

Police n° 1SJ90

Il est entendu et convenu que la police d'assurance officielle du contractant est la police anglaise 1SJ90. Ceci est une traduction seulement

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

Raison sociale: **M KIRSCH SERVICES FINANCIERS**

(ci-après appelée le «contractant»)

Adresse: **A/S PROGRAMME D'ASSURANCE POUR ATHLÈTES CANADIENS**
640, Lakeshore Drive, bureau 100
Dorval (Québec)
H9S 2B6

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 des prestations accidentelles

Voir «Annexe»

Date d'entrée en vigueur et durée de la police

Cette Police est émise pour la période débutant le 1^{er} juin 2018 et se terminant le 1^{er} juin 2019. Elle entre en vigueur à 0 h 1 min, heure normale à l'adresse du contractant, et toutes les années et mois d'assurance

Police # 1SJ90

sont calculés à partir de cette date. Elle demeure en vigueur pendant la période pour laquelle la prime a été payée. Elle peut être renouvelée pour d'autres périodes consécutives, sous réserve du consentement de l'assureur et du paiement des primes au taux et au montant déterminés à la date du renouvellement.

Taux de primes

Bronze :	25 \$ par personne par 12 mois
Argent :	50 \$ par personne par 12 mois
Or :	80 \$ par personne par 12 mois

La durée de la protection est de 12 mois à compter de la date d'adhésion.

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

Suite à un accident entraînant une perte remboursable en vertu des dispositions «Prestation en cas de perte accidentelle», «Soins dentaires par suite d'un accident» et «Frais de prothèses dentaires ou de ponts», la perte sera remboursée si l'accident est survenu au Canada et si les frais y sont également engagés. Si vous avez acheté la protection hors Canada sous la police 1RN65, vos dépenses engagées au Canada suite à un accident survenu hors du Canada seront considérées. Pour toutes les autres prestations payables, les frais engagés sont remboursables n'importe où dans le monde.

Définitions

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

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

« Blessure » signifie une lésion corporelle qui résulte d'un Accident se produisant pendant que la Police est en vigueur en ce qui a trait à l'Assuré, sur lequel la demande de règlement est fondée et qui entraîne directement et indépendamment de toute autre cause, un sinistre couvert par la Police, pourvu que cette blessure soit subie dans les circonstances et de façon décrite à la section « Description des risques »; sont exclues toutes les Maladies ou Affections quelle que soit leur cause, sauf si elles sont la conséquence d'un Accident.

« Capital assuré » signifie le montant stipulé au Tableau.

« Conjoint » signifie une personne:

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

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

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

« 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.

« 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° 1SJ90, tout avenant, annexe 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.

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 :

- a) L'assuré prend part à un exercice du ou des sports qui est approuvé par les autorités compétentes d'une association sportive nationale, et est sous leur surveillance; ou
- b) L'assuré, se rend sur les lieux de l'exercice, ou en revient; l'exercice est sous la surveillance des autorités compétentes d'une association sportive nationale.

Personnes Assurées

Tous les athlètes, entraîneurs, gérants et officiels, membres en règle d'une association sportive nationale, à l'exception de ceux qui ne sont pas couverts par un régime provincial d'assurance maladie, pour laquelle un régime à été choisit par chaque organisme sportif.

Prestation en cas de perte accidentelle

Si la blessure entraîne une des pertes ci-après dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent l'accident, 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 oreilleLes 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 piedDeux 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 mainLes deux tiers du capital assuré

Paralysie totale

Les deux membres supérieurs et inférieurs (quadriplégie)Deux fois le capital assuré
 Les deux membres inférieurs (paraplégie).....Deux fois le capital assuré
 Les membres supérieurs et inférieurs d'un côté du corps (hémiplégie).....Deux fois le capital 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 irréversible de la vue.

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

Par «perte», comme il est employé ci-dessus, on entend dans le cas de la quadriplégie, de la paraplégie et de l'hémiplégie, la paralysie totale et irréversible des membres atteints.

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

Si l'assuré, suite à un seul et même accident, subit plusieurs pertes couvertes par la présente garantie, une seule prestation lui est versée, soit la plus généreuse. 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 montant du capital assuré.

