SSQ Groupe financier

Police n° 1HB80

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: **LA FÉDÉRATION DE SOCCER DU QUÉBEC**

(ci-après appelée le «contractant»)

Adresse: 955, avenue Bois-de-Boulogne
Bureau 210
Laval (Québec) H7N 4G1

d'assurer les personnes admissibles du contractant (chacune d'elles ci-après appelée l'«assuré») pour lesquelles une demande a été présentée, 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.

Tableau

Capital assuré	
Catégorie I :	20 000 $
Catégorie II :	35 000 $
Remboursement des frais médicaux par suite d'un accident	20 000 $
Soins dentaires par suite d'un accident	
Catégorie I :	2 500 $
Catégorie II :	3 000 $
Indemnité de rapatriement	25 000 $
Indemnité de réadaptation professionnelle	15 000 $
Indemnité de déplacement pour raisons familiales	15 000 $
Indemnité d'identification de la dépouille	15 000 $
Indemnité d'aménagement de la résidence et/ou d'un véhicule	15 000 $
Indemnité de frais funéraires	5 000 $
Indemnité pour psychothérapie	5 000 $
Indemnité en cas de fracture	1 500 $
Recours à un taxi en cas d'urgence	75 $
Lunettes ou verres de contact	200$/100$
Frais de cours individuels	2 000 $
Déplacement pour consultation d'un spécialiste	
Sport	Soccer
Prime de la période d'assurance	Voir «Police cadre»
Prime non remboursable	Voir «Police cadre»
Montant global d'indemnisation	N/A

Date d'effet 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.

« 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.

« Conjoint » signifie une personne:

a) à laquelle l'Employé 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 l'Employé 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 l'Employé assuré et qu'elle cohabite avec l'Employé 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 l'Employé assuré. Si, tout en étant légalement marié ou en union civile, l'Employé 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 l'Employé 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.

« 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. Aux fins de la présente définition, un Hôpital inclut un établissement réservé en tout ou en partie aux soins de réadaptation.

« 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». 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° 1HB80, tout avenant et tous documents joints.

«Résidence». Non seulement l'habitation de l'assuré, mais l'ensemble de sa propriété.

« 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;

1) un siège en voiture coach dans un train de passagers;

2) un siège régulier dans un autobus-voyageurs;

3) 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 assujetti 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.

Description des risques

Sont incluses dans la garantie du présent contrat les Blessures ou les Accidents corporel subies par la personne assurée dans les circonstances et de la façon décrite ci-après et en résultant :

1. Si l'assuré est membre ou joueur élite

   a) l'assuré prend part à un match ou à un exercice du ou des sports stipulés au Tableau; le match ou l'exercice est approuvé par les autorités compétentes de l'équipe, du club ou de l'organisme dont fait partie l'assuré, ou du contractant de ce dernier, et est sous leur surveillance;

   b) l'assuré fait la navette entre sa résidence et les lieux du match ou de l'exercice; il emprunte, sans tarder ou s'arrêter, le chemin habituel ou l'équivalent.

2. Si l'assuré est administrateur, employé ou bénévole dans l'exercice de ses fonctions, lorsqu'assistant aux réunions, congrès ou compétitions et lorsque faisant la navette entre la résidence et ces lieux en empruntant, sans tarder ou s'arrêter, le chemin habituel ou équivalent.

Admissibilité à l'assurance

Tous les membres et joueurs élites dont les noms figurent aux dossiers du contractant ainsi que tous les administrateurs, employés et bénévoles du contractant sont admissibles à la présente assurance.

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:

<u>Perte</u>

La vie (décès)..... Le capital assuré

La vue complète des deux yeux..... Deux fois le capital assuré

La parole et l'ouïe des deux oreilles..... Deux fois le capital assuré

Une main et la vue complète d'un oeil..... Deux fois le capital assuré

Un pied et la vue complète d'un oeil..... Deux fois le capital assuré

La vue complète d'un oeil..... Une fois et tiers le capital assuré

La parole..... Une fois et tiers le capital assuré

L'ouïe des deux oreilles..... Une fois et tiers le capital assuré

L'ouïe d'une oreille.....Les deux tiers du capital assuré

Tous les orteils d'un pied ....La moitié du capital assuré

<u>Perte ou perte de l'usage</u>

Les deux mains..... Deux fois le capital assuré

Les deux pieds..... Deux fois le capital assuré

Une main et un pied..... Deux fois le capital assuré

Un bras..... Une fois et demie le capital assuré

Une jambe..... Une fois et demie le capital assuré

Une main..... Une fois et tiers le capital assuré

Un pied..... Une fois et tiers le capital assuré

Le pouce et l'index ou au
moins quatre doigts
d'une main.....Les deux tiers du capital assuré

