostic, et des installations de chirurgie médicale majeure;
6. n'est pas principalement une clinique, une maison de soins, de repos ou de convalescence ou autre établissement similaire; et
7. n'est pas, sauf accessoirement, un lieu de traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie.

« **Invalidité permanente et totale** » désigne une **blessure** qui empêche une **personne assurée** d'accomplir au moins deux des six **activités du quotidien**, sans l'aide d'une autre personne. De plus, il doit être établi, sur la foi de preuves satisfaisantes selon la **compagnie**, que la **personne assurée** est et demeure, 12 mois après la date de la **blessure**, incapable d'accomplir au moins deux des six **activités du quotidien** sans l'aide d'une autre personne pour le reste de sa vie. L'invalidité doit être déterminée comme étant totale, permanente et irréversible, et être certifiée comme telle par un **médecin** acceptable selon la **compagnie**. L'incapacité de la **personne assurée** à obtenir un emploi n'est pas un critère d'admissibilité aux prestations d'**invalidité permanente et totale**.

« **Médecin** » désigne un **médecin**, autre que la **personne assurée** ou un **membre de la famille immédiate** de la **personne assurée**, qui est autorisé à administrer des traitements médicaux et à prescrire des médicaments dans le lieu où il fournit des services médicaux. Les naturopathes, herboristes et homéopathes ne sont pas considérés comme des **médecins**.

« **Membre de la famille immédiate** » désigne une personne qui a l'un des liens de parenté suivants avec la **personne assurée** : le ou la **conjoint(e)**, le beau-frère, la belle-sœur, le gendre, la belle-fille, la belle-mère, le beau-père, le père ou la mère (y compris les beaux-parents), le frère ou la sœur (y compris le demi-frère ou la demi-sœur) ou l'enfant (y compris le bel-enfant ou l'enfant légalement adopté).

« **Patient hospitalisé** » désigne un patient qui est hospitalisé pour la nuit dans un **hôpital**, qui y occupe un lit et pour lequel des frais de chambre et de pension pour au moins un jour sont facturés. L'hospitalisation doit se faire sur l'avis d'un **médecin**.

« **Personne assurée** » désigne la personne physique désignée aux **conditions particulières**.

« **Perte** » lorsqu'utilisé en référence au terme :

- a. « **Quadriplégie** », « **Paraplégie** » ou « **Hémiplégie** », désigne la paralysie complète et irréversible des membres correspondants;
- b. « **Main** » ou « **Pied** », désigne la mutilation complète au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville, mais sous l'articulation du coude ou du genou;

- c. « **Bras** » ou « **Jambe** », désigne la mutilation complète au niveau ou au-dessus de l'articulation du coude ou du genou;
- d. « **Pouce et index** », désigne la mutilation complète au niveau ou au-dessus de la première phalange;
- e. « **Doigt** », désigne la mutilation complète au niveau ou au-dessus de la première phalange de l'un des cinq membres terminaux de la main;
- f. « **Tous les orteils** », désigne la mutilation complète de tous les orteils d'un pied, tel que déterminé par un **médecin**;
- g. « **Vue totale d'un œil** », désigne la perte totale et irrémédiable de la vue d'un seul œil de telle sorte que l'acuité visuelle corrigée doit être de 20/200 ou moins dans cet œil;
- h. « **Vue totale des deux yeux** », désigne la perte totale et irrémédiable de la vue des deux yeux, de sorte que l'acuité visuelle corrigée doit être de 20/200 ou moins et que le champ de vision doit être inférieur à 20 degrés dans les deux yeux. Un **médecin** certifié en ophtalmologie doit confirmer cliniquement le diagnostic par écrit;
- i. « **Ouïe d'une oreille** », désigne le diagnostic de perte permanente de l'ouïe d'une oreille, avec un seuil auditif de plus de 90 décibels. Un **médecin** certifié en oto-rhino-laryngologie doit confirmer le diagnostic par écrit;
- j. « **Ouïe** », désigne le diagnostic de perte permanente de l'ouïe des deux oreilles, avec un seuil auditif de plus de 90 décibels dans chaque oreille. Un **médecin** certifié en oto-rhino-laryngologie doit confirmer le diagnostic par écrit; et
- k. « **Parole** », désigne la perte totale et irrémédiable de la capacité à émettre des sons intelligibles.

« **Perte** » lorsqu'utilisé aux présentes, peut également désigner la perte de vie.

« **Période d'hospitalisation** » désigne une Période d'hospitalisation continue en tant que **patient hospitalisé** dans un **hôpital**. Si l'hospitalisation suit une hospitalisation déjà couverte, elle sera considérée comme une continuation de la première hospitalisation, à moins que l'hospitalisation ultérieure ne soit le résultat d'une blessure sans aucun rapport avec celle-ci ou que les hospitalisations soient séparées par 90 jours ou plus.

« **Professionnel** » ou « **Semi-professionnel** » désigne un sport ou une activité entrepris pour un salaire, une récompense ou un profit de quelque nature que ce soit.

« **Prothèse** » désigne un substitut artificiel et amovible ou le remplacement d'une partie du corps. Cela ne comprend pas :

- a. les prothèses dentaires, y compris les fausses dents;
- b. les lunettes;
- c. les prothèses cosmétiques telles que les perruques;
- d. d'autres types de prothèses qui sont implantées de façon permanente, comme une hanche ou une dent artificielle;
- e. toute prothèse expérimentale; ou
- f. toute prothèse auditive (dispositif qui remplace ou améliore la capacité d'entendre).

« **Tableau des pertes** » désigne le tableau figurant à la section 3.1 de la présente police.

« **Voiture de tourisme** » désigne tout véhicule de transport non exploité à des fins commerciales, conçu pour transporter des passagers et qui est tiré, propulsé ou alimenté en carburant de quelque façon que ce soit, comprenant les différents types de voitures, de camions, de motocyclettes, de cyclomoteurs, de motoneiges et de bateaux.

« **Vol affrété** » désigne un voyage aérien affrété pour un voyage spécifique ou une partie de voyage, et qui ne fait pas partie du vol régulier d'une compagnie aérienne.

Section 3 – Garanties et prestations

3.1 Assurance en cas de décès ou de mutilation par accident

Si une **personne assurée** subit une perte couverte du fait d'une **blessure** qui survient dans les 365 jours suivant la date de la perte, la **compagnie** versera le pourcentage indiqué du **capital assuré** tel qu'indiqué au **tableau des pertes** suivant. Si la **personne assurée** subit plus d'une perte du fait d'une même **blessure**, un seul montant, le plus élevé, sera versé.

Tableau des pertes	Pourcentage du capital assuré
Pertes	
perte de la vie	100 %
perte des deux mains ou des deux pieds	100 %
perte de la vue totale des deux yeux	100 %
perte d'une main et d'un pied	100 %
perte d'une main et de la vue totale d'un œil	100 %
perte d'un pied et de la vue totale d'un œil	100 %
mort cérébrale	100 %
perte d'un bras ou d'une jambe	80 %
perte d'une main ou d'un pied	75 %
perte de la vue totale d'un œil	75 %
perte du pouce et de l'index d'une même main	33,3 %
perte de la parole et de l'ouïe	100 %
perte de la parole ou de l'ouïe	75 %
perte de l'ouïe d'une oreille	66.7 %
perte de quatre doigts d'une même main	33,3 %
perte de tous les orteils d'un même pied	25 %
Pertes d'usage	
perte de l'usage des deux bras ou des deux mains	100 %
perte de l'usage d'une main ou d'un pied	75 %
perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe	80 %
Paralysies	
Quadriplégie (paralysie totale des deux membres supérieurs et des deux membres inférieurs)	Deux fois le capital assuré jusqu'à un maximum de 1 million de dollars
Paraplégie (paralysie totale des deux membres inférieurs)	Deux fois le capital assuré jusqu'à un maximum de 1 million de dollars
Hémiplégie (paralysie totale d'un membre supérieur et d'un membre inférieur d'un même côté du corps)	Deux fois le capital assuré jusqu'à un maximum de 1 million de dollars

3.2 Exposition aux éléments et disparition

Si le corps d'une **personne assurée** n'a pas été retrouvé dans l'année qui suit l'atterrissage forcé, l'échouement ou le naufrage d'un véhicule de transport dans lequel cette personne était un occupant, alors, aux fins de la présente police, cette **personne assurée** sera, en l'absence de toute preuve du contraire, réputée avoir subi une perte de vie.

