



1225, rue Saint-Charles ouest, bureau 200
Longueuil QC J4K 0B9

Police # 1SZ75 (2026)

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-vie inc.**
(ci-après appelée l'«assureur») convient avec:

**Raison sociale: BUREAU DE COOPÉRATION
INTERUNIVERSITAIRE
(ASSURANCE ACCIDENTS POUR
LES ETUDIANTES ET
ETUDIANTS DES
ÉTABLISSEMENTS
UNIVERSITAIRES QUÉBÉCOIS)**

(ci-après appelée le «contractant»)

d'assurer les personnes admissibles du contractant
(chacune d'elles ci-après appelée l'«assuré») pour
lesquelles une demande a été présentée, contre la
survenance d'un sinistre par suite d'une blessure,
conformément aux dispositions contractuelles et sous
réserve de toute exception, limitation et exclusion de la
présente police.

Tableau

Capital assuré.....	100 000 \$
Remboursement des frais médicaux par suite d'un accident	25 000 \$
Soins dentaires par suite d'un accident	500 \$ par dent
Indemnité de réadaptation professionnelle....	15 000 \$
Indemnité pour fracture	1,000 \$
Invalidité hebdomadaire en cas d'accident	100 \$
Frais de cours individuel	2 000 \$
Appareil auditif	750 \$
Indemnité spéciale de confinement	2 000 \$
Prothèses	3 000 \$
Recours d'urgence à un taxi	50
Déplacement pour consultation d'un spécialiste	1 000 \$

Remboursement des lunettes ou des verres de contact	Inclus
Indemnité de déplacement pour raisons familiales	1 000 \$
Indemnité hospitalière.....	Inclus
Traitement d'urgence	Inclus
Indemnité de frais funéraires	5 000 \$
Remboursement des frais pour le surmenage sportif survenant au Canada	Inclus
Exposition aux éléments et disparition.....	Inclus
Indemnité spéciale en cas de maladie.....	Inclus
Prime de la période d'assurance	voir «Taux de Prime»
Prime non remboursable	50 000 \$
Montant global d'indemnisation	2 500 000 \$

Date d'effet..... 1^{er} septembre 2026
Date d'expiration..... 1^{er} septembre 2027

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

Date d'effet et durée de la police

La présente police entre en vigueur à 0 h 1, heure
normale, à la date d'effet stipulée au Tableau, à
l'adresse du contractant. Elle reste en vigueur tant que
la prime est acquittée et prend fin à 0 h 1, heure
normale, à la date d'expiration stipulée au Tableau, à
l'adresse du contractant.

Admissibilité

Tous les étudiants, dont le nom figure au dossier du contractant, âgés de moins de 75 ans, inscrits à un programme d'étude à temps plein ou à temps partiel, fréquentant l'un des établissements universitaires québécois regroupés selon les classes nommées ci-après:

Classe I : Tous les étudiants du 1er cycle de l'un des établissements universitaires québécois suivant :

- Université de Montréal
- Université Laval
- Université de Sherbrooke
- Université du Québec à Chicoutimi
- Université du Québec à Rimouski
- Université du Québec en Abitibi
- Université du Québec en Outaouais
- Université du Québec à Trois-Rivières
- École de technologie supérieure
- Polytechnique Montréal
- Université Bishop's
- Université Concordia
- Université du Québec à Montréal

Classe II : Tous les étudiants du 2^e et 3^e cycle de l'un des établissements universitaires québécois suivant :

- Université de Montréal
- Université Laval
- Université de Sherbrooke
- Université du Québec à Chicoutimi
- Université du Québec à Rimouski
- Université du Québec en Abitibi
- Université du Québec en Outaouais
- Université du Québec à Trois-Rivières
- École de technologie supérieure
- Polytechnique Montréal
- Université Bishop's
- Université Concordia
- Université McGill
- HEC Montréal
- Université du Québec à Montréal
- École nationale d'administration publique
- Institut national de la recherche scientifique
- Université TÉLUQ

Taux de Prime :

Il y a trois (3) sessions par période d'assurance, notamment, les sessions d'automne, d'hiver et d'été.

Le taux de prime est déterminé à la date d'effet de la police et est garanti pour une période de 12 mois à partir de la date d'effet de la Police.

Calcul de la prime :

Le contractant s'engage à fournir à l'assureur ou à son représentant autorisé un rapport semestriel permettant d'établir la prime. Le rapport confirme le nombre d'étudiants assurés pour les sessions d'été et d'automne et le nombre d'étudiants assurés pour la session d'hiver.