Prestation d'invalidité permanente totale

Si, dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant un accident, l'assuré est atteint d'invalidité totale et ne peut exercer aucun emploi rémunérateur pour lequel il est raisonnablement qualifié, ou peut le devenir grâce à son instruction, sa formation ou son expérience, l'assureur s'engage comme suit: il lui remet en un seul versement le capital assuré stipulé au «Tableau des prestations accidentelles» dans la rubrique «Prestation d'invalidité permanente totale», déduction faite de tout autre montant payé ou payable par suite du même accident en vertu de la disposition «Prestation en cas de perte accidentelle». L'invalidité totale doit se poursuivre pendant douze (12) mois consécutifs, au terme desquels elle est déclarée permanente.

Réadaptation professionnelle (à la suite d'une perte payable sous la clause Prestation en cas de perte accidentelle)

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 qu'il n'aurait pas occupé sans cette Blessure, 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 remboursement auquel a droit chaque assuré à la suite d'un seul accident est sujet au maximum stipulé au «Tableau des prestations accidentelles». Sont exclus les frais de pension ou les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Indemnité pour psychothérapie (à la suite d'une perte payable sous la clause Prestation en cas de perte accidentelle)

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.

Remboursement des frais médicaux

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 raisonnables et nécessaires 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) Lorsque hospitalisé, sous le rubrique (1) mentionné ci haut, les dépenses pour les frais de stationnement d'hôpital seront remboursés jusqu'à 30 \$ par jour, pour un membre de la famille immédiate et jusqu'à un maximum de 150 \$ par accident;
- 3) 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;
- 4) Les frais de médicaments, de sérums et de vaccins faisant l'objet d'une ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste dûment qualifié et préparés par un médecin ou un pharmacien autorisé; sont exclus les frais d'injection;
- 5) Soins paramédicaux : Les honoraires d'un des praticiens autorisés suivants, sous réserve que normalement il n'habite pas chez l'assuré ni ne soit membre de sa famille immédiate, le remboursement est limité à 50 \$ par traitement et est sujet au maximum stipulé au «Tableau des prestations accidentelles »:
 - a) Acupuncteur
 - b) Ostéopathe
 - c) Chiropraticien
 - d) Podiatre
 - e) Naturopathe
 - f) Orthophoniste
 - g) Psychologue

Les frais de radiodiagnostic et d'épreuves de laboratoire d'analyses médicales prescrites par un

chiropraticien, un ostéopathe ou un podiatre sont admissibles en vertu du présent alinéa;

- 6) Les frais de transport d'un service autorisé de voiture 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;
- 7) 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 sujet au maximum stipulé au «Tableau des prestations accidentelles» par période d'assurance;
- 8) Les frais de location d'un fauteuil roulant, d'un poumon d'acier ou d'autres articles d'équipement durable nécessaires de façon provisoire au traitement; les frais ne doivent pas dépasser le prix d'achat en vigueur au moment de la location; le remboursement est sujet au maximum stipulé au «Tableau des prestations accidentelles» par période d'assurance;
- 9) Sur la recommandation d'un physiothérapeute et/ou un thérapeute en sport agréé, les honoraires d'un physiothérapeute autorisé ou d'un thérapeute en sport agréé (membre de l'Association canadienne des thérapeutes du sports) ou les services d'un massothérapeute 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 50 \$ par traitement et est sujet au maximum stipulé au «Tableau des prestations accidentelles» par période d'assurance;

Le remboursement des 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 des prestations accidentelles»; cette somme correspond au remboursement maximal résultant d'un seul accident.

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.

Frais dentaires par suite d'un accident

Si, par suite d'un coup porté à la bouche, des dents saines et entières, y compris les couronnes, sont endommagées et qu'un dentiste ou un chirurgien dentiste dûment qualifié recommande un traitement, le remplacement ou une radiographie, l'assureur s'engage à rembourser ce qui suit: les frais raisonnables et nécessaires effectivement supportés par l'assuré au cours des cinquante-deux (52) semaines suivant l'accident. Toutefois, le remboursement par accident est sujet au maximum stipulé au «Tableau des prestations accidentelles»; 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 qualifié 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.

Frais de prothèses dentaires ou de ponts pour les blessures et dépenses survenant au Canada

Si l'assuré reçoit une blessure endommageant une ou de plusieurs prothèses amovibles, ponts fixes ou couronnes et doit, dans les trente (30) jours, consulter un médecin ou un dentiste dûment qualifié, l'assureur s'engage à rembourser ce qui suit: les frais de réparation ou de remplacement raisonnables et nécessaires effectivement supportés au cours des cinquante-deux (52) semaines suivant l'accident. Toutefois, le maximum par accident ne peut dépasser le maximum stipulé au «Tableau des prestations accidentelles», de plus, le dentiste ou le chirurgien dentiste n'habite normalement pas chez l'assuré ni n'est membre de sa famille immédiate.

