

## AVENANT N° 9

En considération d'un rapport soumis par le contractant, il est par les présentes entendu et convenu que la prime gagnée pour le terme de la police débutant le 1<sup>er</sup> avril 2014 et se terminant le 1<sup>er</sup> avril 2015 se chiffre à 9 740 \$.

Un dépôt de prime de 7 600 \$ ayant été versé à l'avance, une prime additionnelle de 2 140 \$ est due et payable à l'assureur.

Il est de plus entendu et convenu qu'en considération du paiement d'une prime de dépôt de 7 600 \$, la police à laquelle cet avenant est annexé est renouvelée pour une période de douze mois commençant le 1<sup>er</sup> avril 2015.

Le présent avenant fait partie intégrante de la police n°1BA05 établie au nom de **ALLIANCE DES CHORALES DU QUÉBEC INC.**

Il prend effet à 0 h 1, heure normale, le 1<sup>er</sup> avril 2015 et prend fin en même temps que la police qu'il revêt. Aucune disposition ou condition du présent avenant ne peut modifier, annuler ou prolonger une disposition ou une condition de la police, sauf ce qui est stipulé ci-dessus.

**EN FOI DE QUOI, SSQ, Société d'assurance inc.** a autorisé la signature du présent avenant 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 :



Vanessa Ngatchou Tankeu  
Rédacteur de police

Date : 15 mai 2015.

## AVENANT N°8

En considération d'un rapport soumis par le contractant, il est par les présentes entendu et convenu que la prime gagnée pour le terme de la police débutant le 1<sup>er</sup> avril 2013 et se terminant le 1<sup>er</sup> avril 2014 se chiffre à 10 280 \$.

Un dépôt de prime de 7 600 \$ ayant été versé à l'avance, une prime additionnelle de 2 680 \$ est due et payable à l'assureur.

Le présent avenant fait partie intégrante de la police n°1BA05 établie au nom de **ALLIANCE DES CHORALES DU QUÉBEC INC.**

Il prend effet à 0 h 1, heure normale, tel que mentionné plus haut et prend fin en même temps que la police qu'il revêt. Aucune disposition ou condition du présent avenant ne peut modifier, annuler ou prolonger une disposition ou une condition de la police, sauf ce qui est stipulé ci-dessus.

**EN FOI DE QUOI, SSQ, Société d'assurance inc.** a autorisé la signature du présent avenant 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: \_\_\_\_\_



Jeannie Kavanagh  
Rédacteur de police

Fait le 23 avril 2014

## AVENANT N°7

En considération du paiement d'une prime de dépôt de 7 600 \$ ajustable si nécessaires sur réception des renseignements de renouvellement, il est par les présentes entendu et convenu que la police à laquelle cet avenant est annexé est renouvelée pour une période de douze mois commençant le 1<sup>er</sup> avril 2014.

Le présent avenant fait partie intégrante de la police n°1BA05 établie au nom de **ALLIANCE DES CHORALES DU QUÉBEC INC.**

Il prend effet à 0 h 1, heure normale, le 1<sup>er</sup> avril 2014 et prend fin en même temps que la police qu'il revêt. Aucune disposition ou condition du présent avenant ne peut modifier, annuler ou prolonger une disposition ou une condition de la police, sauf ce qui est stipulé ci-dessus.

**EN FOI DE QUOI, SSQ, Société d'assurance inc.** a autorisé la signature du présent avenant 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: Jeannie Kavanagh  
Jeannie Kavanagh  
Rédacteur de police

Fait le 8 avril 2014





**AVENANT CIRCULAIRE N° 130101**

**s'appliquant à tous les documents  
qui portent le numéro 9214459 ou qui s'y rapportent**

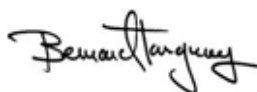
Dans tout document contractuel dont l'une des parties est SSQ, Société d'assurance inc., y compris lorsque le document a été émis au nom de l'une des raisons sociales antérieures de SSQ, Société d'assurance inc., et y compris dans tous les avenants et annexes qui pourraient faire partie du document et toute correspondance s'y rapportant, de même que dans tout document d'information, tel un livret destiné aux personnes assurées, toute référence au numéro 9214459 est remplacée par une référence au numéro 1BA05.