La participation est obligatoire pour tous les étudiants admissibles inscrits auprès d'un établissement universitaire québécois participant.

Date d'échéance et paiement de la prime

La prime est due sur une base semestrielle et payable par anticipation. Le premier versement étant dû et payable à la session d'automne et le deuxième versement étant dû et payable à la session d'hiver.

En cas de modification ou d'erreur d'écriture touchant la prime, on effectue un ajustement équitable à l'échéance qui suit la modification ou la découverte de l'erreur. Tout ajustement qui nécessite le remboursement au contractant d'une prime non acquise n'est autorisé qu'après réception par l'assureur d'une preuve satisfaisante.

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 cent vingt (120) jours.

Limites territoriales

Aucune

Définitions

Dans la présente police, on entend par:

«Étudiant». Un étudiant inscrit à temps plein ou à temps partiel auprès d'une université participante. L'étudiant est couvert par un régime d'assurance-maladie ou hospitalisation d'État (fédéral ou provincial) ou tout autre contrat d'assurance collective ou privée reconnu par le contractant et doit résider de façon permanente au Canada pendant la période de protection. Les étudiants suivants sont admissibles :

- a) les étudiants avec un profil international;
- b) les étudiants étrangers;
- c) les étudiants inscrits à un programme de formation continue;
- d) les étudiants à distance lorsqu'il se trouvent dans tout édifice, sur tout terrain ou dans tout local sur lequel l'université à laquelle ils sont inscrits a juridiction en vertu d'un droit de propriété, d'une location ou d'une entente particulière;
- e) les étudiants ayant terminé leur programme durant l'année mais qui sont tenus de participer à certaines compétitions après leur graduation.

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

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

« Activité sportive d'élite » - Discipline sportive de niveau universitaire, couverte par la Fédération québécoise du sport étudiant et le Réseau du sport étudiant du Québec, pratiquée par une équipe de sport d'élite de l'établissement d'enseignement universitaire.

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

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

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

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

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

«Personnel infirmier». Un infirmier autorisé (inf. aut.) ou un infirmier dûment autorisé à exercer par un organisme gouvernemental ayant pouvoir de réglementation sur la délivrance des permis d'exercer. L'infirmier n'est ni l'assuré ni un membre de sa famille immédiate.

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

« Université » Tout établissement d'enseignement universitaire adhérant au Bureau de coopération interuniversitaire (BCI) qui a adhéré au régime d'assurance accidents des étudiants universitaires de tous les cycles.

«Urgence» Un événement ou des circonstances imprévus ou non planifiés.

« BCI » Bureau de coopération interuniversitaire

« Police » signifie la Police # 1SZ75 les avenants et toute pièce annexe.

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

Description des risques

Sont incluses dans la garantie du présent contrat les blessures subies par la personne assurée :

- a) durant les heures de cours ou d'activités organisées par l'Université à laquelle elle est inscrite alors qu'elle se trouve sur les lieux où elle suit ses cours, participe ou assiste aux activités;
- b) pendant qu'elle participe ou assiste aux activités approuvées et/ou surveillées par les personnes responsables mandatées par l'Université à laquelle elle est inscrite, que les activités aient lieu durant les heures de cours ou non, à l'établissement d'enseignement ou ailleurs;
- c) durant les heures d'ateliers ou durant les heures de stages;
- d) lors des déplacements entre son domicile et les lieux où elle suit ses cours, pendant qu'elle participe à des stages, à des ateliers ou à toute activité organisée ou approuvée par les personnes responsables mandatées par l'Université à laquelle elle est inscrite.

Prestations 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 (décès)..... Le capital assuré
La vue compète
des deux yeux Le capital assuré
La parole et l'ouïe
des deux oreilles Le capital assuré
Une main et a vue
complète d'un oeil Le capital assuré
Un pied et la vue
complète d'un oeil Le capital assuré
La vue complète
d'un oeil Les trois quarts du capital assuré
La parole Les trois quarts du capital assuré
L'ouïe des
deux oreilles Les trois quarts du capital assuré
L'ouïe d'une
oreille Les deux cinquièmes 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.....Les quatre cinquièmes du capital assuré
Une jambe.....Les quatre cinquièmes du capital assuré
Une main Les trois quarts du capital assuré
Un pied Les trois quarts du capital assuré
Le pouce et l'index ou au
moins quatre doigts d'une
main..... Les deux cinquièmes du capital assuré
Paralysie

Quatre membres
(quadriplégie) Le double du capital assuré
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.

