

POLICE N° 1L780

ASSURANCE DE BASE EN CAS DE DÉCÈS OU MUTILIATION ACCIDENTELS

**POUR LES EMPLOYÉS
de
UNIVERSITÉ SAINTE-ANNE, MEMBRE DE «INTERUNIVERSITY SERVICES INC.**

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR : 01 avril 2014

Ce livret/certificat est un document important.
S'il vous plaît, gardez-le dans un endroit sûr.



DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES

1. Contractant

**UNIVERSITÉ SAINTE-ANNE,
MEMBRE DE «INTERUNIVERSITY
SERVICES INC.»**

2. Description des personnes admissibles

Tous les Employés actifs à temps plein et à temps partiel du Contractant résidant au Canada qui participent au régime de base d'assurance-vie collective du Contractant.

Si un Employé est absent du travail pour tout autre motif qu'un:

- a) congé authentique;
- b) congé de maternité/parental;

il ne sera à nouveau admissible à l'Assurance que lorsqu'il sera de nouveau et activement au travail.

« Employé » signifie un salarié canadien à temps plein ou à temps partiel âgé de moins de soixante-dix (70) ans.

3. Garantie d'assurance en cas de décès ou mutilation accidentels Capital assuré

Le Capital assuré correspond au montant que prévoit le régime de base actuel d'assurance-vie collective du Contractant.

Indemnités

A) Indemnités en cas de perte accidentelle :

- Perte
- Perte ou perte de l'usage
- Paralysie

B) Autres types d'indemnités :

- Indemnité de greffage par chirurgie
- Indemnité de rapatriement
- Indemnité d'études
- Indemnité de garde d'enfants
- Indemnité de réadaptation professionnelle
- Indemnité de modification du lieu de travail et d'adaptation
- Indemnité de formation professionnelle
- Indemnité d'Invalidité totale permanente
- Indemnité de déplacement pour raisons familiales
- Indemnité d'identification de la dépouille
- Indemnité de port de la Ceinture de sécurité

- Indemnité d'aménagement de la résidence et/ou d'un véhicule
- Indemnité hospitalière
- Indemnité de préjudice esthétique
- Indemnité de deuil
- Indemnité de frais funéraires
- Indemnité pour psychothérapie
- Indemnité d'agression
- Indemnité de détournement de voiture
- Indemnité de transport public
- Indemnité de coma
- Assurance aviation
- Couverture pour exposition aux éléments et disparition
- Indemnité de Lésion cérébrale
- Exonération de primes

4. Montant global d'indemnisation

Néant

5. Date d'effet de l'assurance individuelle

L'assurance de chaque Employé assuré entre en vigueur :

- a) à la Date d'effet de la police si l'Employé assuré est admissible à cette date;
- b) à la date de son retour effectif au travail à temps plein si l'Employé est absent à la Date d'effet de la police, sauf en cas de congés payés authentiques ou en cas de congé de maternité/parental;
- c) le quatre-vingt-dixième(90^{iem}) jours suivant la date d'embauche

de l'Employé,. si l'employé est admissible après la date d'effet de la police.

L'Employé admissible, assuré en vertu de la police précédente, est couvert d'office par la nouvelle police. S'il n'est pas effectivement au travail à plein temps, sauf en cas de congés payés authentiques ou en cas de congé de maternité/parental, à la date à laquelle il serait normalement couvert par la nouvelle Police, l'Employé continue d'être assuré en vertu des stipulations de la police précédente. La nouvelle Police n'entre en vigueur qu'à la date de son retour effectif au travail à plein temps.

6. Date d'effet de la Police

La Police est établie à 0 h 01, heure normale, le 1^{er} septembre 2014, à l'adresse du Contractant.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Définitions

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

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

« Assuré » signifie un Employé assuré dont la couverture individuelle aux termes de la Police est en vigueur.

« 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, 24 heures sur 24, n'importe où dans le monde entier; 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 à l'article 3 des Dispositions Spécifiques applicable à l'Assuré et indiqué sur la plus récente carte d'adhésion signée par l'Employé assuré dans les archives du Contractant, s'il y a lieu.

« Conjoint » signifie une personne de moins de soixante-dix (70) ans :

- 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.

« Début de l'invalidité totale » signifie la date où l'Invalidité totale de l'Assuré déclarée par un Médecin a commencé, pourvu qu'à cette date, l'Assuré respecte, à la satisfaction de l'Assureur, tous les critères d'Invalidité totale.