Cet avenant entre en vigueur le premier janvier 2013 ou à la date réelle d'entrée en vigueur du document concerné si cette date est postérieure au premier janvier 2013.

Signé à Québec le 13 novembre 2012 par



René Hamel  
Président-directeur général



Bernard Tanguay  
Premier vice-président  
SSQ, Société d'assurance inc.











AXA ASSURANCES INC.  
2020, rue University, bureau 700  
Montréal (Québec)  
H3A 2A5

**Police n° 9214459 (Cette police remplace la police portant le même numéro dont la date de mise en vigueur est le 4 octobre 2005)**

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

Raison sociale: **ALLIANCE DES CHORALES DU QUÉBEC INC.**

(ci-après appelée le «contractant»)

Adresse: 4545, rue Pierre-de-Coubertin  
C.P. 1000, Succursale «M»  
Montréal (Québec)  
H1V 3R2

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	30 000 \$
Remboursement des frais médicaux par suite d'un accident	15 000 \$
Soins dentaires par suite d'un accident	5 000 \$
Indemnité en cas de fracture	1 500 \$
Recours à un taxi en cas d'urgence	75 \$
Indemnité de réadaptation professionnelle	5 000 \$
Frais de cours individuels	2 000 \$
Prime	Voir «Prime initiale et compte rendu»
Montant global d'indemnisation	2 500 000 \$
Date d'effet	1 <sup>er</sup> avril 2010
Date d'expiration	1 <sup>er</sup> avril 2011

**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.

**Prime**

La présente police est établie moyennant le paiement par anticipation de la prime de la période d'assurance stipulée au Tableau; le montant de prime non remboursable figure également au Tableau.

**Prime initiale et compte rendu**

Cette police est émise en considération du paiement d'une prime de dépôt de 7 700 \$.

À la date d'effet et à la date de renouvellement de la police ou au plus tard soixante (60) jours suivant l'une de ces dates, le contractant fait parvenir à l'assureur ou à son mandataire un compte rendu sur lequel figure le nombre de chorales à assurer de ladite date anniversaire. La prime déposée est ajustée d'après le nombre de chorales assurées et au taux de 100 \$ par chorale par 12 mois.

**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

«Blessure» ou «Accident corporel». Les dommages corporels qui résultent d'un accident se produisant en cours d'assurance et qui atteignent l'assuré. Ils entraînent directement, c'est-à-dire indépendamment de toute autre cause, une perte couverte par la police, pourvu que cette blessure soit subie dans les circonstances et de la façon décrite à la section «Description des risques». Il est entendu que sont exclues toutes les maladies ou affections, sauf si elles sont la conséquence directe d'un accident.

«Accident». Toute atteinte corporelle non intentionnelle provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

«Maladie» ou «Affection». L'altération de l'état de santé, attribuée à des causes internes ou externes, se traduisant par des symptômes et des signes et se manifestant par une perturbation des fonctions ou par des lésions.

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

«Hôpital». Un établissement agréé, ouvert jour et nuit, qui traite les malades et les blessés; il y a en tout temps au moins un médecin de service et on y offre 24 heures sur 24 des soins infirmiers dispensés par du personnel infirmier autorisé. L'établissement dispose des installations nécessaires au diagnostic et à la chirurgie et est un hôpital de soins actifs, non principalement un centre médical, une maison de repos, un centre d'hébergement, un hôpital pour convalescents ou tout établissement de même nature. Aux fins de la présente définition, le «médecin» et le «personnel infirmier» peuvent être membres de la famille immédiate.

«Médecin». Un docteur en médecine (M.D.) (sauf l'assuré ou un membre de sa famille immédiate), dûment autorisé à exercer la médecine par un des organismes suivants:

- 1) Un organisme agréé chargé de la délivrance des permis d'exercer dans la région où le traitement est administré, sous réserve que le médecin en soit membre en règle;
- 2) Un organisme gouvernemental ayant pouvoir de réglementation sur la délivrance des permis d'exercer dans la région où le traitement est administré.

«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.

Par «recevoir les soins normaux», on entend les observations et les soins nécessaires, selon les

normes actuelles de la médecine, à la guérison de l'affection à l'origine du traitement ou de l'hospitalisation.

