CONTRAT D'ASSURANCE GLOBALE CONTRE LES ACCIDENTS CORPORELS

Souscrit par :
AXIS COMPAGNIE DE RÉASSURANCE (SUCCURSALE CANADIENNE)

Bureau de souscription :
70 rue York
Bureau 1010
Toronto, Ontario M5J1S9

La Compagnie paiera les indemnités prévues au présent Contrat d'assurance sous réserve des dispositions dudit contrat. La présente page et les pages qui suivent font partie intégrante du présent Contrat d'assurance.

AXIS Compagnie de Réassurance (Succursale canadienne) assure les membres d'une :

Ville de Sutton (le Titulaire de police)

Numéro du Contrat : **PRCO-94358-QC10005**

En contrepartie du paiement anticipé de la prime, AXIS Compagnie de Réassurance (Succursale canadienne) (ci-après appelée la Compagnie, Nous ou Notre) paiera les indemnités prévues au présent Contrat d'assurance. La Compagnie fait cette promesse sous réserve de toutes les dispositions du présent Contrat d'assurance.

Le Contrat d'assurance est un contrat au sens de la loi entre le Titulaire de police et la Compagnie.

Le présent Contrat d'assurance décrit les conditions de la garantie d'assurance. Sous réserve de ses conditions applicables, le présent Contrat d'assurance prend effet à 0h01 à sa Date de prise d'effet, à l'adresse du Titulaire de police. Il demeurera en vigueur pour la Durée du Contrat pourvu que la prime soit payée conformément aux conditions convenues. Le présent Contrat d'assurance expire à 0h00 le jour suivant le dernier jour de la Durée du Contrat, à moins que le Titulaire de police et la Compagnie n'aient consenti à continuer la couverture en vertu du présent Contrat d'assurance pour une Durée supplémentaire.

La Compagnie et le Titulaire de police consentent à toutes les conditions du présent Contrat d'assurance.

Droit à un délai de 10 jours pour examiner le présent Contrat d'assurance – Le Titulaire de police devrait lire le présent Contrat d'assurance attentivement et communiquer avec Nous dans les plus brefs délais pour toutes questions. Dans l'éventualité où le Titulaire de police est insatisfait pour quelque raison que ce soit, le présent Contrat d'assurance peut être retourné dans les 10 jours suivant sa réception. Nous rembourserons toutes primes déjà payées dans les 10 jours suivant la réception par la Compagnie de l'avis de résiliation du présent Contrat d'assurance par le Titulaire de police et ledit Contrat sera réputé n'avoir jamais été émis.

Le Président, le Mandataire principal et le Secrétaire de la Compagnie attestent le présent Contrat d'assurance.



Robert J. Looney, Jr.
Président &
Chef de la Direction



Brad Randell
Mandataire principal
pour le Canada



Andrew M. Weissert
Secrétaire

VEUILLEZ LIRE LE PRÉSENT CONTRAT D'ASSURANCE ATTENTIVEMENT.
SANS PARTICIPATION

TABLE DES MATIÈRES

TABLEAU DES INDEMNITÉS PRÉVUES AU CONTRAT D'ASSURANCE 4
DÉFINITIONS 11
EXCLUSIONS GÉNÉRALES 17
RESTRICTIONS 18
DESCRIPTION DES INDEMNITÉS 19
Chapitre I : INDEMNITÉS EN CAS DE DÉCÈS 19
I.A. INDEMNITÉ DE DÉCÈS SUITE À UNE BLESSURE COUVERTE 19
I.B. INDEMNITÉ DE DÉCÈS SUITE À UNE MALADIE COUVERTE 19
I.C. INDEMNITÉ FORFAITAIRE SUITE À UN DIAGNOSTIC DE VIH POSITIF 19
I.D. INDEMNITÉ DE DEUIL 19
I.E. INDEMNITÉ POUR ENFANT À CHARGE 19
I.F. INDEMNITÉS POUR CEINTURE DE SÉCURITÉ ET COUSSIN GONFLABLE 19
I.G. INDEMNITÉ POUR DÉPENSES RELIÉES AUX SOINS AUX PARENTS 20
I.H. INDEMNITÉ POUR GARDE D'ENFANTS 20
I.I. INDEMNITÉ POUR IDENTIFICATION 20
I.J. INDEMNITÉ POUR RAPATRIEMENT 20
I.K. INDEMNITÉ POUR SERVICE COMMÉMORATIF 20
I.L. INDEMNITÉ POUR ÉDUCATION DU CONJOINT SURVIVANT 21
I.M. INDEMNITÉ POUR ÉDUCATION D'UN ENFANT À CHARGE 21
I.N. INDEMNITÉ POUR DÉCÈS D'UN MILITAIRE 21
I.O. INDEMNITÉ POUR GILET DE SÉCURITÉ 21
Chapitre II : INDEMNITÉS POUR INVALIDITÉ 22
II.A. INDEMNITÉ POUR MUTILATION, PERTE DE LA PAROLE OU DE L'OUÏE 22
II.B. INDEMNITÉ POUR DÉFICIENCE VISUELLE 22
II.C. INDEMNITÉ POUR PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE CAUSÉ PAR DES BRÛLURES 23
II.D. INDEMNITÉ POUR DÉFICIENCE PHYSIQUE PERMANENTE 24
II.E. INDEMNITÉ POUR AGRESSION CRIMINELLE 24
II.F. INDEMNITÉ POUR MODIFICATION DE LA RÉSIDENCE OU DU VÉHICULE 24
II.G. INDEMNITÉ POUR PARALYSIE 24
II.H. INDEMNITÉ POUR LÉSION CÉRÉBRALE 25
II.I. INDEMNITÉ POUR UN COMA 26
II.J. INDEMNITÉ POUR UN CANCER 26
Chapitre III : INDEMNITÉS POUR PROTECTION DU REVENU 27
III.A. INDEMNITÉS HEBDOMADAIRES POUR INVALIDITÉ TOTALE 27
III.A.i. INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE MINIMALE POUR INVALIDITÉ TOTALE SUITE À UNE BLESSURE COUVERTE 27
III.A.ii. INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE MINIMALE POUR INVALIDITÉ TOTALE SUITE À UNE MALADIE COUVERTE 27
III.A.iii. INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE POUR REMPLACEMENT DU REVENU DE TRAVAIL SUITE À UNE BLESSURE COUVERTE 27
III.A.iv. INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE POUR REMPLACEMENT DU REVENU DE TRAVAIL SUITE À UNE MALADIE COUVERTE 27
III.B. INDEMNITÉ POUR INVALIDITÉ PARTIELLE 28
III.C. AJUSTEMENTS AU COÛT DE LA VIE 28
III.D. INDEMNITÉ DE PREMIÈRE SEMAINE D'INVALIDITÉ TOTALE 28
III.E. INDEMNITÉ POUR LA TRANSITION 29
III.F. INDEMNITÉ POUR LA RÉÉDUCATION PROFESSIONNELLE 29
III.G. INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE POUR DÉFICIENCE PHYSIQUE PERMANENTE 29
Chapitre IV : INDEMNITÉS POUR FRAIS MÉDICAUX 31
IV. A. INDEMNITÉ POUR FRAIS MÉDICAUX EXCÉDENTAIRES 31
IV. B. INDEMNITÉ POUR FRAIS DE CHIRURGIE PLASTIQUE 31
IV.C. INDEMNITÉ POUR FRAIS DE SOINS DE SANTÉ À DOMICILE 31
Chapitre V : INDEMNITÉS SUPPLÉMENTAIRES 33
V.A. INDEMNITÉ POUR HOSPITALISATION QUOTIDIENNE ET TRAITEMENT AMBULATOIRE 33
V.B. INDEMNITÉ POUR SOINS QUOTIDIENS AUX MALADES EN PHASE CRITIQUE 33
V.C. INDEMNITÉ POUR DÉPENSES FAMILIALES 33
V.D. INDEMNITÉ POUR RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE 33

V.E. INDEMNITÉ POUR GESTION DU STRESS MENTAL 34
V.F. INDEMNITÉ POUR INCIDENT TRAUMATIQUE....34
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RÉCLAMATIONS....35
DISPOSITIONS RELATIVES AUX PRIMES ET AUX RENOUVELLEMENTS 38
DISPOSITIONS GÉNÉRALES 40
DISPOSITIONS RELATIVES À L'ADMISSIBILITÉ, ...43
À LA DATE DE PRISE D'EFFET ET À LA RÉSILIATION 43

TABLEAU DES INDEMNITÉS PRÉVUES AU CONTRAT D'ASSURANCE

Titulaire de police :	**Ville de Sutton**		
Numéro du Contrat d'assurance :	**PRCO-94358-QC10005**	**Date de prise d'effet :**	**2025/03/16**
Date de renouvellement :	**2028/03/16**	**Date d'expiration:**	**2028/03/15**
Mode de paiement :	**Versements annuels de 3 ans**	**Prime totale :**	**8 925 $**
Date d'échéance de la prime :	**16 mars**	**Durée du Contrat :**	**2025/03/16 – 2028/03/15**

Période de garantie du taux : 3 ans

Date d'échéance des primes: La prime est due et payable en versements annuels avec le premier versement dû à la date d'entrée en vigueur de la police et les versements subséquents dus à chaque date d'anniversaire.	1er versement 2ème versement 3ème versement	03/16/2025 03/16/2026 03/16/2027	2 975 $ 2 975 $ 2 975 $

Personnes admissibles :		**Capital :**
Catégorie I	Toutes les catégories d'adhésion volontaire, y compris mais sans s'y limiter, un Membre bénévole, un Bénévole en cas d'urgence, un Membre auxiliaire, un Bénévole de la collectivité, un Membre du conseil d'administration, un fiduciaire, un Membre du personnel administratif, un Membre junior, un Membre en formation, un Membre stagiaire et des Employés à temps partiel du Titulaire de police.	100 000 $

RÉSUMÉ DE LA GARANTIE

Le présent Contrat d'assurance offre une garantie pour les indemnités suivantes qui sont indiquées comme étant « incluses » ou pour lesquelles un montant est spécifié sur la ligne où le nom de l'indemnité est indiqué. Les indemnités qui sont indiquées comme étant « non incluses » ne sont pas offertes en vertu du présent Contrat d'assurance.