Section 4 – Garanties complémentaires

Sous réserve des conditions applicables à chacune des garanties complémentaires énoncées ci-dessous, la **compagnie** versera des prestations supplémentaires, jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué pour chacune de ces prestations, si une **personne assurée** subit une **blessure**.

4.1 Invalidité permanente et totale

Si une **personne assurée** souffre d'une **blessure** entraînant une **invalidité permanente et totale**, la **compagnie** versera le montant correspondant à 50 % du **capital assuré** pour la **personne assurée**, moins tous les montants au titre de la garantie Indemnité hebdomadaire en cas d'**accident** et du **tableau des pertes** qui ont été payés ou qui sont payables par la **compagnie** pour ou en rapport avec cette **blessure** de la **personne assurée**.

4.2 Réadaptation

Si, des suites d'une **blessure**, une **personne assurée** subit une perte (autre que la perte de vie) pour laquelle la **compagnie** a versé une prestation indiquée au **tableau des pertes**, cette dernière paiera les frais raisonnables et nécessaires réellement engagés pour la formation professionnelle de la **personne assurée**, à condition :

- a. que cette formation soit nécessaire en raison de cette **blessure** et afin que la **personne assurée** soit qualifiée pour exercer une profession qu'elle n'aurait pas exercée en l'absence de la **blessure**;
- b. que les frais soient engagés dans les deux ans suivant la date de l'**accident** à l'origine de la **blessure**; et
- c. qu'aucun paiement ne soit effectué pour les frais ordinaires de subsistance, de voyage ou d'habillement.

Le montant maximal payable aux termes de cette garantie pour l'ensemble des **blessures** résultant d'un même **accident** est de 15 000 \$ par **personne assurée**.

4.3 Adaptation du domicile et du véhicule

Si, des suites d'une **blessure**, une **personne assurée** subit une perte (autre que la perte de vie) pour laquelle la **compagnie** a versé une prestation indiquée au **tableau des pertes**, et que cette perte entraîne et nécessite l'utilisation d'un fauteuil roulant pour que la **personne assurée** puisse se déplacer, la **compagnie** paiera les frais raisonnables et nécessaires réellement engagés pour couvrir :

- a. le coût unique des modifications apportées à la résidence de la **personne assurée** blessée pour la rendre accessible et habitable en fauteuil roulant; et
- b. le plus petit des montants entre :
 - i. le coût unique des modifications nécessaires à un véhicule à moteur, appartenant à la **personne assurée** blessée, pour rendre le véhicule accessible ou apte à la conduite pour la **personne assurée**; et
 - ii. le coût unique d'achat d'un véhicule spécialement modifié et accessible aux fauteuils roulants, avec l'accord préalable de la **compagnie**.

Cette prestation n'est payable que si :

- a. les modifications du domicile sont effectuées au nom de la **personne assurée**, qu'elles sont réalisées par une personne expérimentée dans ce type de modifications et recommandée par une organisation reconnue offrant soutien et assistance aux utilisateurs de fauteuils roulants; et que
- b. les modifications du véhicule sont effectuées au nom de la **personne assurée**, qu'elles sont réalisées par une personne expérimentée en la matière et qu'elles sont approuvées par les autorités provinciales chargées de l'immatriculation des véhicules dans la province de résidence de la **personne assurée**.

Le montant maximal payable aux termes de cette garantie pour l'ensemble des **blessures** résultant d'un même **accident** est de 15 000 \$ par **personne assurée**.

4.4 Thérapie psychologique

Si, des suites d'une **blessure**, une **personne assurée** subit une perte (autre que la perte de vie) pour laquelle la **compagnie** a versé une prestation indiquée au **tableau des pertes** et que, par la suite, du fait de cette **blessure** et de cette perte, la **personne assurée** a besoin, dans les deux ans suivant la date de la **blessure**, d'une Thérapie psychologique prescrite par un **médecin**, la **compagnie** paiera les Frais raisonnables et habituels engagés pour suivre cette Thérapie psychologique.

« **Frais raisonnables et habituels** » désigne le moindre des montants entre :

- a. les frais habituels facturés par les **médecins** ou autres professionnels de la santé pour un service ou une fourniture donné(e);
- b. les frais déterminés comme étant les frais courants facturés par les **médecins** ou autres professionnels de la santé pour un service ou une fourniture donné(e) dans la région géographique où ils sont fournis; et
- c. le montant négocié par la **compagnie** et le professionnel de la santé.

« **Thérapie psychologique** » désigne la prestation de traitements ou de conseils par un thérapeute ou un conseiller qui est autorisé, agréé ou certifié pour fournir les traitements, que la **personne assurée** les reçoive en consultation externe ou en tant que patient dans un établissement médical autorisé à les fournir.

Le montant maximal payable au titre de cette garantie pour l'ensemble des **blessures** résultant d'un même **accident** est de 5 000 \$ par **personne assurée**.

4.5 Hospitalisation

Si, des suites d'une **blessure**, une **personne assurée** subit une perte (autre que la perte de vie) pour laquelle la **compagnie** a versé une prestation indiquée au **tableau des pertes** et qu'à la suite de cette perte, la **personne assurée** est, conformément aux instructions d'un **médecin**, hospitalisée dans un **hôpital** pour plus de cinq nuits consécutives, la **compagnie** paiera :

- a. pour une **période d'hospitalisation** de plus de 30 nuits consécutives, 1 % du **capital assuré** de la **personne assurée**; ou
- b. pour une **période d'hospitalisation** de 30 nuits consécutives ou moins, le trentième du montant déterminé conformément au sous-alinéa (a) ci-dessus pour chaque nuit à l'**hôpital**.

La **compagnie** versera cette prestation mensuellement, rétroactivement à la première nuit d'hospitalisation.

Le montant maximal payable aux termes de cette garantie pour l'ensemble des **blessures** résultant d'un même **accident** est de 2 500 \$ par mois par **personne assurée**.

Les prestations ne sont pas payables pour plus de 12 mois d'hospitalisation au total pour un même **accident** causant une **blessure**.

Les **périodes d'hospitalisation** successives pour une **blessure** résultant du même **accident**, si elles sont séparées par une période de moins de 90 jours, sont considérées comme une seule et même **période d'hospitalisation** aux fins du calcul des prestations de la présente garantie.