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

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

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

- 3) n'a pas, en raison d'une infirmité ou de déficience mentale, d'emploi viable et est complètement à la charge du salarié, conformément aux dispositions de la Loi de l'impôt sur le revenu.

L'enfant à charge sera couvert à partir de sa naissance, pourvu qu'il soit né vivant.

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

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

« Invalidité totale » ou « Totalement invalide », on fait référence ou on renvoie directement à un état continu d'incapacité qui empêche l'Assuré d'exercer toutes les fonctions usuelles et habituelles relatives à son emploi.

L'Assuré sera réputé être Totalelement invalide seulement s'il ne tire pas de revenus d'un emploi après le Début de son Invalidité totale, directement ou indirectement, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé par l'Assureur.

Pour qu'une Invalidité totale soit reconnue, l'état de l'Assuré doit exiger que des Soins et suivi normaux lui soient prodigués par un Médecin ou un spécialiste pertinent. La preuve des Soins et suivi normaux doit être jugée satisfaisante par l'Assureur.

« 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.

« Police » signifie la Police n° 1L780 ainsi que la Proposition-cadre qui y est jointe, tout avenant et tous documents joints.

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

« Tarif » signifie le tarif régulier facturé pour :

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

Chacun de ces transporteurs doit détenir un certificat en cours de validité émis par Transport Canada ou, s'il est assujéti à la réglementation d'un autre pays, par une autorité gouvernementale similaire ayant compétence dans ce pays.

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

« Véhicule automobile » signifie une voiture de tourisme, une fourgonnette, un véhicule tout-terrain, un véhicule utilitaire sport (VUS), un camion, une ambulance ou tout

type de véhicule automobile utilisé par les corps de police municipaux, provinciaux ou fédéraux.

Par « guerre déclarée ou ouverte », on entend toute hostilité opposant les forces armées de divers États ou nations, de leurs dirigeants ou encore opposant divers groupes sociaux d'un même État ou d'une même nation.

Par « guerre non déclarée », on entend toute hostilité opposant les forces armées de divers États ou nations, de leurs dirigeants ou encore opposant divers groupes sociaux d'un même État ou d'une même nation, hostilité n'ayant fait l'objet d'aucune déclaration publique ou solennelle.

Il ne faut pas confondre la guerre non déclarée avec une émeute. L'émeute ne tient nullement compte de la légitimité des objectifs poursuivis et de la manière dont on veut les atteindre. La guerre (déclarée ou non), par contre, ne peut exister que s'il y a au moins une entité politique disposant de son propre gouvernement et prêt à respecter les règles codifiées dans divers traités, conventions ou lois portant sur le droit de la guerre.

Par « terrorisme », on entend l'utilisation systématique de la terreur par une personne ou un groupe qui veut intimider et forcer une population ou un gouvernement à accéder à ses demandes.

Prestation en cas de Perte accidentelle

Lorsque, dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date d'un Accident, un Assuré subit une des Pertes accidentelles énumérées ci-dessous par suite d'une Blessure résultant de cet Accident, l'Assureur versera des prestations comme suit :

Perte

La vie Le Capital assuré

La vue complète
des deux yeux Le Capital assuré

La parole et l'ouïe
des deux oreilles Le Capital assuré

Une main et la vue
complète d'un œil Le Capital assuré

Un pied et la vue
complète d'un œil Le Capital assuré

La vue complète
d'un œil Le Capital assuré

La parole Le Capital assuré

L'ouïe des deux
oreilles Le Capital assuré

L'ouïe d'une
oreille La moitié du Capital assuré

Tous les orteils
d'un pied Le tiers du Capital assuré

Perte ou Perte de l'usage

Les deux mains Le Capital assuré

Les deux pieds Le Capital assuré

Une main et un pied Le Capital assuré

Un bras Le Capital assuré

Une jambe Le Capital assuré

Une main Le Capital assuré

Un pied Le Capital assuré

Le pouce et l'index ou au
moins quatre doigts d'une
main Les deux cinquièmes du Capital assuré

Paralysie

Les quatre membres
(Quadriplégie) Le double du Capital assuré

Les deux membres inférieurs
(Paraplégie) Le double du Capital assuré

Une moitié du corps
(Hémiplégie) Le double du Capital assuré

Toutefois, en ce qui concerne la Quadriplégie, la Paraplégie et l'Hémiplégie, si l'Assuré décède dans les quatre-vingt dix (90) jours suivant la date de l'Accident, les prestations payables par l'Assureur se limiteront au Capital assuré.