«Membre de la famille immédiate». Le fils, la fille, le père, la mère, le frère, la soeur, le beau-fils, la belle-fille, le beau-père, la belle-mère, le beau-frère, la belle-soeur - peu importe que leur lien de parenté soit naturel ou résulte d'une adoption ou d'un remariage -, le conjoint, le petit-fils, la petite-fille, le grand-père ou la grand-mère de l'assuré; est exclue toute personne qui n'a pas au moins dix-huit (18) ans.

«Capital assuré». Le montant stipulé au Tableau auquel a droit l'assuré.

En vue d'alléger le texte, on n'emploie que le masculin pour désigner les femmes et les hommes.

## 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 pendant qu'elle :

- (1) se trouve dans les bâtisses ou sur les terrains du contractant durant la période que la personne assurée est requise d'être sur ces lieux en raison d'être présente à une réunion cédulée par le contractant;
- (2) assiste ou participe à une activité du contractant cédulée et approuvée par une autorité compétente du contractant;
- (3) voyage directement à ou retourne avec d'autres membres, comme groupe, d'une activité du contractant inscrite à l'horaire et approuvée, pourvu que ce groupe soit à ce moment sous la surveillance compétente du contractant; et
- (4) voyage directement de sa résidence aux bâtisses ou terrains du contractant et vice versa afin d'assister à des réunions tous les jours réguliers que celles-ci ont lieu, ou afin de participer à une activité décrite selon (2).

Le terme «voyage directement de sa résidence aux bâtisses ou terrains du contractant et vice versa» signifie tout voyage qui conduit la personne assurée de sa résidence aux bâtisses ou terrains du contractant et vice versa sur un trajet normal et raisonnable, sans délai ou arrêt.

## Admissibilité à l'assurance

Tous les membres admissibles dont les noms apparaissent aux registres des chorales membres du contractant ayant cotisé au programme 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:

#### Perte

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

#### Perte ou perte de l'usage

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  
(hémiplegie) ..... 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 «hémiplegie», 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.

### **Transport après décès**

Si, par suite du décès par accident corporel de l'assuré à plus de cinquante kilomètres (50 km) de sa résidence, des prestations sont payables conformément aux conditions contractuelles, l'assureur s'engage à rembourser, jusqu'à concurrence d'une somme globale de quinze mille dollars (15 000 \$), ce qui suit: les frais réels et normaux de la préparation du corps et de son transport jusqu'au premier endroit choisi (notamment un salon funéraire ou un lieu d'inhumation) à proximité de la résidence du défunt.

L'indemnité n'est payable qu'en vertu d'une seule police de l'assureur établie au nom du contractant.

### **Indemnité de réadaptation professionnelle**

Si, par suite d'une blessure donnant droit à des prestations prévues par la disposition «Prestations en cas de perte accidentelle», l'assuré doit s'inscrire à un programme de réadaptation professionnelle, l'assureur s'engage à rembourser, les frais réels, normaux et nécessaires supportés par l'assuré au cours des trois (3) années suivant la perte.

L'indemnité se limite à quinze mille dollars (15 000 \$) par accident. Elle ne couvre ni les frais de pension ni les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

L'indemnité n'est payable qu'en vertu d'une seule police de l'assureur établie au nom du contractant.

### **Déplacement pour raisons familiales**

Si, par suite d'une blessure couverte par la disposition «Prestations en cas de perte accidentelle», l'assuré est hospitalisé à plus de cent cinquante kilomètres (150 km) de sa résidence et reçoit les soins appropriés d'un médecin, l'assureur s'engage à rembourser les frais réels et normaux suivants: les frais de logement des membres de la famille immédiate ou de leur représentant et les frais de déplacement aller et retour entre leur résidence et l'hôpital (selon le trajet le plus court). Ces frais peuvent être remboursés dans le cas d'une perte non couverte par la disposition «Prestations en cas de perte accidentelle» si l'hospitalisation dure au moins quatre (4) jours et commence au plus tard vingt-quatre (24) heures après l'accident. L'indemnité globale est plafonnée à dix mille dollars (10 000 \$) par accident. Sont toutefois exclus les frais de repas et autres frais normaux de subsistance, d'habillement ou de déplacement, à l'exception des frais stipulés ci-dessus. Si on se déplace dans un véhicule ou un appareil particulier, le remboursement se limite alors à trente-cinq cents (0,35 \$) le kilomètre.