4.6 Transport familial

Si, des suites d'une **blessure**, une **personne assurée** subit une perte (autre que la perte de vie) pour laquelle la **compagnie** a versé une prestation indiquée au **tableau des pertes**, et si cette perte exige que la **personne assurée** soit hospitalisée dans un **hôpital** situé à plus de 100 kilomètres de son lieu de résidence permanent, la **compagnie** paiera les frais raisonnables et nécessaires réellement engagés pour le transport d'un **membre de la famille immédiate** jusqu'à cet **hôpital**. Cette prestation n'est payable que si :

- a. l'hospitalisation a lieu dans les 365 jours suivant l'**accident** ayant causé la **blessure**; et que

- b. le remboursement des frais est limité au coût d'un billet d'avion aller-retour en classe économique par la route la plus directe, ou au montant équivalent pour un autre type de transport par transporteur public pour ce **membre de la famille immédiate**.

Le montant maximal payable aux termes de cette garantie pour l'ensemble des **blessures** résultant d'un même **accident** est de 15 000 \$ par **personne assurée**.

4.7 Rapatriement

Si, des suites d'une **blessure**, une **personne assurée** subit une perte de vie pour laquelle une prestation est payée ou payable par la **compagnie** aux termes de la présente police, et que cette perte de vie survient :

- a. à plus de 50 kilomètres de sa ville de résidence permanente; et
- b. dans les 365 jours suivant la date de l'**accident** ayant causé la **blessure**,

alors la **compagnie** paiera les frais réellement engagés pour la préparation de l'inhumation ou de la crémation de la **personne assurée** décédée et pour l'expédition du corps à la ville de résidence de la **personne assurée** décédée.

Le montant maximal payable aux termes de cette garantie est de 15 000 \$ par **personne assurée**.

4.8 Identification du corps

Si, des suites d'une **blessure**, une **personne assurée** subit une perte de vie pour laquelle une prestation est payée ou payable par la **compagnie** aux termes de la présente police et que le corps de la **personne assurée** doit être identifié, la **compagnie** paiera à un **membre de la famille immédiate** de la **personne assurée** les frais raisonnables et nécessaires qu'il aura réellement engagés pour :

- a. le logement commercial et la pension pendant le trajet et le retour, pendant le séjour, ou pendant le trajet et le retour et le séjour dans la ville où se trouve le corps (pour une durée maximale de trois nuits consécutives); et
- b. le transport par l'itinéraire le plus direct vers cet endroit.

Cette prestation n'est payable par la **compagnie** que si le corps de la **personne assurée** se trouve à 150 kilomètres ou plus du lieu de résidence habituel du **membre de la famille immédiate** concerné et que l'identification du corps est demandée par la police ou un organisme d'application de la loi similaire ayant autorité en la matière.

Aucun paiement ne sera effectué pour les frais courants de subsistance, de déplacement ou d'habillement, sauf dans les cas expressément mentionnés ci-dessus. Si le transport a lieu dans un véhicule ou un appareil qui n'est pas exploité aux termes d'un permis de transport de passagers à titre onéreux, le remboursement des frais de transport sera limité à un maximum de 0,20 \$ par kilomètre parcouru.

Le montant maximal payable aux termes de cette garantie est de 5 000 \$ par **personne assurée**.

4.9 Ceintures de sécurité et coussins gonflables

Si, des suites d'une **blessure**, une **personne assurée** subit une perte de vie pour laquelle une prestation est versée ou payable par la **compagnie** aux termes de la présente police, la **compagnie** versera un montant supplémentaire correspondant à 10 % du **capital assuré** si la **blessure** entraînant la perte de vie survient alors que la **personne assurée** est passagère ou conductrice d'une **voiture de tourisme** et que sa ceinture de sécurité est correctement attachée.

La **compagnie** versera une prestation supplémentaire si une prestation aux termes de la garantie Ceinture de sécurité est payable et si la **personne assurée** se trouve sur un siège protégé par un système de retenue supplémentaire d'origine, installé en usine et fonctionnant correctement, qui se gonfle à l'impact. Le montant supplémentaire payable correspond à 10 % du **capital assuré** de la **personne assurée**.

La vérification de l'utilisation effective de la ceinture de sécurité, au moment de l'**accident**, et du gonflage approprié du système de retenue supplémentaire au moment de l'impact doit faire partie du rapport officiel de l'**accident** ou être certifiée, par écrit, par les enquêteurs.

Le montant maximal payable aux termes de cette garantie est de 50 000 \$ par **personne assurée**.

4.10 Garderie

Si, des suites d'une **blessure**, une **personne assurée** subit une perte de vie pour laquelle une prestation est payée ou payable par la **compagnie** aux termes de la présente police, la **compagnie** versera au tuteur légal de tout **enfant à charge** survivant de la **personne assurée** un montant égal au moindre des montants suivants :

- a. le coût annuel réel facturé par une garderie commerciale et agréée;
- b. 5 % du **capital assuré** de la **personne assurée**; ou
- c. 5 000 \$ par année.

Cette prestation est payable annuellement pendant un maximum de quatre années consécutives par **enfant à charge** :

- a. uniquement si l'**enfant à charge**, à la date de la perte de vie de la **personne assurée**, est âgé de moins de 13 ans; et
- b. à condition que l'**enfant à charge** soit inscrit dans une garderie commerciale et agréée au plus tard 90 jours après la perte de vie de la **personne assurée**; et
- c. que l'**enfant à charge** continue d'être inscrit dans une garderie commerciale et agréée.

4.11 Études de l'enfant à charge

Si, des suites d'une **blessure**, une **personne assurée** subit une perte de vie pour laquelle une prestation est payée ou payable par la **compagnie** aux termes de la présente police, la **compagnie** remboursera les frais de scolarité annuels, à l'exclusion de la chambre et de la pension, facturés par un **établissement d'enseignement supérieur** par année scolaire pour chaque **enfant à charge** de cette **personne assurée**, jusqu'à concurrence du moindre des montants suivants :

- a. 5 000 \$ par année scolaire; ou
- b. 5 % du **capital assuré** de la **personne assurée**.

Cette prestation est payable annuellement jusqu'à un maximum de quatre années consécutives par **enfant à charge** :

- a. uniquement si l'**enfant à charge**, au moment de la perte de vie de la **personne assurée**, est inscrit comme étudiant à temps plein dans un **établissement d'enseignement supérieur** au-delà du niveau de la 12^e année; et
- b. uniquement pendant que l'**enfant à charge** poursuit son inscription continue dans un Établissement d'enseignement supérieur.

La **compagnie** remboursera la personne qui a réellement engagé les frais de scolarité.

4.12 Études du ou de la conjoint(e)

Si, des suites d'une **blessure**, une **personne assurée** subit une perte de vie pour laquelle une prestation est payée ou payable par la **compagnie** aux termes de la présente police, la **compagnie** paiera au ou à la **conjoint(e)** de la **personne assurée** les frais réellement engagés pour un programme de formation professionnelle ou de métiers auquel le ou la **conjoint(e)** s'inscrit dans le but d'obtenir une source indépendante d'assistance et de maintenance, à condition que ces frais soient engagés au plus tard 30 mois après la perte de vie de la **personne assurée**.

Le montant maximal payable aux termes de cette garantie est de 15 000 \$ par **personne assurée**.

4.13 Frais funéraires

Si, des suites d'une **blessure**, une **personne assurée** subit une perte de vie pour laquelle une prestation est payée ou payable par la **compagnie** aux termes de la présente police, la **compagnie** remboursera à la personne qui les a réellement engagés les frais relatifs à la crémation ou à l'enterrement, ainsi que les frais funéraires de la **personne assurée**.

Le montant maximal payable aux termes de cette garantie est de 5 000 \$ par **personne assurée**.