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 des prestations accidentelles» et selon le pourcentage stipulé ci-après.

Fracture complète (y compris la fracture en bois vert)

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

Dislocation complète

Hanche	42 %
Genou (soins de première ligne à ciel ouvert).....	33 %
Épaule (réduction de fracture par un traitement chirurgical).....	25 %
Poignet.....	17 %
Cheville	17 %
Coude	12 %
Os du pied (sauf les orteils)	8 %

Police # 1SJ90

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 %

Remboursement des lunettes ou des verres de contact

Si, par suite d'une blessure, un médecin ou un ophtalmologiste doit traiter l'assuré au plus tard trente (30) jours après l'accident et qu'il lui recommande de porter des lunettes ou des verres de contact - l'assuré n'a jamais dû en porter -, l'assureur s'engage à rembourser les frais d'achat raisonnables et habituels effectivement supportés au cours des cinquante-deux (52) semaines suivant l'accident. Le remboursement est sujet au maximum stipulé au «Tableau des prestations accidentelles». (incluant la réparation ou le remplacement des lunettes ou des verres de contact existante)

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; le remboursement est sujet au maximum stipulé au «tableau des prestations accidentelles», 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; le remboursement est sujet au maximum stipulé au «Tableau des prestations accidentelles», par jour et sous réserve de six (6) jours par période d'assurance.

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, le remboursement est sujet au maximum stipulé au «Tableau des prestations accidentelles» et par une seule indemnité par accident. Il est toutefois nécessaire que le véhicule ait un permis de transport des passagers.

Frais de cours individuels

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

remboursement est sujet au maximum stipulé au «Tableau des prestations accidentelles».

Aménagement de la résidence et/ou d'un véhicule

Si, par suite de la perte ou de la perte de l'usage des deux pieds ou des deux jambes, d'une quadriplégie, d'une paraplégie ou d'une hémiparaplégie donnant droit à des prestations payables en vertu de la présente police, l'assuré ne peut se déplacer qu'en fauteuil roulant, l'assureur s'engage à rembourser les frais normaux et nécessaires effectivement engagés, dans les trois (3) années qui suivent la perte, pour ce qui suit :

- 1) les travaux d'aménagement de la résidence principale de l'assuré pour lui permettre d'y avoir accès et/ou
- 2) les travaux d'aménagement d'un véhicule automobile, dont se sert l'assuré, pour que ce véhicule lui soit accessible. Le cas échéant, l'approbation de ces travaux devra au préalable être obtenue auprès du service de la délivrance des permis.

Le remboursement maximal par l'assureur des frais engagés par l'assuré ou en son nom est sujet au maximum stipulé au «Tableau des prestations accidentelles» et par une seule indemnité par accident; le montant payable en vertu de la présente disposition est coordonné avec toute autre indemnité de même nature versée ou exigible en vertu de tout autre régime d'assurance.

Déplacement pour raisons familiales et logement

Si, par suite d'une blessure l'assuré vient à décéder ou est hospitalisé pendant au moins quatre (4) jours consécutifs et reçoit les soins appropriés d'un médecin, l'assureur s'engage à rembourser les frais réels, normaux et nécessaires comme suit:

1. Les frais de repas et de logement de tous les autres assurés ou du compagnon de voyage qui, puisqu'ils restent au chevet de l'hospitalisé, ne peuvent rentrer dans leur province de résidence le jour prévu ainsi que le prix du billet à l'aller seulement, selon le trajet le plus court, étant

précisé que le billet aller et retour original n'est ni échangeable ni remboursable; ou

2. Les frais de repas, de logement et du billet aller et retour d'un seul membre de la famille immédiate ou de son représentant pour qu'il puisse se rendre au chevet de l'assuré si, au moment de l'hospitalisation, il n'était accompagné d'aucun membre de sa famille. Le remboursement se limite au trajet le plus court entre la résidence du membre de la famille immédiate et le lieu d'hospitalisation.