Si, par suite d'un seul accident, l'assuré reçoit des blessures multiples à un membre, les prestations prévues par la présente disposition ne sont versées que pour une seule perte, la plus importante.

Remboursement des frais médicaux par suite d'un accident

Si, à la suite d'une blessure, l'assuré doit recevoir des soins médicaux au plus tard trente (30) jours après l'accident et supporte n'importe lequel des frais admissibles (services, médicaments ou appareils) décrits ci-après, l'assureur s'engage à rembourser les frais réels, raisonnables et ordinaires comme suit:

1. Les frais d'hospitalisation correspondant à la différence entre le coût en salle commune, en vertu du régime provincial d'hospitalisation de l'assuré, et les frais exigés pour une chambre à deux lits (une chambre à un lit si le médecin le recommande);
2. Sur la recommandation d'un médecin, les honoraires d'un membre du personnel infirmier, sous réserve que normalement il n'habite pas chez l'assuré
3. Les frais de médicaments, de sérums et de vaccins faisant l'objet d'une ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste dûment qualifié et

préparés par un médecin ou un pharmacien autorisé; sont exclus les frais d'injection;

4. Les honoraires d'un physiothérapeute autorisé ou d'un thérapeute en sport agréé, sous réserve que normalement il n'habite pas chez l'assuré ni ne soit membre de sa famille immédiate; le remboursement est limité à trente-cinq dollars (35 \$) par traitement, et à sept cents dollars (700 \$) par période d'assurance
5. Les frais de transport d'un service autorisé d'ambulance ou par taxi, 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; le remboursement est limité à mille dollars (1 000 \$) par accident; si on se déplace dans un véhicule ou un appareil particulier, le remboursement se limite alors à vingt-huit cents (0,28 \$) le kilomètre et à dix dollars (10 \$) pour le stationnement;
6. Les frais de prothèses auditives; le remboursement se limite à sept cent cinquante dollars (750 \$) par période d'assurance;
7. Les frais de béquilles, d'attelles, de plâtres, de bandages herniaires et d'appareils orthopédiques, mais non les frais d'appareils orthodontiques et de remplacement;
8. Les frais de location d'un fauteuil roulant, d'un poumon d'acier ou d'autres articles durables d'équipement nécessaires de façon provisoire au traitement; les frais ne doivent pas dépasser le prix d'achat en vigueur au moment de la location;
9. Les honoraires d'un chiropraticien autorisé, d'un ostéopathe, d'un ergothérapeute, d'un audiologiste d'un podiatre, d'un orthophoniste ou d'un psychologue, sous réserve que normalement il n'habite pas chez l'assuré ni ne soit membre de sa famille immédiate; le remboursement est limité à trente-cinq dollars (35 \$) par traitement et à sept cents dollars (700 \$) par période d'assurance.

Les frais de radiographies et d'épreuves de laboratoire d'analyses médicales ayant fait l'objet d'une ordonnance d'un chiropraticien, d'un ostéopraticien ou d'un podiatre sont admissibles en vertu du présent alinéa, sous réserve d'une

seule radiographie par spécialité et par assuré au cours d'une (1) année civile.

10. Sur la recommandation d'un médecin, les frais de transport par taxi pour le voyage entre l'université et la résidence de l'assuré, selon le chemin le plus court, sous réserve que le chauffeur de taxi n'habite pas chez lui ni ne soit membre de sa famille immédiate; le remboursement est limité à cent cinquante dollars (150 \$) par période d'assurance.

Le remboursement de tous les 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 cent quatre (104) semaines après l'accident, sous réserve de la somme figurant à la rubrique «Remboursement des frais médicaux par suite d'un accident» du Tableau; cette somme correspond au remboursement maximal résultant d'un seul accident.

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.

Soins dentaires par suite d'accident

Si, par suite d'un coup porté à la bouche et endommageant des dents saines et entières, y compris les couronnes, un traitement, le remplacement ou des radiographies sont prescrits par un dentiste ou un chirurgien dentiste dûment qualifiés, l'assureur s'engage à rembourser ce qui suit: les frais raisonnables et nécessaires effectivement supportés par l'assuré au cours des deux-cents soixante (260) semaines suivant l'accident. Toutefois, le maximum par accident ne peut dépasser la somme stipulée à la rubrique «Frais dentaires par suite d'un accident» du Tableau ; de plus, le dentiste ou le chirurgien dentiste n'habite normalement pas chez l'assuré ni n'est membre de sa famille immédiate. Il faut également que l'assuré ait consulté le dentiste ou le chirurgien dentiste dûment qualifiés au plus tard trente (30) jours après l'accident.