Paralysie totale

Membres supérieurs et
inférieurs (quadriplégie)..... Deux fois le capital assuré

Membres inférieurs
(paraplégie)..... Deux fois le capital assuré

Membres supérieur et inférieur
d'un côté du corps
(hémiplégie)..... Deux fois le 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.

Si le décès de l'assuré survient au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours après l'accident, le maximum auquel il a droit est le capital assuré.

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

Remboursement des frais médicaux par suite d'un accident

Si, suite à une blessure, l'assuré doit recevoir des soins médicaux 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; sont exclus les frais d'injection;

4) a) Par rapport aux membres, catégorie I seulement

   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;

b) Par rapport aux joueurs élites, catégorie II seulement

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 cinquante dollars (50 $) par traitement, et à mille deux cents dollars (1 200 $) 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 mille dollars (1 000 $) 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) a) Par rapport aux membres, catégorie I seulement

Les honoraires d'un chiropraticien agréé, jusqu'à concurrence de trente-cinq dollars (35 $) par traitement, de trois cents cinquante dollars (350 $) par accident et de sept cents dollars (700 $) par année d'assurance.

b) Par rapport aux joueurs élites, catégorie II seulement

Les honoraires d'un chiropraticien agréé, jusqu'à concurrence de cinquante dollars (50 $) par traitement et de mille deux cents dollars (1 200 $) par année d'assurance.

Le remboursement des sept (7) premiers frais ou honoraires est toutefois sous réserve que l'assuré reçoive les soins normaux 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.

Frais dentaires par suite d'un accident

Si, par suite d'un coup porté à la bouche et endommageant des dents saines et entières, y compris les couronnes, un traitement, le remplacement ou des radiographies sont prescrits par un dentiste ou un chirurgien dentiste dûment qualifiés, 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 par accident ne peut dépasser la somme stipulée à la rubrique «Frais 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. Il faut également que l'assuré ait consulté le dentiste ou le chirurgien dentiste dûment qualifiés au plus tard trente (30) jours après l'accident.

Le remboursement des frais dentaires en vertu de la présente disposition 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.

Coassurance

Les frais engagés en vertu des sections de la police intitulées «Remboursement des frais par suite d'un accident» et «Frais dentaires», sauf les frais d'hospitalisation (article 3 de la section intitulée «Remboursement des frais par suite d'un accident» sont remboursables à quatre-vingts pour cent (80 %) des frais engagés.

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 de réadaptation professionnelle

Si, par suite d'une Perte accidentelle subie par un Employé assuré découlant d'une Blessure, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle » et que l'Employé assuré doive 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 l'Employé assuré 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 l'Employé assuré 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 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 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

1) Perte de l'usage des deux pieds ou des deux jambes; ou

2) Quadriplégie, Paraplégie ou Hémiplégie,

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 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 contentant 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 doive 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 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 «Indemnité 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.

Remboursement des lunettes ou des verres de contact

Si, en raison d'une blessure, l'assuré doit recevoir des traitements d'un ophtalmologiste ou d'un médecin dans les 30 jours de la date de l'accident et, sur avis d'un ophtalmologiste ou d'un médecin, supporte les frais pour:

1) L'achat de lunettes ou de verres de contact - l'assuré n'a jamais dû en porter - l'assureur s'engage à rembourser les frais raisonnables et habituels effectivement supportés au cours des cinquante-deux (52) semaines suivant l'accident, sous réserve d'un maximum de deux cents dollars (200 $) par accident.

2) La réparation ou le remplacement de ses lunettes ou de ses verres de contact, l'assureur s'engage à rembourser les frais raisonnables et habituels effectivement supportés au cours des cinquante-deux (52) semaines suivant l'accident, sous réserve d'un maximum de cent dollars (100 $) par accident.