CHAPITRE I: INDEMNITÉS DE DÉCÈS

		Catégorie I
I.A. INDEMNITÉ DE DÉCÈS SUITE À UNE BLESSURE COUVERTE		
Montant d'indemnité		100% du Capital
I.B. INDEMNITÉ DE DÉCÈS SUITE À UNE MALADIE COUVERTE		
Montant d'indemnité		100% du Capital
I.C. INDEMNITÉ FORFAITAIRE SUITE À UN DIAGNOSTIC DE VIH POSITIF		
Montant d'indemnité		100% du Capital
I.D. INDEMNITÉ DE DEUIL		
Montant d'indemnité maximale	jusqu'à	10 000 $
I.E. INDEMNITÉ POUR ENFANT À CHARGE		
Montant d'indemnité par enfant à charge		30 000 $
I.F. INDEMNITÉS POUR CEINTURE DE SÉCURITÉ ET COUSSIN GONFLABLE		
Montant d'indemnité pour ceinture de sécurité		25% du Capital
Montant d'indemnité pour coussin gonflable		25% du Capital
I.G. INDEMNITÉ POUR DÉPENSES RELIÉES AUX SOINS AUX PARENTS		
Montant d'indemnité par parent à charge		5 000 $
Montant d'indemnité maximale	jusqu'à	40 000 $
I.H. INDEMNITÉ POUR GARDE D'ENFANTS		
Montant d'indemnité annuelle maximale par enfant à charge de moins de 13 ans	jusqu'à	5 000 $
Montant d'indemnité maximale	jusqu'à	50 000 $
I.I. INDEMNITÉ POUR IDENTIFICATION		
Montant d'indemnité maximale	jusqu'à	15 000 $
I.J. INDEMNITÉ POUR RAPATRIEMENT		
Montant d'indemnité maximale	jusqu'à	20 000 $
I.K. INDEMNITÉ POUR SERVICE COMMÉMORATIF		
Montant d'indemnité		5 000 $
I.L. INDEMNITÉ POUR ÉDUCATION DU CONJOINT SURVIVANT		
Montant d'indemnité maximale	jusqu'à	15 000 $
Période maximale d'indemnisation	jusqu'à	4 ans

I.M. INDEMNITÉ POUR ÉDUCATION D'UN ENFANT À CHARGE

Montant d'indemnité annuelle maximale par enfant à charge	jusqu'à	5 000 $
Montant d'indemnité maximale par enfant à charge	jusqu'à	20 000 $
Période maximale d'indemnisation	jusqu'à	4 ans

I.N. INDEMNITÉ POUR DÉCÉS D'UN MILITAIRE

Montant d'indemnité	15 000 $

I.O. INDEMNITÉ POUR GILET DE SÉCURITÉ

Montant d'indemnité	25 000 $

CHAPITRE II : INDEMNITÉS POUR MUTILATION ET INVALIDITÉ

		Catégorie I
II.A. INDEMNITÉ POUR MUTILATION, PERTE DE LA PAROLE OU DE L'OUÏE		
Montant d'indemnité	jusqu'à	100% du Capital
II.B. INDEMNITÉ POUR DÉFICIENCE VISUELLE		
Montant d'indemnité	jusqu'à	100% du Capital
II.C. INDEMNITÉ POUR PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE CAUSÉ PAR DES BRÛLURES		
Montant d'indemnité	jusqu'à	100% du Capital
II.D. INDEMNITÉ POUR DÉFICIENCE PHYSIQUE PERMANENTE		
Montant d'indemnité		100% du Capital
II.E. INDEMNITÉ POUR AGRESSION CRIMINELLE		
Montant d'indemnité		50% du Capital
II.F. INDEMNITÉ POUR MODIFICATION DE LA RÉSIDENCE OU DU VÉHICULE		
Montant d'indemnité maximale		$50,000
II.G. INDEMNITÉ POUR PARALYSIE		
Montant d'indemnité	jusqu'à	200% du Capital
La paralysie doit survenir dans les		30 jours suivant la Blessure couverte ou le commencement de la Maladie couverte
II.H. INDEMNITÉ POUR LÉSION CÉRÉBRALE		
Montant d'indemnité		100% du Capital
II.I. INDEMNITÉ POUR UN COMA		
Montant d'indemnité		1% du Capital
Montant d'indemnité maximale	jusqu'à	100% du Capital
Le coma doit survenir dans les		30 jours suivant la Blessure couverte ou le commencement de la Maladie couverte
II.J. INDEMNITÉ POUR UN CANCER		
Montant d'indemnité		7 500 $

CHAPITRE III : INDEMNITÉS POUR PROTECTION DU REVENU

		Catégorie I
III.A. INDEMNITÉS HEBDOMADAIRES POUR INVALIDITÉ TOTALE		
III.A.i. INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE MINIMALE POUR INVALIDITÉ TOTALE SUITE À UNE BLESSURE COUVERTE		
Montant d'indemnité hebdomadaire minimale		100 $
Période maximale d'indemnisation		520 semaines
III.A.ii. INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE MINIMALE POUR INVALIDITÉ TOTALE SUITE À UNE MALADIE COUVERTE		
Montant d'indemnité hebdomadaire minimale		100 $
Période maximale d'indemnisation		520 semaines
III.A.iii. INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE POUR REMPLACEMENT DU REVENU DE TRAVAIL SUITE À UNE BLESSURE COUVERTE		
Montant d'indemnité hebdomadaire maximale	jusqu'à	400 $
Période maximale d'indemnisation	jusqu'à	520 semaines
III.A.iv. INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE POUR REMPLACEMENT DU REVENU DE TRAVAIL SUITE À UNE MALADIE COUVERTE		
Indemnité hebdomadaire maximale	jusqu'à	400 $
Période maximale d'indemnisation	jusqu'à	520 semaines
III.B. INDEMNITÉ POUR INVALIDITÉ PARTIELLE		
Indemnité hebdomadaire maximale	jusqu'à	500 $
Période maximale d'indemnisation	jusqu'à	104 semaines
III.C. AJUSTEMENTS AU COÛT DE LA VIE		
Montant d'indemnité maximale		5% par année; jusqu'à 3x le revenu hebdomadaire gagné
III.D. INDEMNITÉ DE PREMIÈRE SEMAINE D'INVALIDITÉ TOTALE		
Montant d'indemnité maximale	jusqu'à	revenu hebdomadaire gagné jusqu'à 1 000 $
III.E. INDEMNITÉ POUR LA TRANSITION		
Montant d'indemnité	jusqu'à	500 $
Période maximale d'indemnisation	jusqu'à	26 semaines
III.F. INDEMNITÉ POUR LA RÉÉDUCATION PROFESSIONNELLE		
Montant d'indemnité maximale	jusqu'à	20 000 $
III.G. INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE POUR DÉFICIENCE PHYSIQUE PERMANENTE		
Montant d'indemnité maximale	jusqu'à	500 $

CHAPITRE IV : INDEMNITÉS POUR FRAIS MÉDICAUX

IV.A. INDEMNITÉ POUR FRAIS MÉDICAUX EXCÉDENTAIRES

À moins de stipulation expresse contraire, toutes les limites d'indemnités s'appliquent par Personne assurée, par Blessure couverte ou par Maladie couverte.

		Catégorie I
Montant d'indemnité maximale pour frais médicaux	jusqu'à	10 000 $

IV.B. INDEMNITÉ POUR FRAIS DE CHIRURGIE PLASTIQUE

Montant d'indemnité maximale	jusqu'à	Un montant additionnel de 25% du montant maximal des bénéfices frais médicaux pour les blessures couvertes, mais pas moins de 25 000 $

IV.C. INDEMNITÉS POUR FRAIS DE SOINS DE SANTÉ À DOMICILE

Montant d'indemnité maximale	jusqu'à	15 000 $
Durée minimale du séjour à l'hôpital		15 jours
Les soins de santé à domicile doivent débuter dans les		18 mois

CHAPITRE V : INDEMNITÉS SUPPLÉMENTAIRES

		Catégorie I
V.A. INDEMNITÉ POUR HOSPITALISATION QUOTIDIENNE ET/OU TRAITEMENT AMBULATOIRE		
Montant d'indemnité quotidienne		50 $
Période maximale d'indemnisation	jusqu'à	730 jours
V.B. INDEMNITÉ POUR SOINS QUOTIDIENS AUX MALADES EN PHASE CRITIQUE		
Montant d'indemnité quotidienne		100 $
Période maximale d'indemnisation	jusqu'à	730 jours
V.C. INDEMNITÉ POUR DÉPENSES FAMILIALES		
Montant d'indemnité maximale	jusqu'à	15 000 $
V.D. INDEMNITÉ POUR RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE		
Montant d'indemnité maximale	jusqu'à	20 000 $
V.E. INDEMNITÉ POUR GESTION DU STRESS MENTAL		
Montant d'indemnité maximale	jusqu'à	25 000 $
V.F. INDEMNITÉ POUR INCIDENT TRAUMATIQUE		
Montant d'indemnité maximale globale pour incident traumatique	jusqu'à	25 000 $
Période maximale d'indemnisation	jusqu'à	52 semaines

DÉFINITIONS

Accident ou **Accidentel** signifie un événement soudain, inattendu, spécifique et abrupt qui survient par hasard à un moment bien distinct et à un endroit bien distinct alors que la Personne assurée est couverte en vertu du présent Contrat d'assurance.

Soins appropriés signifie l'établissement, par un médecin, d'un diagnostic précis reposant sur la science médicale, quant à l'Invalidité totale ou partielle de la Personne assurée, ou un plan de traitement médical et de soins continus de l'Invalidité totale ou partielle, établi par un médecin, qui est conforme aux normes médicales généralement reconnues, y compris la fréquence des traitements et des soins.

Membre associé signifie toute personne qui est un membre de l'entité auxiliaire du Titulaire de police au moment de la Blessure couverte ou de la Maladie couverte.

Période d'indemnisation signifie la période indiquée au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance,* débutant à la date du commencement de l'Invalidité totale ou partielle au cours de laquelle des indemnités doivent être payées.

Personnel de carrière signifie des employés ou des membres de l'organisation qui reçoivent un Revenu de travail hebdomadaire pour une semaine de travail régulière d'au moins 30 heures cumulatives, en qualité de fournisseur de services d'urgence pour le compte du Titulaire de police.

Frais de garde d'enfants signifie les frais réellement engagés pour la garde et la supervision d'un Enfant à charge d'une Personne assurée, qui est âgé de moins de 13 ans.