Le remboursement des frais dentaires, en vertu de la présente police, s'appuie sur le Tarif actuel des actes bucco-dentaires des chirurgiens dentistes de la province ou du territoire de résidence de l'assuré.

Le maximum payable est de 500 \$ par dent par suite d'un seul accident.

Indemnité de réadaptation professionnelle

Si, par suite d'une Perte accidentelle subie par un Personne assuré découlant d'une Blessure, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle » et que la Personne assuré doit 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 la Personne 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 la Personne 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 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 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 «Frais engagés en cas de fracture» du Tableau et selon le pourcentage stipulé ci-après.

Fracture complète (y compris la fracture en bois vert)

Crâne (enfonceur localisé)	1000 \$
Crâne (sans enfonceur localisé)	330 \$
Colonne vertébrale (une ou plusieurs vertèbres)	500 \$
Mâchoire (mandibule ou maxillaire)	330 \$
Fémur	330 \$
Bassin	330 \$
Rotule	270 \$
Jambe (tibia ou péroné)	250 \$
Omoplate	250 \$
Cheville (tarses)	250 \$
Poignet (carpes)	250 \$
Police # 1SZ75	

Avant-bras (fracture ouverte ou comminutive) 230 \$	
Avant-bras (fracture non ouverte)	120 \$
Sacrum ou coccyx	170 \$
Sternum	170 \$
Bras (entre le coude et l'épaule)	170 \$
Clavicule	120 \$
Nez	120 \$
Au moins deux côtes	100 \$
Main (un ou plusieurs métacarpiens)	80 \$
Pied (un ou plusieurs métatarses)	80 \$
Os du visage	80 \$
Une côte	50 \$
Tout autre os	30 \$

Dislocation complète

Hanche	420 \$
Genou (soins de première ligne à ciel ouvert)	330 \$
Épaule (réduction de fracture par un traitement chirurgical)	250 \$
Poignet	170 \$
Cheville	170 \$
Coude	120 \$
Os du pied (sauf les orteils)	80 \$

Sectionnement du ou des tendons

Talon (tendon d'Achille)	220 \$
Cheville	200 \$
Genou	180 \$
Pied (sauf les orteils)	170 \$
Coude	170 \$
Poignet	120 \$
Main (y compris les doigts)	120 \$

Autres lésions

Rupture du rein (opération)	270 \$
Rupture du foie (opération)	270 \$
Rupture de la rate (opération)	270 \$
Ponction pulmonaire et intervention à ciel ouvert	230 \$
Brûlures exigeant une ou plusieurs greffes cutanées	220 \$
Blessures au genou exigeant une intervention chirurgicale (en l'absence de fracture ou de dislocation)	220 \$
Amputation de la fraction de l'os atteint (en l'absence de fracture ou de dislocation)	200 \$

Indemnité hebdomadaire en cas d'accident

L'indemnité est payable seulement si les assurés ont un emploi rémunérateur à plein temps, à temps partiel permanent ou saisonnier.

L'indemnité est payable si l'invalidité est causée principalement ou accessoirement par une blessure qui fait l'objet de soins, de prescriptions ou de conseils d'un médecin.

L'indemnité d'invalidité est payable dès le 1er jour sous réserve toutefois de la période d'indemnisation maximale payable de 52 semaines consécutives ou au 65^e anniversaire de l'assuré, selon la première des éventualités à la suite d'un seul et même accident. Le versement des indemnités ne peut avoir lieu que si l'assuré reçoit les soins normaux d'un médecin.

Indemnité d'invalidité totale

Si l'assuré de moins de 65 ans est atteint d'invalidité totale au cours des trente (30) jours suivant l'accident, l'assureur s'engage à verser - pour chaque semaine d'invalidité totale - l'indemnité hebdomadaire en cas d'accident stipulée au Tableau des prestations sous réserve de la période d'indemnisation maximale et jusqu'à concurrence du pourcentage maximal en provenance de toutes les sources stipulé à la disposition ci-après intitulée «Réduction de l'indemnité».

Si l'indemnité payable en vertu de la présente police est de moins de une (1) semaine, on remet à l'assuré un septième (1/7) de l'indemnité pour chaque jour d'invalidité totale.