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.

Déplacement pour consultation d'un spécialiste

Si, par suite d'une blessure, un médecin doit traiter l'assuré au plus tard trente (30) jours après l'accident et qu'il lui recommande de consulter un spécialiste, dont le cabinet est au moins à cent cinquante kilomètres (150 km) de sa résidence, dans les limites toutefois de sa province de résidence, l'assureur s'engage à rembourser les frais ci-dessous, à condition que les services du spécialiste en question ne soient pas offerts dans la région de l'assuré et sous réserve de la réception d'une attestation des frais raisonnables effectivement supportés au cours des cinquante-deux (52) semaines suivant l'accident, à l'exclusion des frais de déplacement en voiture:

1) Les frais de transport selon le trajet le plus court jusqu'à concurrence de cent cinquante dollars (150 $) par aller et retour et sous réserve de cinq (5) aller et retour par période d'assurance. Si le transport n'est pas effectué dans un véhicule, titulaire d'un permis de transport des passagers, le remboursement se limite à l'équivalent du prix du billet en autobus.

2) Les frais d'hébergement à proximité du cabinet du spécialiste, jusqu'à concurrence de cinquante dollars (50 $) par jour et sous réserve de six (6) jours par période d'assurance.

Assurance aviation

La présente police couvre toute blessure reçue par l'assuré dans les circonstances décrites ci-après et en raison de celles-ci:

a) Tout voyage à titre de passager, non en qualité de pilote, de mécanicien ou autre membre de l'équipage, lors d'un vol régulier, spécial ou nolisé d'un transporteur aérien, titulaire d'un permis d'exploitation (intérieur ou international) du ministère du Transport du Canada ou d'une autorité gouvernementale compétente du pays où le transporteur est immatriculé;

b) Tout voyage à titre de passager, non en qualité de pilote ou autre membre de l'équipage, 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, la descente ou le heurt par un aéronef.

Par dérogation à a) et b) ci-dessus, la présente police ne couvre pas les blessures reçues lors d'un voyage à bord d'un aéronef appartenant au contractant, exploité, loué ou nolisé par lui ou en son nom, ou en raison de celui-ci.

Exposition aux éléments et disparition

Si, à la suite d'un accident couvert par la présente police, l'assuré est inévitablement exposé aux éléments et que, par conséquent, il subit une perte donnant normalement droit à une prestation, la perte est couverte conformément aux stipulations de la police.

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 lors de l'accident et dans des circonstances qui seraient normalement couvertes, on présume qu'il a perdu la vie par suite d'une blessure corporelle.

Montant global d'indemnisation

Le montant global d'indemnisation, prévu par la présente assurance, suite à un seul accident est stipulé au Tableau. Si ce montant ne suffit pas à couvrir l'intégralité de l'indemnité à laquelle a droit chaque assuré, la somme alors payable est calculée conformément au rapport entre le montant global d'indemnisation et la somme payable sans ce montant. La présente disposition ne s'applique qu'à une perte payable en vertu de la disposition «Prestations en cas de perte accidentelle».

Indemnisation

Dans le cas d'un assuré mineur, toutes les prestations, en vertu de la présente police, sont payables au parent chargé de sa garde, sinon au tuteur de l'enfant, légalement constitué.

En cas de décès d'un assuré majeur, les prestations sont payables à son conjoint, le cas échéant, s'il survit, ou à ses ayants droit. Toutes les autres prestations lui sont versées.

Entrée en vigueur de l'assurance d'une personne admissible

L'assurance de toute personne admissible entre en vigueur à la date à laquelle celle-ci devient admissible; cette date ne peut être antérieure à la date d'effet de la police.

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'acquitte pas la prime exigible.

3) 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) le voyage de l'Assuré 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.

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.

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 (Québec) 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.

EN FOI DE QUOI, SSQ, Société d'assurance inc. a autorisé la signature de la présente police par son président-directeur général et son premier vice-président. Toutefois, la police n'engage l'assureur que si elle est contresignée par son rédacteur de police dûment autorisé.

Président-directeur général Premier vice-président

Contresignataire :

Rédacteur de police