Le remboursement des frais de déplacement en vertu de la présente disposition se limite à soixante-quinze pour cent (75 %) du prix du billet aller et retour. Si le déplacement s'effectue dans un véhicule automobile n'ayant pas de permis de transport des passagers, le remboursement se limite à un maximum de 0,20 \$ le kilomètre.

Le remboursement des frais de repas et de logement correspond à 50 \$ par jour, sous réserve de la durée maximale précisée ci-après:

1. En cas d'hospitalisation de l'assuré, peu importe que le décès survienne ou non, la durée correspond au total des jours d'hospitalisation jusqu'à un maximum de vingt (20) jours consécutifs; ou
2. En cas de décès de l'assuré, la durée maximale est de cinq (5) jours consécutifs.

Le maximum payable à l'assuré ou en son nom par suite d'un seul accident correspond à la somme stipulée au «Tableau des prestations accidentelles».

Évacuation et rapatriement sanitaire

Si, par suite d'une blessure l'assuré doit faire l'objet d'une évacuation ou d'un rapatriement sanitaire, l'assureur s'engage à prendre en charge les frais de transport normaux et nécessaires effectivement supportés, y compris les frais de fournitures et de soins médicaux connexes comme suit:

1. Sur la recommandation du médecin traitant et avec l'approbation de l'assureur, le transport de l'assuré dans un véhicule ayant un permis de transports des passagers, y compris une ambulance aérienne, mais non une voiture

d'ambulance, du lieu de survenance du sinistre (blessure) jusqu'à l'hôpital ou autre établissement de santé le plus proche disposant des installations nécessaires.

2. Attestation écrite du médecin traitant à l'appui et avec l'approbation de l'assureur, le retour de l'assuré, dès la fin des soins ou de l'obtention des épreuves diagnostiques, dans sa province de résidence, selon la recommandation du médecin traitant, pour qu'il puisse poursuivre son traitement ou commencer sa convalescence. Le retour s'effectue dans un véhicule ayant un permis de transports des passagers, y compris une ambulance aérienne, mais non une voiture d'ambulance.
3. Le retour de l'assuré dans sa province de résidence, hospitalisé et recevant les soins appropriés d'un médecin, il ne peut rentrer chez lui le jour prévu, étant précisé que son billet aller et retour original n'est ni échangeable ni remboursable.

L'assureur s'engage également à prendre en charge le prix du billet d'avion à l'aller et retour et l'hébergement et les repas d'un auxiliaire médical ou d'un seul membre de la famille immédiate, chargé d'accompagner l'assuré, si les frais effectivement supportés sont normaux et nécessaires, sous réserve d'un maximum de 2 000 \$.

La somme totale payable en vertu de la présente disposition ne peut dépasser le maximum par accident stipulé au «Tableau des prestations accidentelles» et par une seule indemnité par accident.

La présente indemnité n'est payable qu'en vertu d'un seul contrat de SSQ, Société d'assurance inc. établi au nom du contractant.

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 au maximum stipulé au «Tableau des prestations accidentelles», 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.

Radiographies et examens de laboratoire

Si par suite d'une blessure, la personne assurée engage des frais pour des radiographies et des examens de laboratoire nécessaires à des fins diagnostiques, y compris l'imagerie par résonance magnétique (IRM), le tomodensitogramme et l'imagerie ultrasonore, ces frais seront remboursés, selon la clause de règle proportionnelle, dans une proportion de 70 %, et seront assujettis au maximum stipulé au «Tableau des prestations accidentelles», et ce, pendant la durée du contrat.

La garantie ci-dessus prévoit un paiement uniquement au titre de l'une (1) des polices établies 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 quinze mille dollars (15 000 \$) par suite d'un (1) seul Accident.

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

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

Indemnité de port de la Ceinture de sécurité

Si, par suite d'une Perte accidentelle subie par l'Assuré et découlant d'une Blessure alors qu'il se trouve à bord d'un Véhicule automobile, à titre de conducteur ou de passager et que sa Ceinture de sécurité est bien attachée au moment de l'Accident, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle », l'Assureur versera une somme supplémentaire correspondant à dix pour cent (10 %) du montant payable en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle », sous réserve toutefois d'un maximum de mille cinq cents dollars (1 500 \$).

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 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.

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.

Indemnisation

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

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

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

L'assurance de toute personne admissible entre en vigueur à la date à laquelle l'adhésion est reçue par le contractant et demeure en vigueur pour 12 mois après la date d'adhésion.

Résiliation de l'assurance d'une personne admissible

L'assurance cesse 12 mois après la date d'adhésion.