Les prestations prévues aux termes du présent article pour toutes les Pertes accidentelles subies par un Assuré par suite d'un (1) seul Accident ne dépasseront pas ce qui suit :

- a) Le Capital assuré, sauf dans les cas de Quadriplégie, de Paraplégie ou d'Hémiplégie; ou

- b) Le double du Capital assuré en cas de Quadriplégie, de Paraplégie et d'Hémiplégie, pourvu que l'Assuré survive plus de quatre-vingt-dix (90) jours après la date de l'Accident.

Aux termes du présent article, en aucun cas l'Assureur ne paiera plus du double du Capital assuré par suite du même Accident, sans égard à la combinaison des pertes subies.

« Perte accidentelle » signifie la Perte de la vie, une Perte, la Perte de l'usage, la Quadriplégie, la Paraplégie ou l'Hémiplégie, le tout au sens donné ci-dessous.

« Perte de la vie » signifie le décès de l'Assuré.

« Perte » signifie :

- a) dans le cas d'une main ou d'un pied, le sectionnement total et irrémédiable à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus, mais en dessous de l'articulation du coude ou du genou;
- b) dans le cas d'un bras ou d'une jambe, le sectionnement total et irrémédiable à l'articulation du coude ou du genou ou au-dessus;
- c) dans le cas d'un pouce, le sectionnement total et irrémédiable d'une phalange;
- d) dans le cas d'un doigt, le sectionnement total et irrémédiable de deux phalanges;
- e) dans le cas d'un orteil, le sectionnement total et irrémédiable d'une phalange du gros orteil et de toutes les phalanges des autres orteils;

- f) dans le cas d'un œil, la perte totale et irrémédiable de la vue, cette perte étant déclarée irrémédiable par un Médecin;

- g) dans le cas de la parole, la perte totale et irrémédiable de la capacité d'émettre des sons intelligibles, cette perte étant déclarée irrémédiable par un Médecin;

- h) dans le cas de l'ouïe, la perte totale et irrémédiable de l'ouïe, cette perte étant déclarée irrémédiable par un Médecin.

« Perte de l'usage » signifie l'incapacité totale d'utiliser une partie du corps, cette incapacité devant se poursuivre pendant douze (12) mois consécutifs au terme desquels elle est déclarée permanente par un Médecin.

« Paralyse » signifie la perte de la motricité d'une ou de plusieurs parties du corps.

« Quadriplégie » signifie la Paralyse permanente et la perte d'usage fonctionnelle des deux membres supérieurs et des deux membres inférieurs.

« Paraplégie » signifie la Paralyse permanente et la perte d'usage fonctionnelle des deux membres inférieurs.

« Hémiplégie » signifie la Paralyse permanente et la Perte d'usage fonctionnelle du membre supérieur et du membre inférieur d'un même côté du corps.

Indemnité de greffage par chirurgie

Si un membre ou un appendice ou une partie d'un membre ou d'un appendice de l'Assuré est sectionné complètement par suite d'une Blessure, et que ce membre, cet appendice ou cette partie de membre ou d'appendice sectionné est par la suite greffé par chirurgie dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'Accident ayant causé cette Blessure, l'Assureur versera alors à l'Assuré les prestations suivantes :

- 1) Que l'Assuré regagne ou non l'usage de son membre, de son appendice ou de la partie du membre ou de l'appendice sectionné, l'Assureur versera des prestations correspondant à 50 % des prestations qui auraient été payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle » pour la Perte de ce membre, de cet appendice ou de cette partie de membre ou d'appendice si le greffage par chirurgie n'avait pas été effectué.
- 2) Si, après le greffage du membre, de l'appendice ou de la partie de membre ou d'appendice sectionné et dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'Accident ayant causé cette Blessure, l'Assuré subit une Perte de l'usage irréversible, totale et permanente de ce membre, de cet appendice ou de cette partie de membre ou d'appendice greffé, l'Assureur versera pour cette Perte de l'usage les prestations prévues à la disposition « Prestations en cas de Perte

accidentelle », déduction faite de tout autre montant payé ou payable conformément au paragraphe 1) ci-dessus de la présente disposition « Indemnité de greffage par chirurgie ».

- 3) Si, après le greffage du membre, de l'appendice ou de la partie de membre ou d'appendice sectionné et dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'Accident ayant causé cette Blessure, le greffage ne réussit pas et que le membre, l'appendice ou la partie de membre ou d'appendice doit être amputé, l'Assureur versera pour la Perte de ce membre, de cet appendice ou de cette partie de membre ou d'appendice les prestations prévues à la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle », déduction faite de tout autre montant payé ou payable conformément aux paragraphes 1) et 2) de la présente disposition « Indemnité de greffage par chirurgie ».