4.14 Deuil

Si, des suites d'une **blessure**, une **personne assurée** subit une perte de vie pour laquelle une prestation est payée ou payable aux termes de la présente police par la **compagnie**, cette dernière paiera les frais raisonnables et nécessaires réellement engagés pour un service d'aide aux personnes endeuillées, à condition que :

- a. le service soit destiné au ou à la **conjoint(e)** ou aux **enfants à charge**;
- b. ces frais soient engagés dans les 365 jours suivant la date de l'**accident** ayant causé la perte de vie; et que
- c. le service soit fourni par un thérapeute ou un conseiller qui est autorisé, agréé ou certifié pour fournir un tel traitement, et que celui-ci ne soit pas un **membre de la famille immédiate** de la **personne assurée**.

La **compagnie** paiera la personne qui a réellement engagé les frais.

Le montant maximal payable aux termes de cette garantie est de 1 000 \$ par **personne assurée**.

4.15 Coma

Si, des suites d'une **blessure**, une **personne assurée** subit une perte (autre que la perte de vie) et que, dans les 90 jours suivant la date de l'**accident** causant la **blessure**, la **personne assurée** devient invalide des suites d'un **coma** continu et persistant pendant une période de six mois consécutifs, après quoi le **coma** est jugé permanent par un **médecin**, la **compagnie** versera 1 % du :

- a. **capital assuré**;
- b. moins tout autre montant payé ou payable aux termes de la présente police en rapport avec le même **accident**, la même **blessure** ou la même perte.

Cette prestation est payable mensuellement, rétroactivement au premier jour complet de **coma**, jusqu'à un maximum de 100 versements par **personne assurée** pour l'ensemble des **blessures** résultant d'un même **accident**.

4.16 Conditionnement physique des personnes handicapées

Si, des suites d'une **blessure**, une **personne assurée** subit une perte (autre que la perte de vie) pour laquelle la **compagnie** a versé une prestation indiquée au **tableau des pertes** et que, par la suite, du fait de cette **blessure** et de cette perte, la **personne assurée** a besoin, dans les deux années suivant la date de cette **blessure**, d'équipement de conditionnement physique ou de sport spécialement conçu pour les personnes handicapées, la **compagnie** paiera cet équipement si un **médecin** le juge nécessaire par écrit.

Le montant maximal payable au titre de cette garantie pour l'ensemble des **blessures** résultant d'un même **accident** est de 5 000 \$ par **personne assurée**.

4.17 Brûlure

Si une **personne assurée** subit une **blessure** entraînant la destruction de sa peau sur toute l'épaisseur ou la profondeur du derme et possiblement au niveau des tissus sous-jacents, avec perte de fluide (brûlure au troisième degré ou pire), par suite d'une exposition au feu, à la chaleur, à une substance caustique, à l'électricité ou aux radiations, la **compagnie** paiera jusqu'à 25 000 \$ par **personne assurée**, selon un pourcentage du **capital assuré**, à condition que la **personne assurée** survive pendant une période d'au moins 30 jours après la date de l'**accident** ayant causé la brûlure. La **compagnie** paiera en fonction de la surface du corps qui est brûlée, conformément au tableau suivant :

Partie du corps	(A) Classification du corps	(B) % maximum pour cette partie du corps
Visage, cou, tête	11	99 %
Main et avant-bras	5	22,5 %
Haut d'un bras	3	13,5 %
Torse (avant ou arrière)	2	36 %
Une cuisse	1	9 %
Une jambe inférieure (sous le genou)	3	27 %

Le montant de la prestation est déterminé en multipliant la Classification du corps (A) par le pourcentage réel de la partie du corps de la **personne assurée** qui est brûlée, puis en multipliant le pourcentage résultant (sans dépasser le pourcentage maximal pour cette partie du corps (B)) par le **capital assuré** pour cette **personne assurée**.

Le montant maximal payable aux termes de cette garantie pour l'ensemble des **blessures** résultant d'un même **accident** est de 25 000 \$ par **personne assurée**.

4.18 Fracture

Si une **personne assurée** subit une **blessure** entraînant une **fracture** ou une **dislocation** figurant au **tableau de fractures** suivant, la **compagnie** versera le montant indiqué au **tableau des fractures**, à condition que la **fracture** ou la **dislocation** se produise dans les 30 jours suivant la date de l'**accident** qui l'a causée.

Le montant maximal payable aux termes de cette garantie pour l'ensemble des **blessures** résultant d'un même **accident** est de 2 500 \$ par **personne assurée**.

Tableau des fractures	Pourcentage de la prestation payable
Fracture complète (y compris une fracture en bois vert) :	
Crâne (embarrure)	100 %
Crâne (autre type de fracture)	40 %
Colonne vertébrale (deux vertèbres ou plus)	100 %
Colonne vertébrale (une seule vertèbre)	40 %
Colonne vertébrale (fracture par compression)	20 %
Mâchoire supérieure (maxillaire)	33 %
Mâchoire inférieure (mandibule)	8 %
Cuisse (fémur)	33 %
Bassin	33 %
Rotule du genou (patella)	27 %
Jambe (tibia ou péroné)	25 %
Omoplate (scapula)	25 %
Chevilles (fracture de Pott)	25 %
Poignet (fracture de Colles)	25 %
Avant-bras (fracture ouverte ou comminutive)	23 %
Avant-bras (fracture fermée)	12 %
Sacrum ou coccyx	17 %
Sternum	17 %
Bras , entre le coude et l'épaule	17 %
Clavicule	12 %
Nez	12 %

Deux côtes ou plus	10 %
Une main (un ou plusieurs métacarpiens)	8 %
Un pied (un ou plusieurs métacarpiens)	8 %
Os du visage	8 %
Une côte	5 %
Tout os non énuméré ci-dessus	3 %
Une main (un ou plusieurs métacarpiens)	8 %
Un pied (un ou plusieurs métacarpiens)	8 %
Dislocation complète :	
Hanche	33 %
Genou (avec réparation chirurgicale primaire)	33 %
Épaule (avec réduction chirurgicale)	25 %
Poignet	17 %
Cheville	17 %
Coude	12 %
Os du pied, autres que les orteils	8 %

« **Crâne** » désigne la voûte du crâne constituée des os suivants : frontal, pariétal, occipital, temporal, sphénoïde et ethmoïde.

« **Réduction** » désigne la remise d'une articulation ou d'un os **disloqué(e)** dans sa position normale.

4.19 Frais paramédicaux engagés en raison d'un accident au pays

Si, à la suite d'une **blessure**, et dans les 30 jours suivant la date de l'**accident** ayant causé cette **blessure**, une **personne assurée** reçoit d'un **médecin** dûment qualifié un traitement médical au Canada et, du fait de cette **blessure**, engage des frais pour l'un des services suivants lorsque ceux-ci sont recommandés par un **médecin** dûment qualifié, la **compagnie** remboursera à la **personne assurée** les frais raisonnables et nécessaires suivants :