Périodes successives d'invalidité

On considère comme une seule et même période d'invalidité les périodes successives attribuables à des causes identiques ou connexes. En cas d'interruption de trois (3) mois consécutifs au cours desquels l'assuré est effectivement au travail, aucun autre versement de l'indemnité hebdomadaire n'est effectué s'il s'agit du même accident.

Réduction de l'indemnité

Si l'indemnisation de l'assuré dépasse quatre-vingt pour cent (80 %) de son salaire brut avant invalidité, on y soustrait l'excédent. Par «indemnisation», on entend non seulement l'indemnité hebdomadaire en cas d'accident payable en vertu de la présente police lorsque l'assuré est atteint d'invalidité totale, mais également toute autre indemnité (voir la liste ci-après) touchée.

Police # 1SZ75

L'indemnisation remise à l'assuré tient compte de toutes les indemnités - déjà versées, à verser ou auxquelles l'assuré a droit ci-après:

1. Toute prestation ou rente d'invalidité ou de retraite versée en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada.
2. Toute indemnité versée par la Commission de la santé et de la sécurité au travail ou en vertu d'une loi sur les maladies professionnelles ou de toute autre loi analogue.
3. Toute prestation versée par un régime d'État d'assurance automobile ou par tout autre régime établi par une loi analogue.
4. Toute prestation ou rente d'invalidité ou de retraite ou toute autre prestation versée par l'employeur.
5. Toute somme payée ou payable en vertu d'une assurance invalidité de groupe ou d'un fonds de prévoyance, y compris une assurance collective pour associations.

Aux fins de calcul de la réduction de l'indemnité, les sommes mentionnées ci-dessus correspondent au montant auquel a droit l'assuré au moment même où il remplit les conditions requises par la loi; on ne tient pas compte des sommes touchées pour le compte ou au nom de ses personnes à charge admissibles. Toute modification ultérieure de l'une de ces sommes expressément liée au rajustement de vie chère ne peut réduire ni augmenter l'indemnité hebdomadaire en cas d'accident payable en vertu de la présente police.

Par «invalidité», on entend l'invalidité totale.

Par «invalidité totale», on entend une invalidité provoquée par une blessure et entraînant ce qui suit: 1) l'assuré ne peut remplir les fonctions importantes de sa profession prenant le plus de temps, 2) il ne peut exercer un emploi rémunérateur, quel qu'il soit, et 3) il reçoit les soins normaux d'un médecin.

Par «être effectivement au travail», on entend que l'assuré remplit toutes les fonctions de sa profession selon l'horaire habituel à titre de salarié à plein temps, de salarié permanent à temps partiel ou de salarié saisonnier.

Par «sa profession», on entend l'emploi rémunérateur qu'exerçait l'assuré à titre de salarié à plein temps, de salarié permanent à temps partiel ou de salarié saisonnier, avant la survenance de la blessure couverte par la présente police.

Par «salaire», on entend ce qui suit: 1) quant à l'assuré, salarié à plein temps ou salarié permanent à temps partiel, le salaire hebdomadaire versé par le ou les employeurs à la date de la blessure, sauf les indemnités d'heures supplémentaires ou toute autre rémunération supplémentaire; 2) quant à l'assuré, salarié à son compte ou saisonnier, les gains hebdomadaires que l'on calcule en s'appuyant sur le total des gains déclarés sur le ou les T-4 de l'année d'imposition précédant la date de la blessure.

Frais de cours individuels

Si, au plus tard trente (30) jours après l'accident, l'assuré est hospitalisé ou doit garder le lit, pendant au moins quarante (40) jours de classe consécutifs, l'assureur s'engage à rembourser les frais supportés au cours des douze (12) mois suivant l'accident, pour embaucher un professeur qualifié, titulaire d'un permis en règle délivré par le ministère de l'Éducation et l'autorisant à enseigner au niveau de l'assuré, sous réserve toutefois que normalement il n'habite pas chez l'assuré ni ne soit membre de sa famille immédiate. Le taux maximal est de vingt dollars (20 \$) l'heure, sous réserve que le montant n'excède pas deux mille dollars (2 000\$) comme résultat de tout accident.

Appareil auditif

Lorsque, comme résultat d'une blessure, et dans les 30 jours de la date de l'accident, la personne assurée est suivie par un médecin dûment qualifié qui lui prescrit l'achat d'un appareil auditif, l'assureur s'engage à payer la dépense réellement engagée durant les cent quatre (104) semaines suivant la date de l'accident pour l'achat original de l'appareil auditif sans toutefois excéder dans son ensemble un montant de sept cents cinquante dollars (750 \$) comme résultat de tout accident.