Bénévole de la collectivité signifie un travailleur non syndiqué qui aide le Titulaire de police et/ou l'entité auxiliaire de l'organisation, dans des tâches de nature non urgente, telles que des activités de financement, des banquets, etc.

Préjudice esthétique causé par des brûlures signifie un préjudice esthétique dû à une brûlure qui est classifiée comme étant une brûlure du troisième degré ou une brûlure profonde, causée par une source thermique, chimique, électrique ou nucléaire. L'étendue de la surface doit être documentée par un Médecin conformément à la Règle des Neuf ou au tableau de Lund-Browder.

Activité couverte signifie toute activité qui est courante pour une Personne assurée dans le cadre normal de son travail pour le compte du Titulaire de police et inclut les déplacements pour se rendre à une telle activité ou en revenir, de même que tout acte posé à l'improviste (Bon Samaritain) dans une situation d'urgence indépendamment de l'implication du Titulaire de police. Activité couverte inclut tous événements sportifs commandités par le Titulaire de police, à l'exception des Épreuves d'athlétisme d'une ligue organisée.

L'Activité couverte doit être exécutée sous les ordres d'un dirigeant du Titulaire de police ou à la connaissance dudit dirigeant, à moins qu'une action immédiate ne soit requise de la part de la Personne assurée dans une situation d'urgence où elle n'agirait pas pour le compte du Titulaire de police ou de toute autre organisation.

Maladie couverte signifie toute maladie, affection ou infection, à l'exclusion des maladies, affections ou infections ayant un lien avec un trouble psychiatrique ou le stress mental, contractée ou subie par une Personne assurée au cours d'une Activité couverte ou découlant d'une Activité couverte alors que le présent Contrat d'assurance est en vigueur, sauf tel que reconnu par l'Indemnité pour gestion du stress mental.

Décès suite à une maladie couverte signifie toute Maladie couverte, à l'exclusion des maladies ayant un lien avec un trouble psychiatrique ou le stress mental, contractée ou subie par une Personne assurée au cours d'une Activité couverte ou découlant d'une Activité couverte alors que le présent Contrat d'assurance est en vigueur, dont découle le décès d'une Personne assurée.

Blessure couverte signifie un Dommage corporel accidentel subi par la Personne assurée au cours de sa participation à une Activité couverte et/ou découlant directement d'une telle participation, alors que la garantie en vertu du Contrat d'assurance est en vigueur (indépendamment de toute maladie, affection, incapacité mentale ou toute autre cause) laquelle blessure n'est pas par ailleurs définie comme étant une Maladie couverte.

Blessure couverte n'inclut pas les problèmes de santé causés par des pathologies gestuelles articulaires (« mouvements répétitifs ») ou des microtraumatismes répétés qui ne découlent pas d'un Accident, y compris mais sans s'y limiter : la maladie d'Osgood-Schlatter; la bursite; la chondromalacie; le syndrome du stress tibial; les fractures de stress; les tendinites et le syndrome du canal carpien.

Décès suite à une blessure couverte signifie une Blessure couverte subie par une Personne assurée au cours d'une Activité couverte et/ou découlant d'une Activité couverte alors que le présent Contrat d'assurance est en vigueur, dont découle le décès d'une Personne assurée.

Frais médicaux couverts signifie les Frais raisonnables et habituels facturés pour l'un ou l'autre des services suivants : traitement médical ou chirurgical, inoculation préventive, hospitalisation, soins de santé à domicile, des services infirmiers prescrits et contrôlés par un Médecin, Protocole de prophylaxie post-exposition (traitement PPE), lorsqu'un tel traitement est recommandé par le Médecin traitant, un ou plusieurs tests de dépistage des maladies infectieuses, ou des inoculations post-exposition préventives suite à la participation à une Activité couverte.

Agression criminelle signifie toute utilisation intentionnelle ou illicite de la force contre une Personne assurée :

1. avec l'intention de causer des dommages corporels à une Personne assurée;
2. dont découle une lésion corporelle à une Personne assurée; et
3. qui constitue une infraction criminelle ou l'équivalent d'une infraction criminelle aux termes de tout texte législatif ou de common law applicable dans la juridiction où survient l'infraction, dans tout pays, province, territoire ou au niveau local.

Enfant à charge signifie un enfant non marié d'une Personne assurée à partir de sa naissance, y compris un enfant naturel, une petite-fille ou un petit-fils, un enfant d'un premier lit ou un enfant adoptif à compter de la date où il est placé auprès d'une Personne assurée. L'Enfant à charge doit dépendre principalement d'une telle Personne assurée pour son soutien financier et sa subsistance et doit être :

1) âgé de moins de vingt-trois (23) ans;
2) âgé de moins de vingt-six (26) ans, s'il est inscrit comme étudiant à plein temps dans une institution d'études supérieures; ou
3) classifié comme étant un Enfant à charge handicapé.

Parent à charge signifie le père, la mère, le grand-père ou la grand-mère d'une Personne assurée ou de son Conjoint qui, au moment où survient une Blessure couverte, reçoit du support et des soins fournis par la Personne assurée ou par le Conjoint de cette dernière, tel qu'en font foi des rapports d'impôt canadiens indiquant le père, la mère, le grand-père ou la grand-mère comme étant une personne à charge.

Bénévole en cas d'urgence signifie une personne qui est physiquement présente au moment d'une urgence et qui n'intervient pas / n'agit pas en tant que membre de quelque organisation que ce soit fournissant des services d'urgence, dont l'Officier supérieur, l'Officier hiérarchique ou tout autre officier responsable de l'urgence a expressément sollicité l'aide.

VIH signifie Virus de l'immunodéficience humaine, un virus qui infecte les lymphocytes et d'autres cellules portant la molécule CD4, dont l'infection initiale est connue comme étant le syndrome rétroviral aigu.

Organisme fournissant des soins de santé à domicile signifie une entité qui organise et fournit des soins infirmiers, des services de santé à domicile ou d'autres services thérapeutiques et connexes. L'entité doit être agréée par une autorité gouvernementale compétente dans la juridiction où les services sont rendus.

Soins de santé à domicile signifie des services qui sont nécessaires du point de vue médical et qui sont fournis et facturés par l'Organisme fournissant des soins de santé. Lesdits services doivent être prescrits et supervisés par un Médecin conformément à un traitement médical.

Hôpital signifie une institution publique ou privée :

1) qui est titulaire d'un permis conformément aux lois de la juridiction où elle est située;
2) dont les activités consistent à recevoir, soigner et traiter les personnes malades, souffrantes ou blessées en tant que personnes hospitalisées;
3) qui offre des installations organisées pour le diagnostic et les traitements médicaux ou chirurgicaux;
4) qui offre des soins infirmiers vingt-quatre heures sur vingt-quatre (24 heures sur 24);
5) qui dispose d'un ou de plusieurs Médecins dans son personnel; et

6) qui n'est pas principalement une clinique de jour, une maison de repos ou une maison de convalescence, une résidence-services ou une institution du même type, et qui n'est pas, sauf accessoirement, un endroit destiné au traitement des alcooliques ou des toxicomanes.

Enfant à charge handicapé signifie un enfant qui, en raison d'un handicap mental ou physique, est incapable, de façon permanente, de subvenir à ses propres besoins et qui, sur une base permanente, dépend d'une Personne assurée pour son soutien financier et sa subsistance. Le handicap doit être survenu alors que l'enfant était :

1) âgé de moins de vingt-trois (23) ans; ou
2) âgé de moins de vingt-six (26) ans, s'il est inscrit comme étudiant à plein temps dans une institution d'études supérieures.

Maladie infectieuse signifie une maladie qui est inscrite sur la liste des maladies infectieuses pouvant causer la mort, mise au point par l'Agence de la santé publique du Canada.

Proche parent signifie une personne qui partage l'un des liens suivants avec la Personne assurée : conjoint, père, mère (y compris le (la) conjoint(e) de la mère ou du père), frère ou sœur (y compris un frère par alliance ou une sœur par alliance), enfant (y compris un enfant adopté légalement ou un enfant du conjoint), tuteur légal ou enfant en tutelle, grand-père, grand-mère, petit-fils ou petite-fille, beau-frère, belle-sœur, bru, gendre, belle-mère, beau-père, tante, oncle, nièce ou neveu.

Malade hospitalisé signifie une personne confinée jusqu'au lendemain comme patient inscrit d'un Hôpital ou autre installation de soins de santé où au moins une journée est facturée pour la chambre et les repas. L'hospitalisation doit avoir été recommandée par un Médecin.

Institution d'études supérieures signifie tout collège public ou privé, université, école de métiers ou école de formation professionnelle, dûment agréée, d'un niveau supérieur à la douzième (12^{ième}) année.

Personne assurée signifie toute personne qui est énumérée comme étant une Personne admissible au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance.*

Perte signifie l'un ou l'autre des événements suivants qui survient de manière accidentelle :

La perte d'un bras
La perte d'un doigt
La perte d'un pied
La perte d'une main
La perte de l'ouïe
La perte d'une articulation
La perte d'une jambe
Un décès
La perte de la parole
La perte d'un pouce et d'un index
Tétraplégie
Paraplégie
Hémiplégie
Lésion cérébrale
Brûlure
Coma
Maladie couverte
Immunodéficience humaine (VIH) découlant d'une profession
Déficience physique permanente
Déficience visuelle

La perte doit survenir dans un délai d'un (1) an suivant l'Accident.

Garantie pour perte de revenus signifie toutes prestations d'invalidité ou maintien du salaire reçu :

1. des indemnités payables en vertu de toute Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, ou toute autre loi qui offre une compensation pour blessures professionnelles;
2. de la prestation de revenu prévue par ou par le biais de tout régime d'assurance automobile, tout régime gouvernemental d'assurance automobile ou tout règlement ou loi similaire sur les assurances;
3. du maintien du salaire ou de l'allocation de cessation d'emploi prévue par ou par le biais de l'employeur;
4. des prestations d'invalidité, de retraite ou d'autres prestations de revenu prévues par ou par le biais de l'employeur, du Titulaire de police ou de la Personne assurée; et
5. des montants payés ou payables en vertu de tout régime collectif ou police d'assurance.

La Garantie pour perte de revenus n'inclut pas les prestations d'invalidité reçues d'une assurance invalidité individuelle payée par la Personne assurée.