- les frais de soins infirmiers privés dispensés par une infirmière diplômée autorisée (IA), qui ne réside pas habituellement au domicile de la **personne assurée** et qui n'est pas **membre de la famille immédiate** de cette dernière. Le montant maximal payable au titre de cette garantie pour l'ensemble des **blessures** résultant d'un même **accident** est de 5 000 \$ par **personne assurée**;
- les frais de transport, lorsque ce service est assuré par un service ambulancier professionnel, jusqu'à l'**hôpital** approuvé le plus proche qui est équipé pour fournir le traitement nécessaire et recommandé. Le montant maximal payable au titre de cette garantie pour l'ensemble des **blessures** résultant d'un même **accident** est de 5 000 \$ par **personne assurée**;
- les frais d'hospitalisation correspondant à la différence entre le coût en salle commune tel que prévu par le régime d'assurance-maladie provincial ou territorial de la **personne assurée** et les frais d'hébergement dans une chambre d'**hôpital** semi-privée. Le montant maximal payable au titre de cette garantie pour l'ensemble des **blessures** résultant d'un même **accident** est de 5 000 \$ par **personne assurée**;
- les frais de location d'un fauteuil roulant, d'un poumon d'acier ou d'un autre équipement durable, sans dépasser le prix d'achat en vigueur au moment où la location est devenue nécessaire;
- les honoraires d'un physiothérapeute agréé. Le montant maximal payable au titre de cette garantie pour l'ensemble des **blessures** résultant d'un même **accident** est de 300 \$ par **personne assurée**;
- le coût des médicaments sur ordonnance (sauf dans la province de Québec);
- les frais engagés pour des prothèses auditives, des béquilles, des attelles, des plâtres, des bandages herniaires et des appareils orthopédiques, mais à l'exclusion de leur remplacement; et

- h. les honoraires d'un chiropraticien agréé. Le montant maximal payable au titre de cette garantie pour l'ensemble des **blessures** résultant d'un même **accident** est de 350 \$ par **personne assurée**.

Le remboursement n'est effectué que si les frais :

- a. ont été engagés au Canada;
- b. ont été engagés dans les 365 jours suivant la date de l'**accident** causant la **blessure**;
- c. ont été engagés uniquement pour un traitement thérapeutique et non facultatif; et
- d. sont appuyés par les reçus originaux soumis à la **compagnie** comme pièces justificatives pour la réclamation.

Cette garantie s'applique de façon excédentaire à toute garantie similaire prévue par tout(e) autre assurance, police ou régime, y compris, sans s'y limiter, une police d'assurance automobile et tout régime fédéral ou provincial d'assurance-hospitalisation, d'assurance-maladie ou d'assurance-médicaments.

Le montant maximal payable aux termes de cette garantie pour l'ensemble des **blessures** résultant d'un même **accident** est de 50 000 \$ par **personne assurée**.

4.20 Soins dentaires en cas d'accident

Si une **personne assurée** subit une **blessure** à des dents saines et entières et que, dans les 30 jours suivant la date de l'**accident** ayant causé cette **blessure**, elle obtient un traitement au Canada pour cette **blessure** auprès d'un dentiste ou d'un chirurgien-dentiste dûment qualifié, et qu'elle engage les frais dentaires conséquents, la **compagnie** remboursera à la **personne assurée** le montant de ces frais dentaires jusqu'à concurrence du montant autorisé pour ce service dans le barème des honoraires et des services de traitement des médecins généralistes de l'association dentaire de la province ou du territoire où la **personne assurée** reçoit ce traitement.

Le remboursement n'est effectué que si les frais :

- a. ont été engagés au Canada;
- b. ont été engagés dans les 365 jours suivant la date de l'**accident** causant la **blessure**;
- c. ont été engagés uniquement pour un traitement thérapeutique et non facultatif ou esthétique; et
- d. sont appuyés par les reçus originaux soumis à la **compagnie** comme pièces justificatives pour la réclamation.

Cette garantie s'applique de façon excédentaire à toute garantie similaire prévue par tout(e) autre assurance, police ou régime, y compris, sans s'y limiter, une police d'assurance automobile et tout régime fédéral ou provincial d'assurance-hospitalisation, d'assurance-maladie ou d'assurance-médicaments.

Le montant maximal payable aux termes de cette garantie pour l'ensemble des **blessures** résultant d'un même **accident** est de 1 000 \$ par **personne assurée**.

4.21 Prothèses

Lorsqu'une **personne assurée** reçoit un traitement médical dans les 30 jours suivant la date de l'**accident** qui a causé la **blessure** et que cette **blessure** nécessite le remplacement d'une ou de plusieurs **prothèses**, la **compagnie** paiera les frais raisonnables et nécessaires engagés par la **personne assurée** pour ces **prothèses** dans les 365 jours suivant la date de l'**accident**.

Le montant maximal payable aux termes de cette garantie pour l'ensemble des **blessures** résultant d'un même **accident** est de 1 000 \$ par **personne assurée**.

4.22 Lunettes et lentilles de contact

Lorsqu'une **personne assurée** doit faire réparer ou remplacer des lunettes ou des lentilles de contact dans les 365 jours suivant la date de l'**accident** qui a causé la **blessure**, la **compagnie** paiera ces réparations ou ce remplacement lorsque les dommages résultent d'un **accident** qui a obligé la **personne assurée** à recevoir le traitement d'un **médecin**.

Le montant maximal payable aux termes de cette garantie pour l'ensemble des **blessures** résultant d'un même **accident** est de 350 \$ par **personne assurée**.

Section 5 – Indemnité hebdomadaire en cas d'accident

Définitions relatives à la garantie Indemnité hebdomadaire en cas d'accident

En plus des définitions générales de la police, les termes en caractères gras dans la section 5 ont le sens particulier défini ci-dessous :

« **Blessure aux tissus mous** » désigne une contusion, une **entorse** ou une **foulure**, ou l'un des troubles suivants : bursite, blessure de la coiffe des rotateurs, épicondylite (médiale et latérale), syndrome fémoro-patellaire, syndrome du canal tarsien, syndrome du canal carpien, tendinite, **fracture** de stress, périostite tibiale, chondromalacie ou maladie d'Osgood-Schlatter.

« **Blessure corporelle accidentelle** » désigne une **blessure** corporelle qui est **accidentelle**, qui est la cause directe de la perte et qui survient pendant que l'assurance de la **personne assurée** aux termes du présent contrat est en vigueur. Les **blessures corporelles accidentelles** ne comprennent pas les troubles causés par des mouvements répétitifs ou des traumatismes cumulatifs, y compris, sans s'y limiter, les **blessures** aux tissus mous.

« **Emploi rémunéré** » désigne un emploi ayant une rémunération continue pendant les six semaines consécutives précédant une **invalidité totale**.

« **Entorse** » désigne une blessure articulaire, dans laquelle certaines fibres d'un ligament de soutien sont rompues, mais la continuité du ligament reste intacte.

« **Foulure** » désigne une blessure à un muscle causée par un étirement excessif ou un effort excessif.

« **Invalidité partielle** » désigne un état d'incapacité de la **personne assurée** résultant d'une **blessure** qui l'empêche d'accomplir, quel que soit le cadre, au moins 50 % des tâches essentielles de toute profession pour laquelle elle possède les qualifications minimales. L'**invalidité partielle** doit suivre une période d'**invalidité totale** pour laquelle la **personne assurée** recevait des prestations aux termes du présent régime.

« **Invalidité totale** » désigne un état d'incapacité de la **personne assurée** résultant d'une **blessure** qui nécessite un traitement par un **médecin** dans les 30 jours suivant la date de l'**accident** ayant causé la **blessure** et qui empêche la **personne assurée** d'accomplir, quel que soit le cadre, les tâches essentielles de toute profession pour laquelle elle possède les qualifications minimales.

« **Période d'attente** » désigne le nombre de jours civils qui commence à la date à laquelle un **médecin** a déterminé que la **personne assurée** est incapable d'accomplir les tâches essentielles de toute profession pour laquelle elle possède les qualifications minimales. Aux fins de la présente police, la **période d'attente** est de sept jours.