Les prestations payables en vertu de cette disposition et de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle » à un même Assuré à la suite d'un (1) seul Accident ne dépasseront pas le Capital assuré.

Indemnité de rapatriement

Si, par suite de la Perte de la vie de l'Assuré découlant d'une Blessure subie à plus de cinquante kilomètres (50 km) de sa résidence habituelle, des prestations sont payables en

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

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

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

Indemnité d'études

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

moins élevé des montants suivants :

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

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

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

Le versement des prestations s'effectue chaque année dès réception par l'Assureur d'une preuve qu'il juge satisfaisante de l'inscription à plein temps de l'Enfant à charge dans un Établissement d'enseignement post-secondaire. Aucun montant ne sera versé à l'égard de frais engagés avant la Perte de la vie de l'Assuré ni pour les frais de pension, les livres et les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

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

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

Indemnité de garde d'enfants

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

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

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

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

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

habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

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

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

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

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

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

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

Indemnité de réadaptation professionnelle

Si, par suite d'une Perte accidentelle subie par un 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 modification du lieu de travail et d'adaptation

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 cet Assuré, pour pouvoir raisonnablement reprendre le travail actif auprès du Contractant, doit voir son lieu de travail faire l'objet de modifications et/ou être muni d'un équipement adapté, l'Assureur remboursera les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés par le Contractant, sous réserve de ce qui suit :

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

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

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

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

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

Indemnité de formation professionnelle

Si, par suite de la Perte de la vie d'un Employé assuré découlant d'une Blessure, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle », l'Assureur remboursera les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés par le Conjoint, dans les trois (3) années qui suivent cette perte, pour participer à un programme officiel de formation professionnelle qui lui permet d'acquérir les compétences propres à l'occupation d'un emploi qu'il n'aurait pas été apte à exercer autrement. L'indemnité ne couvre ni les frais de pension ni les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

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

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

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

Indemnité d'Invalidité totale permanente

Si, par suite d'une Blessure, un Employé assuré devient Totalement invalide dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent la date de l'Accident ayant entraîné la Blessure et que cette Invalidité totale se poursuit pendant douze (12) mois consécutifs après le Début de l'invalidité totale, au terme desquels elle est permanente, l'Assureur paiera le Capital assuré, déduction faite de tout montant payé ou payable en raison de l'Accident en question en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle ».

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.

L'assureur ne paiera pas toute indemnité sauf si par suite d'une perte non couverte en vertu du présent programme l'assuré est hospitalisé ou si par suite de toute autre blessure l'hospitalisation dure au moins quatre (4) jours et commence au plus tard vingt-quatre (24) heures après l'accident et que tel hôpital est à plus de 50 kilomètres de sa résidence.

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 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'identification de la dépouille

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

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

Le remboursement des frais de Transport se limite à un seul voyage aller-retour pour identifier la dépouille de l'Assuré. Plusieurs moyens de Transport peuvent être utilisés au

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

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

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

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

Indemnité de port de la Ceinture de sécurité

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

la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle ».

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

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

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

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

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

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

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

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

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 hospitalière

Si, par suite d'une Perte accidentelle subie par l'Assuré et découlant d'une Blessure, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle » et que l'Assuré doit séjourner à l'Hôpital à cause de la Blessure et recevoir les Soins et suivi normaux d'un Médecin pendant au moins quatre (4) jours consécutifs, l'Assureur versera une Indemnité quotidienne, à la condition toutefois que la Période d'hospitalisation soit nécessaire au traitement de la Blessure. Cette Indemnité quotidienne est versée à compter du premier (1^{er}) Jour d'hospitalisation, jusqu'à un maximum de trois cent soixante-cinq (365) jours par Accident. Par dérogation à toute stipulation contraire de la Police, une Période d'hospitalisation nécessaire au traitement d'une Blessure ayant entraîné une Perte accidentelle est couverte aux termes de la présente disposition pourvu qu'elle commence :

- 1) au cours des trois cent soixante-cinq (365) jours suivant l'Accident à l'origine de la Blessure; et
- 2) pendant que la couverture individuelle de l'Assuré aux termes de la Police est en vigueur.