Services médicaux signifie des Services Médicalement nécessaires, y compris mais sans s'y limiter :

1) les soins et les traitements médicaux administrés par un Médecin;
2) une chambre et des repas fournis par un hôpital et les soins hospitaliers, tant pour les malades hospitalisés que pour les patients externes;
3) les médicaments nécessaires et prescrits par un Médecin;
4) les tests de diagnostic et les radiographies prescrits par un Médecin;
5) le transport d'une Personne assurée dans un véhicule d'urgence de l'endroit où une telle Personne assurée est blessée à l'Hôpital le plus proche où un traitement médical approprié peut lui être prodigué;
6) l'inoculation préventive;
7) l'embauche d'un(e) infirmier(ère) diplômé(e);
8) les soins et les traitements dentaires nécessités par des Dommages corporels accidentels.

Médicalement nécessaires signifie des services médicaux qui : (1) sont essentiels pour le diagnostic, le traitement ou les soins à la Blessure couverte ou la Maladie couverte pour laquelle ils sont prescrits ou administrés; (2) sont conformes aux normes de pratique médicale généralement reconnues; et (3) sont prescrits par un Médecin et sont exécutés sous ses soins, sa supervision ou sous ses ordres.

Assuré désigné signifie toute organisation énumérée comme Organisation participante au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance.*

Infirmier(ère) signifie un(e) infirmier(ère) diplômé(e) autorisé(e) *(R.N.)* ou un(e) infirmier(ère) auxiliaire autorisé(e) *(L.P.N.)* qui n'est pas :

1. la Personne assurée;
2. un Proche parent de la Personne assurée ou du conjoint de la Personne assurée;
3. une personne vivant dans la maison de la Personne assurée; ou
4. une personne qui est un employé du Titulaire de police ou dont les services sont retenus par ce dernier.

Épreuve d'athlétisme d'une ligue organisée signifie tout type d'événement ou activité sportive qui survient au cours d'un calendrier planifié d'entraînements, de jeux, de matchs et/ou de tournois pendant une saison spécifique et peut inclure l'utilisation d'une formation, d'uniformes désignés, d'arbitres ou des droits de participation.

Autre assurance valide et recouvrable signifie : (1) tout régime collectif, plan ou police d'assurance; (2) tout autre régime collectif d'indemnisation pour les soins hospitaliers, chirurgicaux ou médicaux; ou (3) tout régime d'indemnité social de syndicat ou régime collectif d'employeur ou d'employé. Autre assurance valide et recouvrable n'inclut pas les indemnités prévues à tout régime d'assurance invalidité individuelle.

Patient externe signifie une Personne assurée qui est un patient mais n'est pas hospitalisée jusqu'au lendemain et qui visite un Hôpital, une clinique ou une installation connexe aux fins de diagnostic ou de traitement.

Invalidité partielle ou Partiellement handicapé signifie, pour une Personne assurée ayant un métier ou une profession qui lui procure un salaire tel que décrit à la définition de Revenu hebdomadaire gagné, l'incapacité de s'acquitter d'une ou de plusieurs, mais pas de la totalité, des tâches essentielles et significatives reliées à son métier ou à sa profession en raison d'une Blessure couverte ou d'une Maladie couverte.

Dans l'éventualité où une Personne assurée n'a pas de métier ou de profession qui lui procure un salaire tel que décrit à la définition de Revenu hebdomadaire gagné, Invalidité partielle ou Partiellement handicapé signifie :

1. l'incapacité de s'acquitter d'une ou de plusieurs, mais pas de la totalité, des tâches essentielles et significatives reliées à un métier ou à une profession pour laquelle une Personne assurée est qualifiée de par son éducation, sa formation ou son expérience; ou
2. l'incapacité de s'acquitter d'une ou de plusieurs, mais pas de la totalité, des activités courantes d'une Personne assurée.

Au cours d'une Invalidité partielle, une Personne assurée doit recevoir des soins d'un Médecin sur une base régulière.

Déficience physique permanente signifie une déficience physique ou une anomalie fonctionnelle d'une ou de plusieurs parties du corps ce qui, selon l'édition la plus récente du *« Guide to the Evaluation of Permanent Impairment »* de la *American Medical Association* publiée au moment des réclamations, donne lieu à une invalidité de toute la personne, laquelle invalidité demeure après que le maximum ait été accompli en fait de réadaptation médicale et qui, de l'avis d'un Médecin, est considérée comme étant stable ou de nature non évolutive.

Médecin signifie un fournisseur de soins de santé autorisé pratiquant dans le champ d'application de son permis d'exercice et prodiguant à la Personne assurée des soins et des traitements qui sont appropriés à l'état de santé de la Personne assurée et à la localité, lequel fournisseur de soins n'est pas :

1. la Personne assurée;
2. un Proche parent de la Personne assurée ou du conjoint de la Personne assurée;
3. une personne vivant dans la maison de la Personne assurée;
4. une personne qui est un employé du Titulaire de police ou dont les services sont retenus par ce dernier; ou
5. une personne qui fournit des services homéopathiques, aroma-thérapeutiques ou des services à base de plantes.

Agents de police de réserve signifie tous les agents et les membres de réserve du maintien de l'ordre qui sont nommés par le Titulaire de police. Lesdites personnes ont complété la période de formation et de stage prévue aux règlements écrits du Titulaire de police ou sont effectivement inscrites et participent à ladite formation et stage.

Durée du contrat signifie la période de temps définie pour le Titulaire de police indiquée au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance.*

Revenu de travail hebdomadaire antérieur signifie le plus élevé des montants suivants :

a. le revenu de travail hebdomadaire de la Personne assurée au moment où débute l'invalidité;
b. le revenu de travail hebdomadaire moyen de la Personne assurée pour la période de douze (12) semaines avant le début de l'invalidité pour laquelle une réclamation est présentée; ou
c. le revenu de travail hebdomadaire moyen de la Personne assurée pour la période d'un an avant le début de l'invalidité pour laquelle une réclamation est présentée.

Conseiller professionnel signifie un thérapeute ou un conseiller qui est autorisé, agréé ou reconnu apte à prodiguer un tel traitement.

Frais raisonnables et habituels :

1. signifie des Frais médicaux couverts qui sont facturés;
2. des frais qui ne dépassent pas le niveau habituel des frais qui sont facturés pour des traitements, des services ou des fournitures similaires dans la localité où les dépenses sont engagées (pour une chambre d'Hôpital et les repas, à l'exception d'un séjour médicalement nécessaire dans une unité de soins intensifs ou une unité de soins cardiaques, ne dépassent pas les frais les plus courants de l'Hôpital facturés pour des chambres semi-privées et les repas); et
3. n'inclut pas les frais qui n'auraient pas été facturés si aucune garantie d'assurance n'existait.

Métier ou profession raisonnable signifie tout métier ou profession à laquelle une Personne assurée est raisonnablement adaptée de par son éducation, sa formation ou son expérience et dont une Personne assurée pourrait s'attendre à retirer le moindre entre 75 000 $ par année et au moins 70% de son Revenu de travail hebdomadaire.

Métier ou profession ordinaire signifie le métier ou la profession principale de la Personne assurée au moment de l'invalidité, pour laquelle elle recevait une rémunération.

Date de révision signifie la date après 52 semaines d'invalidité continue.

Conjoint signifie une personne du même sexe ou du sexe opposé qui :

1. est légalement mariée à la Personne assurée et cohabite avec cette dernière ou, en l'absence d'une telle personne,
2. est une personne ayant la qualité de conjoint de fait ou de partenaire domestique en vertu des dispositions de toute loi applicable au niveau provincial, territorial ou local.

Système de retenue supplémentaire signifie tout coussin de sécurité gonflable qui se gonfle lors d'un impact afin de procurer une protection supplémentaire à la tête et au thorax.

Gilet de sécurité signifie un gilet conçu pour améliorer la visibilité de la personne assurée.

Invalidité totale ou Totalement handicapé signifie que durant les 5 premières années suivant la date d'une Blessure couverte ou le commencement d'une Maladie couverte, une Personne assurée :

1. est incapable d'accomplir les tâches importantes et essentielles reliées à son métier ou à sa profession; et
2. reçoit les soins appropriés.

Après 5 ans suivant la date d'une Blessure couverte ou le commencement d'une Maladie couverte, Invalidité totale ou Totalement handicapé signifie qu'en raison d'une Blessure couverte ou d'une Maladie couverte, une Personne assurée :

1. est incapable d'exercer quelque Métier ou Profession raisonnable que ce soit;
2. n'exerce aucun autre métier ou profession; et
3. reçoit les soins appropriés.

Incident traumatique signifie une expérience anormale se rapportant au Titulaire de police, qui se situe hors de la portée des expériences humaines ordinaires et qui inclut : 1) un décès ou des blessures graves dans l'exercice des fonctions survenant à d'autres Personnes assurées; 2) un incident unique faisant de multiples victimes; 3) le décès d'un enfant ou des blessures graves causées à un enfant; 4) une réaction face à des victimes qui sont des connaissances de la Personne assurée; et 5) des incidents similaires qui nécessiteraient raisonnablement des soins de santé mentale pour tous les membres du Titulaire de police ou un nombre important des membres du Titulaire de police.

Équipe de gestion du stress découlant d'un incident traumatique signifie un groupe structuré de professionnels en santé mentale et du soutien par les pairs offert par des personnes qui sont formées pour fournir des services de soutien au personnel de l'organisation fournissant des services d'urgence. Lesdits services de soutien comprennent le désamorçage du stress découlant d'un incident traumatique, le post-exposé, la démobilisation, la formation en réduction du stress, le soutien entre conjoints, des entrevues individuelles ou du soutien sur les lieux de l'incident.

Revenu de travail hebdomadaire signifie la rémunération hebdomadaire reçue de toutes les provenances par une Personne assurée pour la période normale de travail, le temps supplémentaire et les primes de travail par poste. Le Revenu de travail hebdomadaire sera corroboré par des talons de paye, par la Déclaration de revenus des particuliers canadiens, d'autres relevés d'emploi, les dossiers d'impôt et/ou tous autres dossiers que Nous pouvons raisonnablement demander. Le Revenu de travail hebdomadaire doit être attesté par l'employeur de la Personne assurée et/ou par des dossiers d'impôt.

Dans l'éventualité où la Personne assurée est un travailleur autonome, Nous calculerons le Revenu de travail hebdomadaire à partir du montant déclaré par la Personne assurée dans les dossiers d'impôt et/ou tous autres dossiers que Nous pouvons raisonnablement demander.