Indemnité spéciale de confinement

Lorsqu'à la suite de blessure et commençant dans les 30 jours de la date de l'accident, la personne assurée est confinée à la maison ou à l'hôpital pour une période d'au moins 12 mois consécutifs, est sous les soins et services réguliers d'un médecin ou chirurgien licencié et qu'elle ne peut assister à des cours de toute nature par suite de ce confinement, l'assureur s'engage à payer en un seul versement la somme de deux mille dollars (2 000 \$).

Police # 1SZ75

L'indemnité prévue sous cette partie n'est pas additionnelle aux indemnités payées ou payables en vertu de la section intitulée «Indemnité pour perte spécifique».

Prothèses

Lorsque, comme résultat d'une blessure, et dans les 30 jours de la date de l'accident, la personne assurée requiert des jambes, des bras, des mains ou des yeux artificiels, l'assureur s'engage à payer la dépense réellement engagée durant les cent quatre (104) semaines suivant la date de l'accident pour l'achat original de ou des appareils, sans toutefois excéder dans son ensemble un montant de trois mille dollars (3 000 \$) comme résultat de tout accident.

Recours d'urgence à un taxi

Si, en raison d'une blessure l'assuré emprunte un taxi pour se rendre d'urgence au cabinet du médecin ou à l'hôpital le plus proche, l'assureur s'engage à rembourser les frais réels et raisonnables de déplacement, sous réserve d'un maximum de cinquante dollars (50\$) par suite d'un (1) seul accident.

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 cinquante kilomètres (50 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 cent quatre (104) semaines suivant l'accident:

1. Les frais de transport selon le trajet le plus court jusqu'à concurrence de cent cinquante dollars (150 \$) par aller et retour et sous réserve de cinq (5) aller et retour par période d'assurance. Si on se déplace dans un véhicule ou un appareil particulier, le remboursement se limite alors à vingt-huit cents (0,28 \$) le kilomètre.

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

Remboursement des lunettes ou des verres de contact

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

1. L'achat de lunettes ou de verres de contact - l'assuré n'a jamais dû en porter - l'assureur s'engage à rembourser les frais raisonnables et habituels effectivement supportés au cours des cinquante-deux (52) semaines suivant l'accident, sous réserve d'un maximum de deux cents dollars (200 \$) par accident.
2. La réparation ou le remplacement de ses lunettes ou de ses verres de contact, l'assureur s'engage à rembourser les frais raisonnables et habituels effectivement supportés au cours des cinquante-deux (52) semaines suivant l'accident, sous réserve d'un maximum de cent dollars (100 \$) par accident.

Indemnité spéciale en cas de maladie

Lorsqu'à la suite de poliomyélite, scarlatine, diphtérie, méningite de la moelle épinière, encéphalite, hydrophobie, tétanos, tularémie, typhoïde et leucémie qui débute pendant que la police est en vigueur quant à la personne assurée, celle-ci est confinée à l'hôpital et requiert les services d'une infirmière licenciée et diplômée, l'assureur s'engage à payer les dépenses réellement engagées par ou pour le compte de la personne assurée durant les cent cinquante-six (156) semaines qui suivent immédiatement la date de la première dépense, sans toutefois excéder dans son ensemble un montant de deux mille dollars (2 000 \$).

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
Police # 1SZ75

d'un Médecin, l'Assureur remboursera les frais raisonnables et nécessaires de Transport aller-retour effectivement engagés par un (1) seul Membre de la famille immédiate ou représentant de la famille pour se rendre de sa résidence habituelle au chevet de l'Assuré par le trajet le plus court et l'Hébergement à proximité, si l'Assuré ne voyageait pas accompagné d'un Membre de sa famille immédiate. L'indemnité ne couvre pas les frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Aucune prestation ne sera versée en vertu de la présente disposition si l'Assuré séjourne dans un Hôpital situé à cinquante kilomètres (50 km) ou moins de sa résidence habituelle.

Le remboursement des frais de Transport se limite à un seul voyage aller-retour au chevet de l'Assuré pendant son séjour à l'Hôpital. Plusieurs moyens de Transport peuvent être utilisés au besoin, mais le remboursement se limite au ou aux Tarifs raisonnables exigés pour un seul aller-retour. Si on se déplace dans un Véhicule automobile autre qu'un véhicule exploité sous permis pour véhiculer des passagers, le remboursement des frais de Transport se limite alors à trente-cinq cents (0,35 \$) le kilomètre.