Cette Indemnité quotidienne sera calculée à compter du premier (1^{er}) Jour d'hospitalisation, à la condition que l'Assuré soit hospitalisé pendant au moins quatre (4) jours consécutifs.

Dans le cas de toutes les Blessures de l'Assuré résultant d'un (1) seul Accident, une seule Période d'hospitalisation est payable.

« Indemnité quotidienne » signifie un trentième de un pour cent (1/30 de 1 %) du Capital assuré de l'Assuré, jusqu'à concurrence de deux mille cinq cent dollars (2 500 \$) par mois.

« Période d'hospitalisation » signifie un séjour unique et ininterrompu à l'Hôpital ou plusieurs séjours successifs à l'Hôpital résultant d'un seul Accident, sous réserve toutefois que l'intervalle entre chaque séjour soit de moins de quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs et que tous les séjours se produisent dans les sept cent trente (730) jours de la date de l'Accident.

« Jour d'hospitalisation » signifie toute Période d'hospitalisation nécessaire correspondant à la facturation d'hôpital pour une journée complète.

Indemnité de préjudice esthétique

Par suite d'une Brûlure subie par l'Assuré découlant d'une Blessure, l'Assureur paiera des prestations calculées en multipliant le Capital assuré par le Facteur de classification de la zone indiqué dans le Tableau de calcul

de l'indemnité pour préjudice esthétique en cas de Brûlure et par le pourcentage de la surface corporelle brûlée, sous réserve du Pourcentage maximal permis pour la surface corporelle brûlée indiqué dans le tableau.

« Brûlure » signifie dans la Police un état qu'un Médecin déclare être une brûlure au 3^e degré.

Le Pourcentage maximal permis pour la surface corporelle brûlée indiqué dans le Tableau de calcul de l'indemnité pour préjudice esthétique en cas de Brûlure est basé sur la totalité de la zone du corps brûlée. Le Médecin traitant déterminera le pourcentage applicable à chaque brûlure.

Si l'Assuré présente une ou des Brûlures à plus d'un (1) endroit sur le corps par suite d'un (1) seul Accident, les prestations payables pour l'ensemble de la Brûlure ou des Brûlures ne dépassera pas la totalité (100 %) du Capital assuré de cette personne.

Tableau de calcul de l'indemnité pour préjudice esthétique en cas de Brûlure

Partie du corps	Facteur de classification de la zone
Visage, cou, tête	11
Main et avant-bras (droit)	5
Main et avant-bras (gauche)	5
Bras (droit)	3
Bras (gauche)	3
Tronc (face antérieure).....	2
Tronc (face postérieure).....	2

Cuisse (droite).....	1
Cuisse (gauche).....	1
Jambe – sous le genou (droite).....	3
Jambe – sous le genou (gauche).....	3
Partie du corps	Pourcentage maximal permis pour la surface corporelle brûlée
Visage, cou, tête	9,0 %
Main et avant-bras (droit).....	4,5 %
Main et avant-bras (gauche).....	4,5 %
Bras (droit).....	4,5 %
Bras (gauche).....	4,5 %
Tronc (face antérieure)	18,0 %
Tronc (face postérieure)	18,0 %
Cuisse (droite).....	9,0 %
Cuisse (gauche).....	9,0 %
Jambe – sous le genou (droite).....	9,0 %
Jambe – sous le genou (gauche).....	9,0%

Si des prestations sont payables en vertu de la présente disposition et d'une des dispositions suivantes : « Prestations en cas de Perte accidentelle », « Indemnité d'Invalidité totale permanente », « Indemnité de Coma » ou « Indemnité de Lésion cérébrale », le montant global payable en vertu de toutes ces dispositions ne peut dépasser la totalité (100 %) du Capital assuré de l'Assuré ou, si ces prestations comprennent une indemnité en cas de Paralyse, le double (200 %) du Capital assuré.

Indemnité de deuil

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

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

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

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

Indemnité de frais funéraires

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

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

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

Indemnité pour psychothérapie

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

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

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

Indemnité d'agression

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

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

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

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

Indemnité de détournement de voiture

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

Indemnité de transport public

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

Indemnité de Coma

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

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

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

Assurance aviation

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

- a) Tout voyage à titre de passager, et non en qualité de membre de l'équipage, notamment le pilote, à bord d'un aéronef dont le certificat de navigabilité est en règle et qui est piloté par une personne possédant un brevet de pilote en règle correspondant au type d'aéronef.
- b) Tout voyage à titre de passager, et non en qualité de membre de l'équipage, notamment le pilote, à bord d'un aéronef exploité par les Forces armées canadiennes ou par les forces armées d'une autorité gouvernementale dûment constituée de tout autre pays reconnu.
- c) L'embarquement dans un aéronef, la descente d'un aéronef ou le heurt par un aéronef.