Le Revenu de travail hebdomadaire ne comprend pas le loyer, les redevances, les revenus de placement, les revenus passifs, les revenus de succession et de fiducie ou les revenus reportés, indépendamment du fait que la Personne assurée ait activement participé à la production desdites formes de revenu, ou tout autre revenu qui ne provient pas directement des activités professionnelles de la Personne assurée.

EXCLUSIONS GÉNÉRALES

En sus de toute exclusion particulière à une indemnité ou à une garantie, aucune indemnité ne sera payée pour une perte qui est causée directement ou indirectement, en tout ou en partie ou qui découle de l'un ou l'autre des événements suivants, à moins qu'une couverture ne soit expressément offerte en vertu du Contrat d'assurance :

1. la guerre, déclarée ou non, ou tout acte de guerre;
2. le suicide ou toute tentative de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non; ou toutes blessures auto-infligées intentionnellement alors qu'une personne est saine d'esprit;
3. les troubles mentaux ou les perturbations affectives, à moins qu'elles soient expressément prévues en vertu de l'Indemnité pour incident traumatique ou l'Indemnité pour gestion du stress mental;
4. toute Épreuve d'athlétisme d'une ligue organisée, sauf tel que prévu en vertu du Contrat d'assurance;
5. une Personne assurée qui se trouve à bord d'un aéronef, qui y pénètre ou qui en sort; lequel aéronef est la propriété du Titulaire de police ou de l'Organisation, est loué ou exploité par le Titulaire de police ou par l'Organisation, chacun pour son propre compte, ou exploité par un employé du Titulaire de police ou de l'Organisation, pour le compte du Titulaire de police ou de l'Organisation;
6. une Personne assurée qui est passager à bord d'un aéronef, qui y pénètre ou qui en sort alors qu'elle agit en qualité de pilote ou de membre d'équipage ou suit une formation afin de devenir pilote ou membre d'équipage. La présente exclusion est sans effet en ce qui a trait aux passagers qui remplissent temporairement des fonctions de pilote ou de membre d'équipage dans une situation d'urgence qui met la vie en danger;
7. le traumatisme psychique subi par une Personne assurée, le trouble mental ou une maladie physique, une affection, une grossesse, la naissance d'un enfant ou une fausse couche, une infection bactérienne ou virale, des défaillances physiques ou le traitement médical ou chirurgical de telles défaillances. La présente exclusion est sans effet en ce qui a trait à une infection bactérienne causée à une Personne assurée par un Accident ou la consommation Accidentelle d'une substance contaminée par une bactérie. La présente exclusion est sans effet en ce qui a trait à une Maladie couverte dont souffre une Personne assurée;
8. une Personne assurée qui participe à des opérations militaires alors qu'elle est en service militaire actif dans les forces armées d'un pays, quel qu'il soit, ou d'une autorité internationale reconnue. Cependant, la présente exclusion est sans effet en ce qui a trait aux 60 premiers jours consécutifs de service militaire actif dans les forces armées d'un pays, quel qu'il soit, ou d'une autorité internationale reconnue;
9. dans l'éventualité où le gouvernement du Canada a imposé des sanctions commerciales ou économiques qui interdisent la fourniture d'assurance pour tout Accident ou Perte ou qu'il existe toute autre interdiction, prévue par la loi, de fournir de l'assurance pour tout Accident ou Perte.

Par ailleurs, aucune indemnité ne sera payée pour des services qui sont rendus ou des traitements qui sont administrés par toute personne qui :

1. est un employé du Titulaire de police ou dont les services sont retenus par le Titulaire de police;
2. vit dans la maison de la Personne assurée;
3. est un Proche parent de la Personne assurée ou du conjoint de la Personne assurée; ou
4. est la Personne assurée.

RESTRICTIONS

Les indemnités prévues au présent contrat d'assurance sont assujetties aux restrictions suivantes :

1. toutes les Blessures couvertes et toutes les Maladies couvertes découlant de la même Activité couverte seront traitées comme étant une Blessure couverte unique ou une Maladie couverte unique. Dans l'éventualité où la Personne assurée a subi une Blessure couverte et a contracté une Maladie couverte au cours de la même Activité couverte et que le montant payable ou la période d'indemnisation pour une indemnité spécifique est différente du montant ou de la période prévue pour les Blessures couvertes et les Maladies couvertes, la Compagnie paiera le montant le plus élevé ou suivra la période d'indemnisation la plus longue.

2. Dans l'éventualité où une Personne assurée subit une Blessure couverte ou contracte une Maladie couverte qui est payable en vertu de plusieurs des indemnités suivantes, le maximum que paiera la Compagnie est le plus élevé entre le montant en capital le plus élevé et le montant d'indemnité individuelle le plus élevé indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance* pour toute indemnité à laquelle la Personne assurée a droit :
    - Indemnité de décès suite à une Blessure couverte;
    - Indemnité de décès suite à une Maladie couverte;
    - Indemnité forfaitaire suite à un diagnostic de VIH positif;
    - Indemnité pour mutilation, perte de la parole ou de l'ouïe;
    - Indemnité pour déficience visuelle;
    - Indemnité pour déficience physique permanente; ou
    - Indemnité pour paralysie.

3. Dans l'éventualité où une Personne assurée est couverte par plusieurs Contrats d'assurance globale contre les accidents corporels émis au Titulaire de police par la Compagnie, la responsabilité de la Compagnie se limite à payer les indemnités prévues par un seul desdits contrats choisi par la Personne assurée, par son ayant droit ou par sa succession.

Paiement maximal pour pertes multiples et indemnités multiples :

Pour tout Montant d'indemnité identifié dans la *Description des indemnités* comme étant assujetti à la présente disposition, le paiement d'un tel Montant d'indemnité réduira le Capital. Dans l'éventualité où, sous réserve de toutes les conditions du présent contrat d'assurance, une Personne assurée a droit au paiement de Montants d'indemnités multiples suite à un (1) Accident, le maximum que Nous paierons pour l'ensemble des indemnités ne dépassera pas le Capital, sauf en cas de Tétraplégie, de Paraplégie et d'Hémiplégie.

Pour tout Montant d'indemnité identifié dans la *Description des indemnités* comme n'étant pas assujetti à la présente disposition, le paiement d'un tel Montant d'indemnité sera en sus de tout Capital payable en vertu du présent contrat d'assurance.

Dans l'éventualité où une Personne assurée subit des Pertes multiples suite à un (1) Accident, le Montant d'indemnité maximale que Nous paierons ne dépassera pas 100% du Capital, sauf en cas de Tétraplégie, de Paraplégie et d'Hémiplégie. Le Montant d'indemnité maximale que Nous paierons ne dépassera en aucun cas 200% du Capital.

Dans le cadre de la présente disposition, la définition de Perte inclut les Lésions cérébrales, Brûlures, Comas, Maladies couvertes, Indemnités forfaitaires suite à un diagnostic de VIH positif et Déficiences physiques permanentes.

DESCRIPTION DES INDEMNITÉS

Chapitre I : INDEMNITÉS EN CAS DE DÉCÈS

I.A. INDEMNITÉ DE DÉCÈS SUITE À UNE BLESSURE COUVERTE

Dans l'éventualité où une Personne assurée subit une Blessure couverte qui est la cause directe de son décès, la Compagnie paiera le Capital indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance.*

I.B. INDEMNITÉ DE DÉCÈS SUITE À UNE MALADIE COUVERTE

Dans l'éventualité où une Personne assurée contracte une Maladie couverte qui est la cause directe de son décès, la Compagnie paiera le Capital indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance.*

I.C. INDEMNITÉ FORFAITAIRE SUITE À UN DIAGNOSTIC DE VIH POSITIF

Dans l'éventualité où une Personne assurée est déclarée positive à des tests de dépistage du VIH et que ce résultat découle directement de sa participation à une Activité couverte, la Compagnie paiera le Montant d'indemnité indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance*.

Une Personne assurée peut choisir l'option de recevoir cette indemnité au lieu de l'Indemnité pour déficience physique permanente, l'Indemnité de décès suite à une Maladie couverte ou l'Indemnité de décès suite à une Blessure couverte.

Dans l'éventualité où une Personne assurée reçoit cette indemnité, l'Indemnité de décès suite à une Blessure couverte, l'Indemnité de décès suite à une Maladie couverte ou l'Indemnité pour déficience physique permanente ne sera pas applicable à la même Activité couverte.

Ce Montant d'indemnité est assujetti au Paiement maximal pour pertes multiples et indemnités multiples.

I.D. INDEMNITÉ DE DEUIL

Dans l'éventualité où une Indemnité de décès suite à une Blessure couverte ou une Indemnité de décès suite à une Maladie couverte est payable en vertu du présent Contrat d'assurance, un montant jusqu'à concurrence du Montant d'indemnité maximale indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance* sera payé. Dépenses relatives à un deuil signifie les débours raisonnables engagés pour des dépenses directement reliées au Décès de la Personne assurée, y compris mais sans s'y limiter, l'accompagnement des personnes en deuil par un Conseiller professionnel, les déplacements et autres dépenses d'un Proche parent ou des dépenses reliées aux services funéraires de la Personne assurée.

I.E. INDEMNITÉ POUR ENFANT À CHARGE

Dans l'éventualité où une Indemnité de décès suite à une Blessure couverte ou une Indemnité de décès suite à une Maladie couverte est payable en vertu du Contrat d'assurance, la Compagnie paiera le Montant d'indemnité indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance* pour chaque Enfant à charge. L'Indemnité pour enfant à charge est payable en sus de l'Indemnité de décès suite à une Blessure couverte ou de l'Indemnité de décès suite à une Maladie couverte et d'autres pertes payables en vertu du présent Contrat d'assurance.

Le Montant d'indemnité sera payé directement à chaque Enfant à charge qui est admissible à le recevoir ou à la personne ayant légalement la charge de l'enfant, si l'enfant est mineur.

Tout paiement effectué de cette manière libérera la Compagnie de toute responsabilité jusqu'à concurrence du paiement effectué.