« **Revenu net régulier** » désigne le salaire hebdomadaire brut régulier de la **personne assurée** provenant d'un emploi (à l'exclusion des incitatifs, des heures supplémentaires, des primes, des gratifications et de tout autre revenu ou gain irrégulier) de toutes sources, moins les retenues légales applicables aux paiements d'impôt sur le revenu fédéral et provincial, les cotisations au Régime de pensions du Canada et les cotisations d'assurance-emploi, au cours des 52 semaines précédant immédiatement la date du début de l'**invalidité totale**.

5.1 Indemnité hebdomadaire en cas d'accident – Invalidité totale

Si une **personne assurée** qui exerce un **emploi rémunéré** subit une **blessure corporelle accidentelle** entraînant une **invalidité totale**, la **compagnie** versera une Indemnité hebdomadaire en cas d'**accident** pendant une période d'**invalidité totale continue**, sous réserve des conditions suivantes :

- a. Les prestations sont payables à raison de 375 \$ par semaine, selon ce qui s'applique à la **personne assurée** et sous réserve des limites et exclusions contenues dans la présente police.
- b. La prestation n'est versée que si la **personne assurée** reste totalement et continuellement invalide pendant toute la **période d'attente** et pendant toute période d'**invalidité totale**.
- c. Les prestations sont versées pour une période d'**invalidité totale** commençant le premier jour après la fin de la **période d'attente**. La période maximale pour laquelle les prestations sont versées ne peut dépasser 26 semaines pour toute période d'**invalidité totale continue**.
- d. Si l'**invalidité totale** est causée par une **blessure corporelle accidentelle**, résultant du même **accident** ou d'une série d'**accidents** connexes, cette **invalidité totale** sera considérée comme une seule période d'**invalidité totale**, à moins que les périodes d'invalidité ne soient séparées par la reprise active du travail à temps plein de la **personne assurée** pendant au moins six mois consécutifs. Les périodes successives d'**invalidité totale** résultant de causes différentes et non liées seront également considérées comme une seule période d'invalidité, à moins que la **personne assurée** ne se soit totalement rétablie de la première invalidité avant le début de la seconde invalidité et qu'elle n'ait repris activement son travail à temps plein et à plein salaire pendant au moins un jour entier.
- e. Les prestations de la présente garantie Indemnité hebdomadaire en cas d'**accident** cessent à la date à laquelle la **personne assurée** répond à la définition d'**invalidité permanente et totale**, et qu'elle est admissible à cette prestation, tel que décrit à la section 4.1.

5.2 Indemnité hebdomadaire en cas d'accident – Invalidité partielle

Si une **personne assurée** qui exerce un **emploi rémunéré** souffre d'une **invalidité partielle** immédiatement après une période d'**invalidité totale**, la **compagnie** versera une Indemnité hebdomadaire en cas d'**accident** pendant la période d'**invalidité partielle continue**, sous réserve des conditions suivantes :

- a. Les prestations sont payables à hauteur de 50 % du montant indiqué au sous-alinéa a. de la section 5.1 Indemnité hebdomadaire en cas d'**accident – invalidité totale** s'appliquant à la **personne assurée** qui exerce un **emploi rémunéré**, sous réserve des limitations et exclusions contenues dans le présent contrat.
- b. Les prestations sont payables pour une période d'**invalidité partielle** commençant le premier jour après la fin de la période d'**invalidité totale** indiquée au Tableau des indemnités hebdomadaires en cas d'**accident**.
- c. La période maximale pour laquelle des prestations seront versées pour toute période d'**invalidité partielle** ne peut pas dépasser le nombre maximal de semaines payables tel qu'indiqué au sous-alinéa c. de la section 5.1 Indemnité hebdomadaire en cas d'**accident – invalidité totale**.

Une **invalidité partielle** résultant d'un même **accident** ou d'une série d'**accidents** connexes est considérée comme une seule période d'**invalidité partielle**, à moins que les périodes d'invalidité ne soient séparées par la reprise active du travail à temps plein de la **personne assurée** pendant au moins six mois consécutifs.

Modalités s'appliquant à la garantie Indemnité hebdomadaire en cas d'accident

Maximum de toutes sources

Si une **personne assurée** est admissible à un revenu provenant d'autres sources pendant une période d'**invalidité totale** ou d'**invalidité partielle**, la **compagnie** réduira le montant de l'Indemnité hebdomadaire en cas d'**accident** payable du montant des autres sources de revenu. Le revenu total résultant de **toutes sources**, y compris l'Indemnité hebdomadaire en cas d'**accident** aux termes de la présente police, ne pourra dépasser 80 % du **revenu net régulier** avant l'invalidité.

« **Toutes sources** » désigne le revenu total résultant de toutes les sources pendant une période d'invalidité, y compris l'Indemnité hebdomadaire en cas d'**accident**. Les autres sources de revenu peuvent comprendre, sans s'y limiter, les sources suivantes :

- a. les prestations payables aux termes de la *Loi sur l'assurance-emploi*;
- b. toute prestation payable aux termes du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec;
- c. la disposition relative à la perte de travail dans l'assurance automobile sans égard à la responsabilité, si la réduction est autorisée par la loi;
- d. toute indemnité gouvernementale d'**accident** du travail; et
- e. les salaires gagnés dans le cadre d'autres emplois.

Cessation des indemnités hebdomadaires en cas d'accident

Les indemnités hebdomadaires en cas d'**accident** pour **invalidité totale** ou **invalidité partielle** cesseront ou seront suspendues à la première des éventualités suivantes :

- a. la date à laquelle la **personne assurée** n'est plus atteinte d'**invalidité totale**;
- b. après 26 semaines de versement de prestations;
- c. la date à laquelle la **personne assurée** prend sa retraite ou démissionne; ou
- d. la date à laquelle la **personne assurée** atteint l'âge de 65 ans.

Exclusions relatives à la garantie Indemnité hebdomadaire en cas d'accident

En plus des exclusions et des limitations de la police énoncées à la section 7, aucune indemnité hebdomadaire en cas d'**accident** ne sera versée pour toute perte résultant en totalité ou en partie de, ou de frais engagés, directement ou indirectement relativement à :

- a. toute **blessure corporelle accidentelle** pour laquelle la **personne assurée** n'est pas sous les soins réguliers d'un **médecin** ou pour laquelle la **personne assurée** ne se conforme pas au traitement médical raisonnable et recommandé prescrit;
- b. toute réclamation en raison d'une perte directement causée par un mouvement répétitif ou un traumatisme cumulatif, y compris, sans s'y limiter, une **blessure aux tissus mous**;
- c. tout refus de la **personne assurée** de coopérer aux efforts d'adaptation raisonnables, d'assister aux réunions de planification du retour au travail ou de participer à des affectations de travail modifiées, s'il y a lieu;
- d. toute réclamation si la **personne assurée** exerce un **emploi rémunéré** dans l'une des professions suivantes :
 - i. Pompier **professionnel** ou volontaire
 - ii. Pilote ou membre d'équipage
 - iii. Camionneur (petit parcours, long parcours ou hors du pays)
 - iv. Chauffeur de taxi
 - v. Employé de navires ou de plates-formes de forage en mer
 - vi. Plongeur sous-marin
 - vii. Fabrication de munitions ou professions liées aux explosifs
 - viii. Exploitation minière (souterraine, à ciel ouvert ou en tunnel)
 - ix. Construction de tunnels
 - x. Artiste **professionnel**, y compris, sans s'y limiter : musicien, chanteur, membre d'un groupe de musique, danseur, magicien, ou employé de carnaval, de cirque ou de rodéo
 - xi. Athlètes **professionnels** ou **semi-professionnels**
 - xii. Risques ou professions liés aux usines de production nucléaire ou chimique
 - xiii. Forces armées, forces militaires ou paramilitaires, forces de police, forces de maintien de la paix, agents de sécurité armés ou toute autre profession ou activité impliquant le port ou l'utilisation d'armes à feu ou d'autres types d'armes;

- e. tout défaut de la **personne assurée** de fournir les documents médicaux demandés dans les délais impartis; ou
- f. tout refus de la **personne assurée** de se présenter aux évaluations effectuées par la **compagnie** pour gérer la réclamation, y compris les examens médicaux indépendants, les évaluations de la capacité fonctionnelle et les évaluations professionnelles.