Couverture pour exposition aux éléments et disparition

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

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

Indemnité de Lésion cérébrale

Si, par suite d'une Blessure, l'Assuré subit une Lésion cérébrale, l'Assureur versera le Capital assuré, déduction faite de tout autre montant payé ou payable en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle » en raison de l'Accident en question, à la condition que :

- 1) La Lésion cérébrale survienne dans les cent vingt (120) jours suivant l'Accident; et
- 2) La Lésion cérébrale nécessite l'hospitalisation de l'Assuré pendant au moins sept (7) des cent vingt (120) jours suivant la Blessure; et
- 3) Un Médecin détermine, à la satisfaction de l'Assureur, que l'Assuré a démontré des signes de Lésion cérébrale pendant au moins six (6) mois consécutifs.

« Lésion cérébrale » signifie une lésion cérébrale physique irréversible entraînant une incapacité complète à exécuter les tâches et les activités essentielles et importantes de la vie quotidienne.

Montant global d'indemnisation

Le montant global d'indemnisation de l'Assureur pour toutes les prestations payables en raison d'un (1) seul Accident d'aéronef est stipulé à l'article 4 des Dispositions Spécifiques. Si ce montant ne suffit pas à couvrir le plein montant de l'indemnité auquel a droit chaque Assuré, la somme alors payable à chaque Assuré correspondra au rapport entre le montant global d'indemnisation pour un (1) seul Accident d'aéronef et la somme globale des prestations qui auraient été payables, compte non tenu du montant global d'indemnisation.

La présente disposition ne s'applique qu'aux prestations payables en vertu des dispositions suivantes :

- Prestations en cas de Perte accidentelle
- Indemnité d'Invalidité totale permanente
- Indemnité de Lésion cérébrale
- Indemnité de Coma

Paiement des prestations et bénéficiaires

Les prestations pour la Perte de la vie d'un Employé assuré sont payables au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par écrit sur la proposition d'assurance collective du régime de base, conservée dans les archives du Contractant ou de l'assureur du régime de base, selon le cas; en l'absence de désignation, elles sont versées aux ayants droit de l'Employé assuré. Toutes les autres prestations sont versées à l'Employé assuré, à l'exception des prestations payables en vertu des dispositions suivantes, qui sont versées à la

personne qui a effectivement encouru les frais donnant lieu aux prestations :

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

Résiliation de la couverture individuelle

La couverture de l'Assuré prévue aux termes de la Police prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- 1) à la date de la résiliation de la Police;
- 2) à la date d'échéance de la prime si le Contractant n'acquiesce pas la prime exigible, sauf en cas d'erreur commise par inadvertance;
- 3) à la date d'échéance de la prime coïncidant avec la date ou suivant la date à laquelle l'Employé assuré atteint l'âge de soixante-dix (70) ans;
- 4) à la date d'échéance de la prime coïncidant avec la date ou suivant la date où l'Employé assuré cesse d'être

au service actif du Contractant en raison d'une absence autorisée, d'une mise à pied, d'un congé de maternité/parental, d'une invalidité, d'une démission, d'un congédiement ou de la retraite, sauf comme il est prévu aux dispositions ci-dessous :

- Exonération de primes
- Maintien de la couverture lors d'une absence autorisée
- Extension de couverture

Exonération de primes

Lorsque, en vertu de la disposition d'exonération de primes du régime de base d'assurance-vie collective du Contractant, l'assurance-vie de l'Employé assuré est étendue par suite d'une invalidité totale, la couverture prévue par la Police est également étendue et l'exonération de primes entre en jeu.

L'Assureur a le droit de demander, raisonnablement, une attestation de l'invalidité totale ou de sa persistance. Ne pas lui remettre d'attestation peut entraîner la fin de l'exonération de primes.

La couverture étendue en vertu de la présente disposition est sous réserve des conditions de la Police qui s'appliquent avant le début de l'invalidité totale, y compris toute disposition prévoyant la réduction du montant d'assurance ou d'une indemnité.

Nonobstant toute stipulation contraire de la Police, la prestation payable en raison d'un événement couvert survenu pendant le maintien en vigueur de la couverture en vertu de la présente disposition ne peut en aucun cas dépasser le montant qui aurait été payable, s'il y a lieu, à l'Assuré avant le début de l'invalidité totale de l'Employé assuré.