Exclusions

- A. La présente police ne couvre aucune perte, mortelle ou non, causée principalement ou accessoirement par ce qui suit:
 - 1) les blessures volontaires, le suicide ou la tentative de suicide, que l'Assuré ait été sain d'esprit ou non;
 - 2) la guerre, déclarée ou non, et que l'Assuré y ait participé réellement ou non;
 - 3) un mouvement populaire, une émeute, une insurrection, un conflit armé auquel l'Assuré a participé;
 - 4) le service de l'Assuré, à titre de combattant ou de non-combattant, dans les forces armées d'un pays;
 - 5) le voyage de l'Assuré à titre de passager ou autre à bord d'un véhicule ou d'un appareil de navigation aérienne, sauf ce qui est prévu à la disposition « Assurance aviation »;
 - 6) les soins médicaux ou les interventions chirurgicales à l'égard de l'Assuré, sauf s'ils sont consécutifs à un Accident.
- B. La présente police ne couvre pas les provisions ou services que voici:
 - 1. L'achat, la réparation ou le remplacement des lunettes ou des verres de contact, ou les prescriptions; sauf ce qui est prévu à la disposition « Remboursement des lunettes ou des verres de contact »;

2. 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» et/ou à la disposition «Frais de prothèses dentaires ou de ponts »;
3. Toute maladie ou affection, à l'origine de la perte ou en résultant;
4. 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;
5. Tout traitement expérimental;
6. Les frais pour les services médicaux rendus par des personnes employées par l'association sportive nationale dont l'assuré (athlète, entraîneur, gérant ou officiel) fait partie
7. Les soins reçus par un assuré qui n'est pas couvert par un régime d'assurance maladie ou hospitalisation fédéral ou provincial.
8. Les services ou les provisions associés à des traitements pour des fins esthétiques uniquement.

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 médicaux 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 1225, rue Saint-Charles ouest,

bureau 200, Longueuil (Québec) J4K 0B9, 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.

ANNEXE

Tableau des prestations accidentelles

Maximum payable	Bronze	Argent	Or
Capital assuré	25 000 \$	35 000 \$	55 000 \$
Prestation d'invalidité permanente totale	25 000 \$	35 000 \$	55 000 \$
Indemnité de réadaptation professionnelle (à la suite d'une perte payable sous la clause Prestation en cas de perte accidentelle)	15 000 \$	15 000 \$	15 000 \$
Psychothérapie (à la suite d'une perte payable sous la clause Prestation en cas de perte accidentelle)	5 000 \$	5 000 \$	5 000 \$
Remboursement des frais médicaux par suite d'un accident	25 000 \$	35 000 \$	55 000 \$
Soins paramédicaux	500 \$	750 \$	1 000 \$
Équipement médical	1 000 \$	2 000 \$	3 000 \$
Équipement de longue durée	5 000 \$	7 500 \$	10 000 \$
Physiothérapie/ thérapie en sport agréé/ massothérapie	500 \$	1 000 \$	1 500 \$
Soins dentaires par suite d'un accident	1 500 \$	3 000 \$	5 000 \$
Indemnité en cas de fracture	2 000 \$	2 500 \$	3 000 \$
Recours à un taxi en cas d'urgence	100 \$	100 \$	100 \$
Frais de cours individuels	3 000 \$	3 000 \$	3 000 \$
Remboursement des lunettes ou des verres de contact	200 \$	200 \$	200 \$
Frais de prothèses dentaires ou de ponts	500 \$	500 \$	750 \$
Déplacement pour consultation d'un spécialiste	250 \$	250 \$	250 \$
Convalescence dans un hôtel	100 \$	100 \$	100 \$
Aménagement de la résidence et/ou d'un véhicule	15 000 \$	15 000 \$	15 000 \$
Déplacement pour raisons familiales et logement	15 000 \$	15 000 \$	15 000 \$
Évacuation et Rapatriement Sanitaire	2 500 \$	5 000 \$	7 500 \$
Transport après décès	25 000 \$	25 000 \$	25 000 \$
Radiographies et examens de laboratoire	500 \$	700 \$	1 000 \$
Identification de la dépouille	15 000 \$	15 000 \$	15 000 \$
Port de la ceinture de sécurité	1 500 \$	1 500 \$	1 500 \$
Frais funéraires	7 000 \$	7 000 \$	10 000 \$