Section 6 – Désignation du bénéficiaire

La **personne assurée** peut désigner un bénéficiaire qui recevra le montant payable aux termes des présentes advenant la perte de sa vie. En l'absence d'une telle désignation de bénéficiaire, la prestation pour perte de vie d'une **personne assurée** sera payable à la succession de la **personne assurée**.

Toutes les autres prestations seront versées à la **personne assurée**.

Section 7 – Exclusions et limitations

Limitations

Le montant maximal payable par **personne assurée** aux termes de la présente police pour les pertes subies par une même **personne assurée** à la suite d'un même accident correspond au **capital assuré**, sauf si la perte est une **quadruplégie**, une **paraplégie** ou une **hémiplegie**, auquel cas le montant maximal payable par **personne assurée** correspondra au montant indiqué pour cette perte au **tableau des pertes**. Cette limitation ne s'applique pas aux garanties complémentaires qui sont soumises à leurs propres limites.

Limitation de garanties multiples

Si une **personne assurée** subit une ou plusieurs **blessures** à la suite du même **accident** pour lesquelles des montants sont payables aux termes de plus d'une des garanties suivantes, le montant maximal payable aux termes de l'ensemble des garanties combinées ne pourra dépasser le montant payable le plus élevé pour l'une de ces pertes : Décès par **accident**, Mutilation par **accident**, Paralyse.

Exclusions

Aucune garantie ne sera accordée aux termes de la présente police et aucun paiement ne sera effectué pour toute perte ou réclamation résultant en totalité ou en partie de, ou attribuable à, l'un des risques exclus suivants, ou comme conséquence naturelle et probable de l'un de ces risques, même si la cause directe ou immédiate de la perte ou de la réclamation est une **blessure accidentelle** :

- a. le suicide ou toute tentative de suicide par la **personne assurée** alors qu'elle est saine d'esprit;
- b. une **blessure** auto-infligée ou toute tentative de s'auto-infliger une **blessure** par la **personne assurée**, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- c. une guerre déclarée ou non, ou tout acte de guerre;
- d. toute maladie ou infirmité physique, que la perte ou la réclamation résulte directement ou indirectement de la maladie ou de l'infirmité;
- e. une incapacité mentale, que la perte ou la réclamation résulte directement ou indirectement de l'incapacité mentale;
- f. toute perte subie par la **personne assurée** pendant qu'elle reçoit un traitement médical ou chirurgical pour une maladie ou une infirmité physique ou mentale;
- g. tout(e) incident ou accident vasculaire cérébral ou cardiovasculaire, infarctus du myocarde, crise cardiaque, thrombose coronaire ou anévrisme;

- h. tout voyage ou vol dans ou sur, y compris la montée à bord ou sur et la descente de, tout **aéronef**, si la **personne assurée** :
 - i. est passagère à bord d'un **aéronef** qui n'est pas destiné au transport de passagers ou qui n'est pas immatriculé pour le transport de passagers; ou
 - ii. exécute, apprend à exécuter ou ordonne à d'autres personnes d'exécuter des tâches de pilote ou de membre d'équipage d'**aéronef**; ou
 - iii. est passagère à bord d'un **aéronef** personnel, d'un **aéronef** loué ou d'un **vol affrété**.
- i. tout voyage ou vol dans ou sur, y compris la montée à bord ou sur et la descente de, tout **aéronef** ou appareil conçu pour voler ou planer au-dessus de la surface de la Terre :
 - i. sauf à titre de passager à bord d'un vol commercial régulier;
 - ii. utilisé pour l'épandage, la pulvérisation ou l'ensemencement de cultures, la lutte contre l'incendie, le contrôle de la circulation, les services d'ambulance aérienne, l'inspection de pipelines ou de lignes électriques, la photographie aérienne ou l'exploration, les courses, les essais d'endurance, les acrobaties ou le vol acrobatique;
 - iii. utilisé pour se déplacer depuis et vers un site d'atterrissage en mer;
 - iv. utilisé dans toute opération nécessitant un permis spécial de la Direction de l'aviation civile de Transports Canada, même s'il a été accordé (ceci ne s'applique pas si le permis est requis uniquement en raison du territoire survolé ou sur lequel l'**aéronef** atterrit).
- j. les infections de toute nature, quelle que soit la manière dont elles ont été contractées, à l'exception des infections bactériennes directement causées par le botulisme, l'empoisonnement à la ptomaïne ou une coupure ou une **blesseure accidentelle** indépendante, et en l'absence de toute maladie ou condition sous-jacente, y compris, sans s'y limiter, le diabète;
- k. toute **blesseure** ou perte subie pendant que la **personne assurée** est en service actif à temps plein dans les forces armées ou les corps de réserve organisés de tout pays ou de toute autorité internationale;
- l. toute **blesseure** ou perte subie lorsque la **personne assurée** est sous l'influence de l'alcool et qu'elle conduit un véhicule ou un moyen de transport alors que son alcoolémie est supérieure à quatre-vingts (80) milligrammes par cent (100) millilitres de sang;
- m. toute **blesseure** ou perte subie pendant que la **personne assurée** est sous l'influence d'une drogue ou de toute autre substance faisant l'objet de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (Canada), à moins qu'elle ne soit prise sur les conseils et en stricte conformité avec les instructions d'un **médecin** dûment qualifié;
- n. toute perpétration ou tentative de perpétration par une **personne assurée** d'un acte qui, s'il était jugé par un tribunal, constituerait un acte criminel aux termes des lois de la juridiction où il a été commis, ou toute **blesseure** subie pendant qu'une **personne assurée** commet ou tente de commettre un tel acte;
- o. tout(e) acte, tentative d'acte ou omission commis(e) par une **personne assurée** ou par une autre personne avec le consentement d'une **personne assurée** dans le but d'interrompre la circulation sanguine vers le cerveau de la **personne assurée** ou de provoquer l'asphyxie de la **personne assurée**, que ce soit ou non dans l'intention de causer des blessures;
- p. toute cause naturelle; ou
- q. la participation à toute activité sportive où la **personne assurée** est un **professionnel** ou un **semi-professionnel**.

Section 8 – Dispositions générales

Les présentes dispositions générales s'appliquent à l'ensemble de la police. Veuillez lire chaque section pour prendre connaissance des conditions et dispositions supplémentaires relatives à cette section.

Police

La police entre la **personne assurée** et la **compagnie** est constituée, dans son intégralité, des éléments suivants :

- a. la proposition d'assurance;
- b. la présente police;
- c. les **conditions particulières**; et
- d. toute modification écrite de la police émise par la **compagnie**.

La police peut être modifiée sans le consentement de la **personne assurée** ou de son mandataire.

Modification de la police

Seul l'agent principal de la **compagnie** ou son représentant autorisé a le pouvoir de renoncer ou d'accepter de modifier toute partie de la présente police au nom de la **compagnie**.