Maintien de la couverture lors d'une absence autorisée

La couverture individuelle en vertu de la Police sera maintenue en vigueur pour un Employé assuré pendant une grève, une absence autorisée, une mise à pied temporaire, un congé de maternité/parental ou un congé pour invalidité de l'Employé assuré, pourvu que le paiement de la prime se poursuive.

Le maintien en vigueur de la couverture prendra fin à 0 h 01, heure normale :

- 1) à l'égard de toute absence autorisée par le Contractant, le premier (1^{er}) jour du mois suivant la fin d'une période de douze (12) mois ayant commencé à la date à laquelle cette absence autorisée a débuté ou à la date à laquelle l'Employé assuré retourne au travail à tout titre pour le Contractant ou un autre employeur, y compris un travail autonome, selon la première de ces éventualités. Le maintien en vigueur de la couverture pour des périodes de plus de douze (12) mois peut être octroyé, sous réserve d'une demande écrite soumise par le Contractant à l'Assureur;

- 2) à l'égard de toute mise à pied temporaire autorisée par le Contractant, le premier (1^{er}) jour du mois suivant la fin d'une période de douze (12) mois ayant commencé à la date à laquelle cette mise à pied temporaire a débuté ou à la date à laquelle l'Employé assuré retourne au travail à tout titre pour le Contractant ou un autre employeur, y compris un travail autonome, selon la première de ces éventualités. Le maintien en vigueur de la couverture pour des périodes de plus de douze (12) mois peut être octroyé, sous réserve d'une demande écrite soumise par le Contractant à l'Assureur;
- 3) à l'égard d'une grève, le trente et unième (31^e) jour suivant le début de la grève;
- 4) à l'égard d'un congé de maternité/parental autorisé par le Contractant, à la date à laquelle l'Employé assuré retourne au travail à tout titre pour le Contractant ou un autre employeur, y compris un travail autonome; et
- 5) à l'égard d'une absence pour invalidité autorisée par le Contractant, à la date à laquelle l'Employé assuré atteint l'âge de soixante-dix (70) ans, est admissible à une exonération de primes ou retourne au travail à tout titre, selon la première de ces éventualités.

La couverture fournie en raison du maintien en vigueur aux termes de la présente disposition sera sous réserve des conditions

de la Police qui s'appliquent au début de l'absence, y compris toute disposition prévoyant la réduction du montant d'assurance.

Nonobstant toute stipulation contraire de la Police, la prestation payable en raison d'un événement couvert survenu pendant le maintien en vigueur de la couverture individuelle aux termes de la présente disposition ne peut en aucun cas dépasser le montant qui aurait été payable à l'Assuré au début de l'absence de l'Employé assuré.

Maintien de la couverture

La couverture individuelle en vertu de la Police sera maintenue en vigueur pour une période allant jusqu'à douze (12) mois pour l'Employé assuré dont le Contractant a mis fin à l'emploi si ce maintien en vigueur de l'assurance est exigé par une loi provinciale ou fédérale applicable en matière d'emploi ou par une convention d'indemnité de départ reçue par l'Employé assuré de la part du Contractant et que le paiement des primes conformément aux Dispositions Spécifiques se poursuit.

Cette extension de couverture prendra fin à 0 h 01, heure normale, le premier (1^{er}) jour du mois suivant la fin de la période de douze (12) mois ou la date à laquelle l'Employé assuré retourne au travail à tout titre, selon la première de ces éventualités.

L'extension de couverture pour des périodes de plus de douze (12) mois peut être octroyée, sous réserve d'une demande écrite soumise par le Contractant à l'Assureur.

La couverture fournie en raison de l'extension aux termes de la présente disposition sera sous réserve des conditions de la Police qui s'appliquent à la date de la cessation d'emploi, y compris toute disposition prévoyant la réduction du montant d'assurance.

Nonobstant toute stipulation contraire de la Police, la prestation payable en raison d'un événement couvert survenu pendant le maintien en vigueur de la couverture en vertu de la présente disposition ne peut en aucun cas dépasser le montant qui aurait été payable à l'Employé assuré à la date de la cessation d'emploi.