I.F. INDEMNITÉS POUR CEINTURE DE SÉCURITÉ ET COUSSIN GONFLABLE

Dans l'éventualité où une Indemnité de décès suite à une Blessure couverte est payable en vertu du présent Contrat d'assurance et que le décès de la Personne assurée est survenu au cours d'un Accident d'automobile alors qu'elle portait une ceinture de sécurité correctement attachée, la Compagnie paiera le Montant d'indemnité pour ceinture de sécurité indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance*. Dans l'éventualité où l'indemnité pour ceinture de sécurité est payable, le Montant d'indemnité supplémentaire pour coussin gonflable indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance* sera payé si la Personne assurée était également assise dans un siège protégé par un Système de protection supplémentaire (Coussin gonflable) qui fonctionnait correctement et qui s'est correctement déployé au moment de l'Accident.

I.G. INDEMNITÉ POUR DÉPENSES RELIÉES AUX SOINS AUX PARENTS
La Compagnie paiera le Montant d'indemnité indiqué au *Tableau des indemnités* à titre d'indemnité pour soins aux parents, tel qu'indiqué au *Tableau des indemnités,* dans l'éventualité où une Blessure couverte cause le Décès d'une Personne assurée, lequel Décès est couvert. Le Montant d'indemnité pour soins aux parents est payable en sus de tous autres Montants d'indemnité applicables payables en vertu du présent Contrat d'assurance. Les paiements seront effectués à la personne physique qui engage de telles dépenses pour le Parent à charge. Un ou plusieurs versements uniques seront effectués à chaque Parent à charge admissible ou à la personne ayant légalement la charge du parent, jusqu'à concurrence de l'Indemnité maximale indiquée au *Tableau des indemnités.* Notre paiement total ne dépassera pas le Montant d'indemnité maximale pour Dépenses reliés aux soins aux parents indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance*, indépendamment du nombre de Parents à charge pour lesquels un paiement est effectué.

I.H. INDEMNITÉ POUR GARDE D'ENFANTS
Nous rembourserons les Frais de garde d'enfants jusqu'à concurrence du Montant d'indemnité pour frais de garde d'enfants, indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance* dans l'éventualité où une Blessure couverte ou une Maladie couverte cause le Décès d'une Personne assurée, lequel Décès est couvert. Le Montant d'indemnité pour frais de garde d'enfants est payable en sus de tous autres Montants d'indemnité applicables payables en vertu du présent Contrat d'assurance.

La présente garantie s'applique uniquement dans l'éventualité où la Personne assurée a un Enfant à charge de moins de 13 ans pour lequel des Frais de garde d'enfants sont initialement engagés dans l'année suivant le Décès d'une Personne assurée, lequel Décès est couvert.

Nous rembourserons les Frais de garde d'enfants pour chaque Enfant à charge admissible. Cependant, Notre paiement total ne dépassera pas le Montant d'indemnité maximale pour Frais de garde d'enfants indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance*, indépendamment du nombre d'Enfants à charge pour lesquels un paiement est effectué.

Les paiements seront effectués à la personne physique qui engage de telles dépenses pour l'Enfant à charge.

I.I. INDEMNITÉ POUR IDENTIFICATION
La Compagnie paiera jusqu'à concurrence du Montant d'indemnité indiqué au *Tableau des indemnités,* sous réserve de toutes les conditions et exclusions applicables, dans l'éventualité où une Blessure couverte ou une Maladie couverte cause le Décès d'une Personne assurée dans l'année suivant la Blessure couverte, lequel Décès est couvert et que

1. les autorités policières ou une autorité gouvernementale similaire exige la présence d'un Proche parent; et
2. le Décès est survenu à une distance d'au moins cent cinquante kilomètres (150 km) de la ville où se trouve la résidence permanente de la Personne assurée.

Le Montant d'indemnité pour identification est payable à la personne physique qui engage la dépense.

I.J. INDEMNITÉ POUR RAPATRIEMENT
La Compagnie paiera le Montant d'indemnité indiqué au *Tableau des indemnités,* sous réserve de toutes les conditions et exclusions applicables, dans l'éventualité où une Blessure couverte cause le Décès d'une Personne assurée dans un rayon d'au moins cinquante kilomètres (50 km) de sa résidence principale actuelle. La Compagnie paiera les Dépenses couvertes raisonnablement engagées pour retourner le corps à sa résidence principale actuelle.

Les Dépenses couvertes incluent les dépenses engagées pour : (1) les soins de conservation (embaumement) ou la crémation; (2) les cercueils ou contenants les plus économiques, appropriés pour le transport de la dépouille; et (3) le transport de la dépouille par le moyen de transport et le chemin les plus directs et les plus économiques possible; ou (4) les Frais d'usage et habituels.

I.K. INDEMNITÉ POUR SERVICE COMMÉMORATIF
Dans l'éventualité où une Indemnité de décès suite à une Blessure couverte ou une Indemnité de décès suite à une Maladie couverte est payable en vertu du présent Contrat d'assurance, un montant jusqu'à concurrence du Montant d'indemnité maximale indiqué au *Tableau des indemnités* sera payé pour les débours suivants qui sont effectivement engagés par le Titulaire de police et qui sont directement liés au Décès d'une Personne assurée : 1) les frais raisonnables reliés à l'accompagnement des personnes en deuil; et 2) les frais raisonnables reliés à

un service commémoratif, une veillée mortuaire, une garde d'honneur ou autre hommage à la Personne assurée. La présente indemnité est payable au Titulaire de police.

I.L. INDEMNITÉ POUR ÉDUCATION DU CONJOINT SURVIVANT

Dans l'éventualité où une Blessure couverte ou une Maladie couverte cause le Décès d'une Personne assurée et qu'une indemnité de décès est payable en vertu du présent Contrat d'assurance, la Compagnie remboursera les dépenses engagées par le conjoint survivant pour les frais de scolarité, les livres ou fournitures requis, l'hébergement et la nourriture facturés par une Institution d'études supérieures, le transport et tous autres frais payables directement à un établissement scolaire ou approuvés et reconnus par l'établissement scolaire, jusqu'à concurrence du Montant d'indemnité maximale indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance.* Lesdits frais doivent avoir été engagés par le Conjoint de la Personne assurée afin de fréquenter une Institution d'études supérieures dans le but d'acquérir ou de perfectionner les habiletés nécessaires à un emploi. La Compagnie ne paiera pas les dépenses engagées par la Personne assurée qui sont remboursées par une autre provenance. La présente garantie s'applique uniquement dans l'éventualité où le conjoint survivant engage les dépenses dans les trois (3) années suivant la date du décès de la Personne assurée, lequel décès est couvert.

I.M. INDEMNITÉ POUR ÉDUCATION D'UN ENFANT À CHARGE

Dans l'éventualité où une Blessure couverte ou une Maladie couverte cause le Décès d'une Personne assurée et qu'une indemnité de décès est payable en vertu du présent Contrat d'assurance, la Compagnie paiera les dépenses engagées par chaque Enfant à charge pour les frais de scolarité, les livres ou fournitures requis, l'hébergement et la nourriture facturés par une Institution d'études supérieures, le transport et tous autres frais payables directement à un établissement scolaire ou approuvés et reconnus par l'établissement scolaire, jusqu'à concurrence du Montant d'indemnité maximale indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance.*

Pour être admissible aux indemnités, un Enfant à charge doit :

1. être un étudiant à temps plein dans une Institution d'études supérieures agréée à la date du décès de la Personne assurée ou débuter des études à temps plein à une institution d'études supérieures dans les deux (2) années suivant le décès de la Personne assurée et avant d'avoir atteint l'âge limite indiqué à la définition d'Enfant à charge; et
2. continuer son éducation comme étudiant à temps plein dans une telle Institution d'études supérieures agréée.

Les paiements seront effectués à chaque Enfant à charge admissible ou à la personne ayant légalement la charge de l'enfant, si l'enfant est mineur, à la fin de chaque année jusqu'à la Période maximale d'indemnisation indiquée au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance.* La Compagnie doit recevoir, dans les 31 jours suivant la fin de chaque année, une preuve que Nous jugeons satisfaisante de l'inscription de l'Enfant à charge à l'Institution d'études supérieures et de sa fréquentation de ladite Institution. La première année pour laquelle une indemnité est payable débutera le premier jour du mois suivant la date du décès de la Personne assurée, dans l'éventualité où, à ladite date, l'Enfant à charge survivant était un étudiant à temps plein dans une Institution d'études supérieures; sinon, à la date où l'Enfant à charge débute ses études dans une telle institution. Chaque année subséquente pour laquelle des indemnités sont payables débutera à la date suivant la fin de l'année précédente.

I.N. INDEMNITÉ POUR DÉCÈS D'UN MILITAIRE

Dans l'éventualité où des dommages corporels subis par la Personne assurée au cours de son service ou de sa formation dans les Forces canadiennes ou dans une Unité respective de la Garde ou de la Réserve alors que la garantie en vertu du présent Contrat d'assurance est en vigueur (indépendamment de toute maladie, affection, incapacité mentale ou toute autre cause) causent le décès d'une Personne assurée, Nous paierons le Montant d'indemnité pour décès d'un militaire indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance.* Le décès doit survenir dans les 12 mois suivant les dommages corporels.

Aucune Indemnité pour décès d'un militaire n'est payable dans l'éventualité où une Indemnité pour décès accidentel est payable en vertu du présent Contrat d'assurance.

I.O. INDEMNITÉ POUR GILET DE SÉCURITÉ

Dans l'éventualité où une indemnité de décès est payable en vertu de cette Police et qu'une Personne assurée décède après avoir été heurtée alors qu'elle était un piéton sur le lieu d'un accident automobile ou alors qu'elle dirigeait la circulation automobile et portait un Gilet de sécurité, Nous paierons un montant supplémentaire équivalant au Montant d'indemnité pour Gilet de sécurité indiqué au Tableau.

Chapitre II : INDEMNITÉS POUR INVALIDITÉ

II.A. INDEMNITÉ POUR MUTILATION, PERTE DE LA PAROLE OU DE L'OUÏE

Dans l'éventualité où une Personne assurée subit une Blessure couverte qui est la cause directe de l'une ou l'autre des Pertes indiquées au Tableau de pertes ci-dessous, la Compagnie paiera le Montant d'indemnité indiqué pour la Perte. Dans l'éventualité où plusieurs Pertes découlent du même Accident, le montant maximal payable est le Capital. À moins de disposition contraire dans le présent Contrat d'assurance, lesdites indemnités seront payées en sus de tout autre paiement pour une Blessure couverte ou une Maladie couverte, auquel une Personne assurée peut avoir droit en vertu du présent Contrat d'assurance.