La somme maximale payable en vertu de la présente disposition ne peut dépasser un plafond de cinq mille dollars (5 000 \$) 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 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 cents 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.

Traitement d'urgence

Si, par suite d'une blessure, l'assuré supporte des frais admissibles lors d'un voyage à l'extérieur du Canada (avec l'intention d'y retourner), l'assureur s'engage à rembourser les frais normaux et nécessaires stipulés à la disposition «Remboursement des frais médicaux» ainsi qu'à ce qui suit:

Soins dentaires en cas d'accident
Transport après décès
Déplacement pour raisons familiales et logement

Police # 1SZ75

Les frais ne sont remboursés que s'il s'agit d'interventions obligatoires et urgentes à l'extérieur du Canada et sont sujet aux limites figurants au Tableau de la présente police.

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.

Remboursement des frais pour le surmenage sportif survenant au Canada

1. Les honoraires d'un chiropraticien autorisé, sous réserve que normalement il n'habite pas chez l'assuré ni ne soit membre de sa famille immédiate; le remboursement est limité à 35 \$ par traitement, le remboursement est sujet au maximum de 700 \$ par période d'assurance;
2. 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), sous réserve que normalement il n'habite pas chez l'assuré ni ne soit membre de sa famille immédiate; le remboursement est limité à 35 \$ par traitement, le remboursement est sujet au maximum de 700 \$ par période d'assurance;

Indépendamment de la définition donnée à « accident » à la section « Définitions » de la police, aux fins de la présente garantie, « surmenage sportif » s'entend d'une blessure chronique qui se manifeste sur une certaine période à la suite d'une activité sportive répétitive.

Assurance de voyages aériens

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 en vertu de cette police, une personne assurée est inévitablement exposée aux éléments et que par suite de cette exposition, elle subit une perte donnant normalement droit au versement d'une prestation en vertu des présentes, cette perte est couverte conformément aux dispositions de la police.

Police # 1SZ75

Si la personne assurée n'est pas retrouvée dans l'année qui suit la date de la disparition, du naufrage ou de la destruction du moyen de transport à bord duquel elle voyageait au moment de l'accident et dans des circonstances qui seraient normalement couvertes en vertu des présentes, il est présumé que la personne assurée a perdu la vie à la suite d'une blessure corporelle causée par un accident à la date de la disparition, d'un naufrage ou de la destruction en question.

Plafond global d'indemnisation

2 500 000 \$ est la limite d'indemnité pour laquelle l'assureur est responsable aux termes de cette police pour toutes les pertes survenant à la suite d'un seul et même accident. Si ce plafond ne suffit pas à couvrir le plein montant de la prestation payable à chaque personne assurée par suite d'un seul accident, le montant payable dans ce cas-là à chaque personne assurée est calculé conformément au rapport existant entre le plafond d'indemnisation pour un même accident et le montant total d'assurance qui aurait été payable sans ce plafond.

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.
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 lui sont versées.

Par «conjoint», on entend ce qui suit:

1. la personne à laquelle l'assuré est marié;
2. avec laquelle l'assuré a cohabité de façon ininterrompue pendant au moins un (1) an avant la survenance du sinistre couvert par la police.

Une seule personne est admissible à titre de conjoint.

Si l'assuré est marié et qu'il cohabite avec une personne, on entend, par «conjoint», la personne à laquelle l'assuré est marié.

Date d'effet de l'assurance individuelle

L'assurance individuelle prend effet à la date à laquelle une personne est admissible pourvu qu'elle soit étudiante active à cette date; cette date n'est jamais antérieure à la date d'effet de la police.

Résiliation de l'assurance individuelle

L'assurance individuelle prend fin dès que survient l'une des éventualités suivantes:

1. la date de résiliation de la police;
2. la date d'échéance de la prime, si le contractant omet d'acquitter la prime requise, sauf en cas d'erreur involontaire; ou
3. la date à laquelle l'assuré cesse d'être un étudiant enregistré auprès du contractant en qualité de personne admissible à l'assurance.

Responsabilité d'un tiers

Lorsque, comme résultat de la responsabilité d'un tiers, une personne a droit de recouvrer dommages-intérêts d'une personne, compagnie ou organisation pour une dépense ou portion de toute dépense pour laquelle l'assureur a remboursé la personne assurée, le montant payé par l'assureur pour ce remboursement est recouvrable de la personne assurée à qui le remboursement a été fait, mais le montant recouvrable par l'assureur n'excède pas le montant recouvré comme résultat de la responsabilité d'un tiers.