Renonciation

La **compagnie** est réputée n'avoir renoncé à aucune condition de la présente police, que ce soit en totalité ou en partie, à moins que la renonciation ne soit clairement exprimée par écrit et signée par la **compagnie**.

Circonstances constitutives du risque

Aucune déclaration faite par la **personne assurée** au moment d'établir la proposition d'assurance ne peut être utilisée pour défendre une réclamation aux termes de la police ou pour l'éviter, à moins qu'elle ne soit contenue dans la proposition d'assurance ou dans toute autre déclaration ou réponse écrite fournie comme preuve d'assurabilité.

Droit de retour de la police

La **personne assurée** peut retourner la présente police pour quelque raison que ce soit dans le délai le plus long entre : (1) 30 jours après avoir reçu la police; ou (2) 30 jours après la prise d'effet de la garantie. Elle peut être retournée par courrier, par courriel ou en personne à l'Agence ou à la **compagnie**. Toute prime payée sera remboursée et la police sera traitée comme si elle n'avait jamais été émise.

Avis

Tout avis qui doit ou peut être donné à ou par la **personne assurée** ou la **compagnie** aux termes de la présente police doit être fait par écrit et sera réputé avoir été donné en bonne et due forme s'il est envoyé par courrier recommandé à la partie concernée à l'adresse indiquée aux **conditions particulières**.

Obligations en cas de sinistre

La **personne assurée** ou son mandataire, ou un bénéficiaire ayant le droit de présenter une réclamation ou son mandataire, doit :

- a. donner un avis de réclamation écrit à la **compagnie** en le remettant ou en l'envoyant par courrier recommandé au siège social de la **compagnie** ou à l'adresse indiquée aux **conditions particulières**, au plus tard 30 jours après la date de l'**accident** ou de la **blessure** couvert(e) par la présente police;
- b. fournir à la **compagnie**, dans les 90 jours suivant la date de l'**accident** ou de la **blessure**, une preuve de perte dans la mesure raisonnablement possible selon les circonstances de l'**accident** ou de la **blessure**; et

- c. si la **compagnie** l'exige, fournir un certificat d'un **médecin** sur la cause et la nature de l'**accident** ou de la **blessure** pour laquelle la réclamation est présentée et sur la durée de la **blessure** ou de la perte.

Défaut de fournir un avis de réclamation ou une preuve de perte en cas de sinistre

Le défaut de donner un avis de réclamation ou de fournir une preuve de perte dans le délai prescrit aux termes de la section Obligations en cas de sinistre n'invalidera pas la réclamation si l'avis est donné ou la demande est fournie dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, mais en aucun cas plus d'un an après la date de l'**accident** ou de la **blessure**, et ce, s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner l'avis ou de fournir la demande dans le délai prescrit.

Droit d'examen

La **compagnie** a le droit de soumettre la **personne assurée** à un examen, et la **personne assurée** qui présente une réclamation doit en donner l'occasion à la **compagnie**, à tout moment et aussi souvent que la **compagnie** peut raisonnablement l'exiger pendant que la réclamation est en suspens. En cas de perte de vie de la **personne assurée**, la **compagnie** peut exiger une autopsie sous réserve de toute loi de la juridiction applicable concernant les autopsies.

Sommes payables

La **compagnie** versera, dans les 60 jours suivant la réception d'une preuve de perte satisfaisante et du nom de la personne ayant droit aux prestations en rapport avec la réclamation, toutes les sommes payables aux termes de la présente police.

Prescription

Toute poursuite ou procédure contre un assureur pour le recouvrement d'une somme d'assurance payable aux termes de la police est absolument prescrite, à moins qu'elle ne soit intentée dans le délai prévu par l'*Insurance Act* (pour les poursuites ou procédures régies par les lois de l'Alberta et de la Colombie-Britannique), la *Loi sur les assurances* (pour les poursuites ou procédures régies par les lois du Manitoba), la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (pour les poursuites ou procédures régies par les lois de l'Ontario), la *Limitations Act* (pour les poursuites ou procédures régies par les lois de la Saskatchewan) ou toute autre loi applicable. Pour les poursuites ou procédures régies par les lois du Québec, la période de prescription est établie dans le *Code civil du Québec*.

Paiement des réclamations

La prestation payable en cas de perte de vie sera versée conformément à la section 6 – Désignation du bénéficiaire.

Sauf indication contraire dans le présent document :

- a. toute autre prestation accumulée payable mais non payée au décès de la **personne assurée** sera versée à la succession de la **personne assurée**; et
- b. toutes les autres prestations sont payables à la **personne assurée** ou en son nom.

Section 9 – Dispositions supplémentaires

Monnaie

Toutes les sommes payables aux termes de la présente police sont payables en monnaie ayant cours légal au Canada, sauf indication contraire.

Cession

La **personne assurée** ne peut céder la présente police sans le consentement de la **compagnie**. Ni l'assurance fournie ni les prestations payables aux termes des présentes ne peuvent être cédées.

Sans participation aux bénéfices

La **personne assurée** n'a pas le droit de participer aux bénéfices ou aux excédents de la **compagnie**.

Loi applicable

La relation entre la **compagnie** et la **personne assurée** est assujettie aux lois de la province ou du territoire canadien de résidence de la **personne assurée** au moment où la garantie d'assurance aux termes des présentes prend effet.

Conformité avec la loi applicable

Toute disposition de la présente police qui est incompatible avec une loi fédérale, provinciale, territoriale ou toute autre loi applicable au lieu de résidence d'une **personne assurée** est modifiée par la présente de sorte à se conformer aux exigences minimales de cette loi.

La **compagnie** ne sera pas tenue d'accorder une couverture ou d'effectuer un paiement aux termes des présentes si cela constitue une violation d'une loi ou d'un règlement sur les sanctions qui exposerait la **compagnie**, sa société mère ou son entité détentrice du contrôle ultime à une pénalité aux termes d'une loi ou d'un règlement sur les sanctions.

La présente police ne couvre pas les pertes, les blessures, les dommages ou la responsabilité civile découlant directement ou indirectement d'un voyage prévu ou réel en Iran, en Syrie, au Soudan, en Corée du Nord ou dans la région de Crimée, ou passant par ces pays.

Primauté de la législation sur l'indemnisation des travailleurs

La présente police ne remplace pas et n'affecte pas toute exigence de couverture aux termes de la législation sur l'indemnisation des travailleurs ou de toute autre loi similaire.

Erreur d'écriture

Une erreur d'écriture de la part de la **compagnie** ou de la **personne assurée** dans la tenue des dossiers ou la fourniture de renseignements n'annulera pas l'assurance de la **personne assurée** autrement en vigueur, à condition que le versement de la prime appropriée soit effectué, et ne maintiendra pas en vigueur l'assurance de la **personne assurée** si celle-ci doit autrement prendre fin conformément aux modalités de la police.

En signant ci-dessous, la présidente et chef de la direction de la **compagnie** accepte, au nom de la **compagnie**, l'ensemble des modalités et conditions de la présente police.



Présidente et chef de la direction
La Compagnie d'assurance AIG du Canada



Contresigné par le représentant autorisé

La présente police ne sera pas valide si elle n'est pas signée au moment de son émission par un représentant autorisé de la **compagnie**.

En dépit de toute autre disposition de la présente police, celle-ci est assujettie aux dispositions légales de la *Loi sur les assurances* en ce qui a trait aux polices d'assurance contre les **accidents** et la maladie.