Transformation en un contrat d'assurance individuelle

Si la couverture de l'Employé assuré prend fin en raison d'un des motifs suivants :

- a) l'Employé assuré cesse d'être un employé actif du Contractant en raison d'une démission, d'un congédiement, de sa retraite ou de son non-retour au travail à la fin d'une invalidité totale; ou
- b) l'Employé assuré n'est plus une personne admissible aux termes de la Police, comme il est décrit à l'article 2 des Dispositions Spécifiques; ou
- c) la période d'extension de couverture comme elle est prévue à la disposition « Extension de couverture » prend fin,

l'Employé assuré qui n'a pas encore atteint l'âge de soixante-dix (70) ans peut remettre une demande écrite à l'Assureur dans les trente et un (31) jours de la résiliation afin d'obtenir une police individuelle d'assurance contre les accidents. À la réception de cette demande, l'Assureur émet, sans preuve d'assurabilité, une police individuelle d'assurance contre les accidents à la personne qui a fait la demande.

Cependant, la transformation ne sera pas possible si la Police est résiliée au moment de la demande.

Les prestations prévues seront énoncées dans un Avenant relatif aux prestations en cas de Perte accidentelle disponible auprès de l'Assureur au moment de la transformation, et le montant à transformer ne peut dépasser le plus petit des montants suivants :

- a) le montant de l'assurance en vigueur à la date de résiliation; ou
- b) un plafond de deux cent cinquante mille dollars (250 000 \$) pour toutes les transformations demandées par l'Employé assuré.

La prime de la police individuelle d'assurance contre les accidents établie conformément à ce qui précède est calculée selon le tarif établi par l'Assureur, d'après l'âge atteint de l'Employé assuré à la date de transformation. La police individuelle d'assurance contre les accidents est renouvelable annuellement et la prime annuelle est payable par anticipation.

Retraite

Si l'assuré prend sa retraite son assurance se termine à la date coïncidant avec la date à laquelle l'assuré n'est plus au service du contractant.

Exclusions

Aucune prestation ne sera versée en cas de perte, mortelle ou non, causée principalement ou accessoirement par ce qui suit :

- a) les blessures volontaires, le suicide ou la tentative de suicide, que l'Assuré ait été sain d'esprit ou non;
- b) la guerre, déclarée ou non, et que l'Assuré y ait participé réellement ou non; au Canada et aux États-Unis d'Amérique;
- c) un mouvement populaire, une émeute, une insurrection, un conflit armé auquel l'Assuré a participé;
- d) le service de l'Assuré, à titre de combattant ou de non-combattant, dans les forces armées d'un pays;
- e) 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 »;
- f) les soins médicaux ou les interventions chirurgicales à l'égard de l'Assuré, sauf s'ils sont consécutifs à un Accident.

Dispositions relatives aux sinistres

Déclaration de sinistre. La déclaration écrite de la Blessure faisant 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. Une telle déclaration doit être remise par écrit par l'Assuré, le bénéficiaire ou la personne qui a droit à la prestation en vertu de la Police, selon le cas, ou en leur nom, au 2020, rue University, bureau 1800, Montréal (Québec), H3A 2A5, à un de ses bureaux régionaux ou à un de ses mandataires autorisés et accompagnée des renseignements permettant d'identifier l'Assuré dont la perte constitue le fondement de cette déclaration. La non-présentation de la déclaration dans le délai imparti dans la Police n'invalide pas la demande de règlement s'il est prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de le faire et que la déclaration a été présentée dès que possible, mais dans tous les cas pas plus de un (1) an après l'Accident.

Formulaires de demande de règlement.

Dès réception de la déclaration de sinistre, l'Assureur accepte de remettre 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 de la Police à l'égard de la preuve de sinistre s'il soumet, dans le délai imparti dans la Police, 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 qu'il n'était pas raisonnablement possible de le faire et que la déclaration a été présentée dès que possible, mais dans tous les cas pas plus de un (1) an après l'Accident.

Examen physique et autopsie. Tant que la demande de règlement est en cours de validation, 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 de la Police sont réglées dès que l'Assureur reçoit une preuve de sinistre qu'il juge suffisante et qui se conforme aux exigences de la Police. À l'égard des Assurés du Contractant pour qui les primes sont payées en dollars canadiens, toutes les sommes payables aux termes de la Police le sont dans la monnaie légale du Canada. À l'égard des Assurés du Contractant pour qui les primes sont payées en dollars américains, toutes les sommes payables aux termes de la Police le sont dans la monnaie légale des États-Unis.

Action contre l'Assureur. Pour qu'une action en demande de règlement au titre de la Police 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 de la Police, et un délai maximal de un (1) an [trois (3) ans dans la province de Québec].

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