Exclusions

- A. Cette police ne couvre aucune perte, totale ou non, causée ou provoquée par:
- 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, 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) Tout voyage, à titre de passager ou autre, à bord d'un véhicule ou d'un appareil de navigation aérienne, sauf ce qui est prévu à la disposition «Assurance aviation»;
- 6) les soins médicaux ou les interventions chirurgicales à l'égard de l'assuré, sauf s'ils sont consécutifs à un accident.

- B. La présente police ne couvre pas les fournitures ou services que voici:

- 1) L'achat, la réparation ou le remplacement des lunettes ou des verres de contact, ou les prescriptions, sauf ce qui est prévu à la section de la police "Remboursement des lunettes et verres de contact";
- 2) les services d'un massothérapeute;
- 3) Les radiographies, la réparation ou le remplacement de prothèses dentaires, les obturations ou les couronnes, sauf ce qui est prévu à la disposition «Soins dentaires par suite d'accident»;
- 4) Toute maladie ou affection, à l'origine de la perte ou en résultant;
- 5) Tout produit réservé aux essais n'ayant pas reçu l'approbation de la Direction des médicaments, Protection de la santé, Santé et Bien-être social Canada, les contraceptifs oraux et les spécialités pharmaceutiques;
- 6) Tout traitement expérimental;
- 7) Les soins reçus par un assuré qui n'est pas couvert par un régime d'assurance maladie ou hospitalisation fédéral ou provincial ou un régime équivalent (pour les étudiants étrangers ou ceux avec un profil international);
- 8) Les soins pour Imagerie de résonance magnétique et Scans;

- 9) Les appareils orthopédiques utilisés uniquement dans le but de pratiquer une activité sportive;

La présente police se conforme aux conditions légales de tout régime d'assurance maladie ou hospitalisation fédéral ou provincial. Les prestations prévues par les dispositions «Remboursement des frais par suite d'un accident» et «Soins dentaires par suite d'un accident» sont déduites de toute prestation payable en vertu de dispositions de même nature d'une autre police.

Changement d'assureur

Aucune disposition de la présente police ne porte préjudice à une demande de règlement si le sinistre est couvert lors de sa survenance. Le décès imputable à une invalidité - couverte dès le début par la police - est aussi considéré comme un sinistre assuré.

Nonobstant le paragraphe précédent, l'assureur n'assume, suite à la résiliation du présent contrat, aucune responsabilité en cas de récurrence de l'invalidité, si elle se produit après un rétablissement complet de quatre-vingt-dix (90) jours ou plus.

Nonobstant toute stipulation contraire de la présente disposition, en cas de résiliation de la présente police par le contractant ou l'assureur, les modalités du deuxième (2^e) alinéa cessent de jouer dès que le demandeur souscrit une assurance équivalente d'un autre assureur.

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 QC 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.

Police # 1SZ75

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.

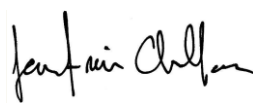
Toutes les réponses du proposant qui figurent dans la proposition sont réputées être des déclarations, non des conditions essentielles.

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.

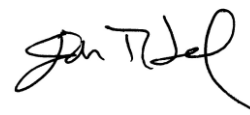
Résiliation du contrat. Le contractant peut résilier le présent contrat s'il envoie par la poste à l'assureur un préavis par écrit l'informant de la date de résiliation. L'assureur peut, lui aussi, résilier le contrat s'il envoie par la poste au contractant, à l'adresse qui y figure, un préavis par écrit d'au moins cent-vingt (120) jours précédant l'anniversaire contractuel et l'informant de la date de résiliation. L'envoi par la poste est une preuve suffisante de la délivrance du préavis susmentionné. La date stipulée dans le préavis est la date d'expiration de la période d'assurance. La délivrance en personne (par le contractant ou l'assureur) a le même effet que son envoi par la poste.

Examen des archives. En ce qui a trait aux archives du contractant se rapportant à l'assurance, l'assureur est autorisé à les examiner à toute époque au cours du présent contrat et, au besoin, dans les deux (2) ans suivant l'expiration de l'assurance ou encore jusqu'au règlement définitif des sinistres non réglés.

EN FOI DE QUOI, SSQ, Société d'assurance-vie inc. a autorisé la signature de la présente police par son président et chef de la direction et son VPE et leader assurance collective.



Jean-François Chalifoux
Président et chef
de la direction



Éric Trudel
VPE et leader
assurance collective

Fait le : 6 juillet 2026