Par «logement», on entend un logement à proximité de l'hôpital où séjourne l'assuré.

L'indemnité n'est payable qu'en vertu d'une seule police de l'assureur établie au nom du contractant.

### **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;
- 4) Sur la recommandation d'un médecin, les honoraires d'un physiothérapeute autorisé ou d'un thérapeute en sport agréé, sous réserve que normalement il n'habite pas chez l'assuré ni ne soit membre de sa famille immédiate; le remboursement est limité à trente-cinq dollars (35 \$) par traitement, à trois cent cinquante dollars (350 \$) par accident et à sept cents dollars (700 \$) par période d'assurance;
- 5) Les frais de transport d'un service autorisé d'ambulance ou, sur la recommandation d'un médecin, de tout autre véhicule ayant un permis de transport des passagers, y compris une ambulance aérienne; l'assuré peut être transporté à l'hôpital le plus proche qui dispose des installations permettant d'effectuer le traitement, ou en revenir;
- 6) Les frais de prothèses auditives, de béquilles, d'attelles, de plâtres, de bandages herniaires et d'appareils orthopédiques, mais non les frais d'appareils orthodontiques et de remplacement; le remboursement est limité à sept cent cinquante dollars (750 \$) par période d'assurance;
- 7) Les frais de location d'un fauteuil roulant, d'un poumon d'acier ou d'autres articles durables d'équipement nécessaires de façon provisoire au traitement; les frais ne doivent pas dépasser le prix d'achat en vigueur au moment de la location;
- 8) Les honoraires d'un chiropraticien autorisé, sous réserve que normalement il n'habite pas chez l'assuré ni ne soit membre de sa famille immédiate; le remboursement est limité à trente-cinq dollars (35 \$) par traitement, à trois cent cinquante dollars (350 \$) par accident et à sept cents dollars (700 \$) par période d'assurance.

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

### 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 (enfonceur localisé).....	100 %
Crâne (sans enfonceur 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 %
Omostrate.....	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.

### Indemnité de réadaptation professionnelle

Si, par suite d'une blessure donnant droit à des prestations en vertu de la disposition «Prestations en cas de perte accidentelle» de la présente police, l'assuré doit s'inscrire à un programme de réadaptation

professionnelle, l'assureur s'engage à rembourser les frais raisonnables et nécessaires effectivement supportés par l'assuré au cours des trois (3) années suivant l'accident.

Le maximum auquel a droit chaque assuré par suite d'un seul accident correspond à la somme figurant à la rubrique «Indemnité de réadaptation professionnelle» du Tableau. Sont exclus les frais de pension ou les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

### 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.

Par «conjoint», on entend la personne:

- a) à laquelle l'assuré est marié;
- b) avec laquelle l'assuré fait vie commune et qu'il présente publiquement comme son conjoint depuis au moins un (1) an avant la survenance du sinistre.

Une seule personne est admissible à titre de conjoint.

Si, tout en étant toujours marié, l'assuré fait vie commune avec une personne décrite précédemment en b), il peut choisir par écrit laquelle est assurée à titre de conjoint. La déclaration doit être remise au contractant avant la réalisation du risque assuré, sans quoi elle ne lie pas l'assureur. Si le contractant ne reçoit aucune déclaration, on présume que la personne à laquelle l'assuré est marié est le conjoint.

## 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) Le suicide ou les blessures volontaires.
- 2) La guerre, déclarée ou non.
- 3) La participation à une émeute, une insurrection, un mouvement populaire ou des troubles.
- 4) Le service à plein temps, à temps partiel ou temporaire dans les forces armées d'un pays.
- 5) Tout voyage, à titre de passager ou autre, à bord d'un véhicule ou d'un appareil de navigation aérienne, sauf ce qui est prévu à la disposition «Assurance aviation».
- 6) Les soins médicaux ou les interventions chirurgicales, 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 700, 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.

**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, AXA Assurances inc.** a autorisé la signature de la présente police par son président du conseil et par son président et chef de la direction. Toutefois, la police n'engage l'assureur que si elle est contresignée par son rédacteur de police dûment autorisé.



Président du conseil

Président et chef  
de la direction

Contresignataire \_\_\_\_\_  
Rédacteur de police

Fait le 3 mai 2010