La perte d'une main ou d'un pied signifie l'amputation au-dessus du poignet ou de la cheville. La perte d'un bras ou d'une jambe signifie l'amputation au-dessus du coude ou de l'articulation du genou. La perte d'un pouce ou d'un index signifie une vraie coupure à travers ou au-dessus des articulations métacarpophalangiennes. La perte du second, du troisième ou du quatrième doigt de l'une ou l'autre des deux mains signifie l'amputation réelle de deux phalanges ou plus. Cependant, dans l'éventualité où une phalange complète mais moins de deux phalanges est amputée, la Compagnie paiera 50% du pourcentage indiqué pour une telle perte au Tableau des pertes plus bas. La perte de la parole signifie la perte complète et irrémédiable de toute la capacité de parler. La perte complète de l'ouïe signifie la perte complète et irrémédiable de toute la capacité d'entendre dans les deux oreilles. La perte de l'ouïe dans une oreille signifie une surdité permanente, irrémédiable et complète, telle qu'établie par un Médecin, avec un seuil d'audition de plus de 90 décibels dans l'oreille en question, laquelle surdité ne peut être corrigée par quelque prothèse ou instrument que ce soit, tel qu'établi par un Médecin.

Lorsque des frais médicaux sont engagés dans le but de prévenir l'une desdites Pertes, le montant payable pour une telle Perte peut être utilisé pour de tels frais médicaux dans l'éventualité où le Montant d'indemnité maximale pour frais médicaux indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance* a été payé. Toutes indemnités payées pour des frais médicaux en sus du Montant d'indemnité maximale pour frais médicaux seront déduites des indemnités payables en vertu de la présente indemnité, dans l'éventualité où le traitement médical ne parvient pas à prévenir la Perte en question.

Tableau des pertes

Perte	Montant d'indemnité
Perte des deux mains ou des deux pieds	100% du Capital
Perte d'une main et d'un pied	100% du Capital
Perte complète de la parole	100% du Capital
Perte complète de l'ouïe dans les deux oreilles	100% du Capital
Perte d'un bras ou d'une jambe	80% du Capital
Perte d'une main	75% du Capital
Perte d'un pied	75% du Capital
Perte de l'ouïe dans une oreille	67% du Capital
Perte du pouce ou de l'index dans l'une ou l'autre des deux mains	25% du Capital
Perte du deuxième, troisième ou quatrième doigt dans l'une ou l'autre des deux mains	12.5% du Capital
Perte de l'une ou l'autre des articulations dans un doigt ou un orteil	6.25% du Capital

Le présent Montant d'indemnité est assujetti au Paiement maximal pour pertes multiples et indemnités multiples.

II.B. INDEMNITÉ POUR DÉFICIENCE VISUELLE

Dans l'éventualité où une Personne assurée souffre d'une déficience visuelle causée par une Blessure couverte ou une Maladie couverte, la Compagnie paiera une Indemnité pour déficience visuelle pour chaque œil souffrant de déficience. Le montant de l'Indemnité pour déficience visuelle pour chaque œil sera le produit du Pourcentage du Capital correspondant au degré de déficience visuelle, tel qu'indiqué ci-dessous, multiplié par le Capital indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance.*

Dans l'éventualité où la vision d'une Personne assurée était moins que parfaite (20/20) avant la Blessure couverte ou la Maladie couverte, la Compagnie calculera la déficience visuelle sur la base de la déficience supplémentaire mesurée après la Blessure couverte ou la Maladie couverte. Perte de la vue signifie la perte permanente et irrémédiable de la vue complète dans l'œil en question.

Tableau des indemnités pour déficience visuelle

Degré de déficience visuelle	Pourcentage de Capital payable pour chaque œil
20/20	0.00%
20/30	2.75%
20/40	5.50%
20/50	8.25%
20/60	11.00%
20/80	16.50%
20/100	22.00%
20/120	28.00%
20/150	36.00%
20/180	45.50%
20/200 ou pire	50.00%
Perte de la vue dans les deux yeux (20/200 ou pire dans les deux yeux)	100%
Perte de la vue dans un œil (20/200 ou pire)	50.00%

Le présent Montant d'indemnité est assujetti au Paiement maximal pour pertes multiples et indemnités multiples.

II.C. INDEMNITÉ POUR PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE CAUSÉ PAR DES BRÛLURES

Dans l'éventualité où une Personne assurée subit un préjudice esthétique causé par des brûlures suite à une Blessure couverte, la Compagnie paiera une Indemnité basée sur la formule suivante :

1. établissement du Facteur de classification de la zone pour la zone ayant subi des brûlures, tel que stipulé au Tableau des brûlures causant un préjudice esthétique ci-dessous;
2. le Facteur de classification de la zone est multiplié par le pourcentage de la surface du corps ayant effectivement subi des brûlures, jusqu'à concurrence du Pourcentage maximum admissible pour la Surface de la zone ayant subi des brûlures pour chaque Facteur de classification de la zone, tel que stipulé au Tableau des brûlures causant un préjudice esthétique et tel qu'établi par le Médecin traitant; et
3. les étapes 1 et 2 ci-dessus établissent un pourcentage qui est par la suite multiplié par le Capital, tel qu'indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance.*

La présente indemnité sera payée en sus de toute autre indemnité payable en vertu du présent Contrat d'assurance, à l'exception d'une indemnité payée pour une Mutilation, la Perte de la parole ou de l'ouïe pour la même zone ayant subi des brûlures.

Dans l'éventualité où une Personne assurée subit des brûlures sur plusieurs parties de son corps, découlant d'une même Activité couverte, le calcul ci-dessus sera effectué pour chaque partie du corps ayant subi des brûlures. Le montant maximal payable pour la présente indemnité ne dépassera pas 100% du Capital.

Tableau des brûlures causant un préjudice esthétique

Partie du corps	Facteur de classification de la zone	Pourcentage maximum admissible pour la Surface de la zone ayant subi des brûlures	Capital pour le pourcentage de préjudice esthétique causé par des brûlures *
Visage, Cou, Tête	11	9%	100%
Main & Avant-bras (Côté droit)	5	4.5%	22.5%
Main & Avant-bras (Côté gauche)	5	4.5%	22.5%
Bras (Côté droit)	3	4.5%	13.5%
Bras (Côté gauche)	3	4.5%	13.5%
Torse (Avant)	2	18%	36%
Torse (Arrière)	2	18%	36%
Cuisse (Côté droit)	1	9%	9%
Cuisse (Côté gauche)	1	9%	9%
Jambe (Côté droit/sous le genou)	3	9%	27%
Jambe (Côté gauche/sous le genou)	3	9%	27%

*Le pourcentage indiqué est basé sur des brûlures touchant 100% de la partie du corps identifiée.

Le présent Montant d'indemnité est assujetti au Paiement maximal pour pertes multiples et indemnités multiples.

II.D. INDEMNITÉ POUR DÉFICIENCE PHYSIQUE PERMANENTE
Dans l'éventualité où une Blessure couverte ou une Maladie couverte cause une Déficience physique permanente à la Personne assurée, Nous paierons le Montant d'indemnité maximale pour Déficience physique permanente indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance.*

Le Montant d'indemnité pour Déficience physique permanente sera établi par le produit du pourcentage de déficience attribué par un Médecin, multiplié par le Capital. La valeur de la déficience est exprimée en termes de pourcentage en tenant compte de la partie du corps ou des parties du corps atteintes de déficience permanente et de la relation entre ladite partie ou lesdites parties et le reste du corps de la Personne assurée. Le Médecin établira la valeur de la déficience en utilisant l'édition la plus récente, au moment de la réclamation, du *« Guide to Evaluation of Permanent Impairment »* de la *American Medical Association*. Dans l'éventualité où la Personne assurée souffrait d'une déficience physique préexistante au moment où survient le Dommage corporel accidentel ou la Maladie couverte, la valeur de la déficience physique préexistante sera déduite de la valeur de la déficience calculée après la Blessure couverte ou la Maladie couverte.

Le paiement du Montant d'indemnité maximale pour Déficience physique permanente réduit le Capital payable en vertu du présent Contrat d'assurance.

Le présent Montant d'indemnité est assujetti au Paiement maximal pour pertes multiples et indemnités multiples.

II.E. INDEMNITÉ POUR AGRESSION CRIMINELLE
Dans l'éventualité où une Personne assurée subit une Perte causée par une Blessure couverte ou par une Maladie couverte découlant d'une Agression criminelle commise contre la Personne assurée alors qu'elle remplissait ses fonctions ordinaires pour le compte de l'Organisation au cours d'une Activité couverte, la Compagnie paiera une indemnité supplémentaire tel qu'indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance :*

Limitation de l'indemnité pour agression criminelle – Le Montant d'indemnité pour agression criminelle n'est pas payable pour une agression criminelle commise par la Personne assurée ou par un Proche parent de la Personne assurée.

II.F. INDEMNITÉ POUR MODIFICATION DE LA RÉSIDENCE OU DU VÉHICULE
Dans l'éventualité où, en raison d'une Invalidité totale ou d'une Invalidité partielle, une Personne assurée subit une limitation physique permanente ou une déficience qui pose un risque pour la sécurité ou qui empêche une Personne assurée de maintenir son indépendance dans sa situation actuelle concernant ses déplacements ou sa condition de vie, la Compagnie paiera le coût raisonnable pour effectuer les Modifications suivantes relativement à la déficience :
1. des modifications à la résidence d'une Personne assurée afin de la rendre accessible en fauteuil roulant et/ou habitable; et
2. les modifications nécessaires à un véhicule automobile dont une Personne assurée est propriétaire, afin de rendre le véhicule accessible à une Personne assurée ou de permettre à une Personne assurée de conduire le véhicule.

Les Modifications :
1. doivent faire l'objet d'une entente écrite entre la Personne assurée et la Compagnie, laquelle entente doit inclure les coûts et les raisons des modifications;
2. n'incluent pas des frais qui n'auraient pas existé en l'absence de la couverture d'assurance; et
3. comprennent uniquement des montants qui ont été engagés par la Personne assurée et qui ne lui sont pas remboursés par une autre provenance.

II.G. INDEMNITÉ POUR PARALYSIE
Dans l'éventualité où une Personne assurée subit une Paralysie découlant d'une Blessure couverte ou d'une Maladie couverte, la Compagnie paiera une Indemnité pour paralysie, étant entendu que la Paralysie est survenue dans le délai, à compter de la date de la Blessure couverte ou de la Maladie couverte, prévu au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance*. Le Montant d'indemnité est basé sur le type de Paralysie et sera égal au pourcentage d'indemnité pour ce type de Paralysie indiqué plus bas, multiplié par le Capital indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance*.

Paralysie	Montant d'indemnité
Tétraplégie	200% du Capital
Paraplégie	200% du Capital
Hémiplégie	200% du Capital

Le présent Montant d'indemnité est assujetti au Paiement maximal pour pertes multiples et indemnités multiples.

Définitions Dans le cadre de la présente Indemnité :

Hémiplégie signifie la perte complète et irrémédiable de tout mouvement et de tout usage pratique d'un bras et d'une jambe du même côté du corps, laquelle perte dure plus de 365 jours, tel qu'établi par un Médecin agréé par Nous.

Paralysie/Paralysé signifie la Tétraplégie, la Paraplégie, l'Hémiplégie ou la Monoplégie qui est prévue se prolonger pendant une période continue de 12 mois ou plus à compter de la première des dates suivantes, soit la date de l'Accident couvert ayant causé la paralysie ou la date du diagnostic.

Paraplégie signifie la perte complète et irrémédiable de tout mouvement et de tout usage pratique des deux jambes ou des deux bras, laquelle perte dure plus de 365 jours, tel qu'établi par un Médecin agréé par Nous.

Tétraplégie signifie la perte complète et irrémédiable de tout mouvement et de tout usage pratique des deux bras et des deux jambes, laquelle perte dure plus de 365 jours, tel qu'établi par un Médecin agréé par Nous.

II.H. INDEMNITÉ POUR LÉSION CÉRÉBRALE

Dans l'éventualité où la Personne assurée subit une Perte couverte qui donne lieu à une Lésion cérébrale, la Compagnie paiera le Montant d'indemnité indiqué au *Tableau des indemnités*, sous réserve de toutes les dispositions et exclusions applicables. L'indemnité sera payable si toutes les conditions suivantes sont remplies :

1. la Lésion cérébrale débute dans les 30 jours suivant la date de la Perte couverte;
2. la Personne assurée est hospitalisée pour le traitement de la Lésion cérébrale dans les 30 premiers jours suivant la Perte couverte;
3. la Lésion cérébrale continue pendant une période de 12 mois consécutifs;
4. à la fin de la période de 12 mois consécutifs, un Médecin établit que la Lésion cérébrale est permanente, complète et irrémédiable.

L'indemnité sera payée sous forme de montant forfaitaire au début du 13e mois suivant la date de la Perte couverte si la Lésion cérébrale continue pendant plus de 12 mois consécutifs. Le montant payable ne dépassera pas le Capital pour la Personne assurée dont la Perte couverte est à la base de la réclamation.

Définitions Dans le cadre de la présente Indemnité :

Lésion cérébrale signifie des dommages physiques causés au cerveau qui découlent, directement et indépendamment de toutes autres causes, d'une Blessure couverte et qui rendent la Personne assurée incapable d'accomplir, sans aide, trois (3) Activités ou plus de la vie quotidienne (AVQ).

Activités de la vie quotidienne (AVQ) signifie les activités suivantes :

Prendre un bain – la capacité de se laver dans une baignoire ou sous une douche ou de faire une toilette à l'éponge; y compris l'action d'entrer et celle de sortir de la baignoire ou de la douche avec ou sans l'aide de matériel;

S'habiller – la capacité de mettre, d'enlever et d'attacher tous les articles vestimentaires nécessaires et appropriés et tous appareils orthopédiques ou membres artificiels nécessaires;

Élimination et propreté – la capacité de se rendre aux toilettes et d'en revenir, de s'installer sur la cuvette de toilette et de se lever et la capacité de s'occuper de l'hygiène personnelle y relative, avec ou sans l'aide de matériel;

Transfert – la capacité de se mettre au lit et de se lever du lit, d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide de matériel;

Manger – la capacité d'introduire de la nourriture dans son corps par quelque moyen que ce soit, après que la nourriture ait été préparée et rendue disponible, avec ou sans l'aide de matériel; et

Continence – la capacité de maintenir volontairement le contrôle des fonctions de l'intestin et/ou de la vessie ou, en cas d'incontinence, la capacité de maintenir un niveau raisonnable d'hygiène personnelle.

Le présent Montant d'indemnité est assujetti au Paiement maximal pour pertes multiples et indemnités multiples.

II.I. INDEMNITÉ POUR UN COMA

Dans l'éventualité où une Personne assurée subit une Blessure couverte ou contracte une Maladie couverte dont découle un Coma dans le délai applicable spécifié au *Tableau des indemnités prévues au contrat d'assurance*, la Compagnie paiera le Montant d'indemnité indiqué au *Tableau des indemnités prévues au contrat d'assurance*, sous réserve de toutes les conditions et exclusions applicables.

En cas de décès d'une Personne assurée dans les 365 jours suivant l'Accident, Nous paierons un montant forfaitaire équivalant au Capital de la Personne assurée, moins tout Montant d'indemnité pour un Coma déjà payé.

Définitions Dans le cadre de la présente Indemnité :

Coma signifie un état d'inconscience profonde dont la Personne assurée, soumise à une puissante stimulation, ne s'éveillera vraisemblablement pas. Le Coma doit débuter dans les 30 jours suivant l'Accident couvert, continuer pendant 30 jours consécutifs et être diagnostiqué et traité sur une base régulière par un Médecin. Coma ne signifie pas un état d'inconscience intentionnellement provoqué au cours du traitement d'une Blessure couverte ou d'une Maladie couverte, à moins que l'état d'inconscience ne découle de l'administration d'anesthésie en préparation à un traitement chirurgical de blessures subies au cours dudit Accident couvert.

Le présent Montant d'indemnité est assujetti au Paiement maximal pour pertes multiples et indemnités multiples.

II.J. INDEMNITÉ POUR UN CANCER

Nous paierons le Montant d'indemnité pour un Cancer, indiqué au *Tableau des indemnités prévues au contrat d'assurance*, à une Personne assurée qui, pour la première fois au cours de la durée de la garantie, est diagnostiquée d'un « Cancer potentiellement mortel » et qui nécessite un traitement médical sous forme de radiation ou de chimiothérapie, si un tel traitement est reçu dans l'année suivant le diagnostic et que la Personne assurée survit au moins 30 jours après un tel diagnostic. La Personne assurée doit être admissible au Régime provincial d'accidents du travail et sa demande de prestations doit avoir été approuvée.

« Cancer potentiellement mortel » signifie une maladie contractée par la Personne assurée qui se manifeste pour la première fois alors que la garantie d'assurance de la Personne assurée en vertu du présent Contrat est en vigueur, laquelle maladie découle du risque professionnel du pompier. Un « Cancer potentiellement mortel » doit être caractérisé par la présence d'une tumeur maligne, la croissance incontrôlable et la propagation de cellules malignes et l'invasion des tissus. Dans le cadre de la présente indemnité, « Cancer potentiellement mortel » inclut la Leucémie, le Lymphome malin non hodgkinien, le Cancer du rein, le Cancer du cerveau et le Cancer de la vessie contre lesquels des traitements de chimiothérapie ou de radiation ont été recommandés.

Exigences relatives au diagnostic – Un « Cancer potentiellement mortel » doit être diagnostiqué de manière positive par un Médecin avec rapport pathologique à l'appui. Le diagnostic clinique tout seul ne satisfait pas cette norme.

Chapitre III : INDEMNITÉS POUR PROTECTION DU REVENU

III.A. INDEMNITÉS HEBDOMADAIRES POUR INVALIDITÉ TOTALE

III.A.i. INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE MINIMALE POUR INVALIDITÉ TOTALE SUITE À UNE BLESSURE COUVERTE

Dans l'éventualité où une Personne assurée est frappée d'Invalidité totale causée par une Blessure couverte, la Compagnie paiera le Montant d'indemnité hebdomadaire minimale indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance.* L'Indemnité hebdomadaire pour invalidité totale sera payable pendant une période allant jusqu'à la Période maximale d'indemnisation indiquée au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance*, étant entendu que la Personne assurée demeure Totalement handicapée suite à la Blessure couverte.

III.A.ii. INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE MINIMALE POUR INVALIDITÉ TOTALE SUITE À UNE MALADIE COUVERTE

Dans l'éventualité où une Personne assurée est frappée d'Invalidité totale causée par une Maladie couverte, la Compagnie paiera le Montant d'indemnité hebdomadaire minimale indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance.* L'Indemnité hebdomadaire pour invalidité totale sera payable pendant une période allant jusqu'à la Période maximale d'indemnisation indiquée au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance*, étant entendu que la Personne assurée demeure Totalement handicapée suite à la Maladie couverte.

III.A.iii. INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE POUR REMPLACEMENT DU REVENU DE TRAVAIL SUITE À UNE BLESSURE COUVERTE

Dans l'éventualité où une Personne assurée est frappée d'Invalidité totale causée par une Blessure couverte et que le Montant d'indemnité hebdomadaire minimale pour Invalidité totale est payé, la Compagnie paiera une Indemnité hebdomadaire pour remplacement du revenu de travail suite à une Blessure couverte.

Le montant de l'Indemnité hebdomadaire pour remplacement du revenu de travail suite à une Blessure couverte sera calculé comme suit :

Le montant le plus élevé entre :

a) le Revenu de travail hebdomadaire de la Personne assurée au moment où débute l'invalidité;
b) le Revenu de travail hebdomadaire moyen de la Personne assurée pour la période de douze (12) semaines précédant le début de l'invalidité pour laquelle une réclamation est présentée; et
c) le Revenu de travail hebdomadaire moyen de la Personne assurée pour l'année précédant le début de l'invalidité pour laquelle une réclamation est présentée.

L'Indemnité hebdomadaire pour remplacement du revenu de travail suite à une Blessure couverte ne dépassera en aucun cas le Montant d'indemnité hebdomadaire maximale indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance.*

L'Indemnité hebdomadaire pour remplacement du revenu de travail suite à une Blessure couverte sera payée pendant la Période maximale d'indemnisation indiquée au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance,* étant entendu que la Personne assurée demeure Totalement handicapée suite à la Blessure couverte.

III.A.iv. INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE POUR REMPLACEMENT DU REVENU DE TRAVAIL SUITE À UNE MALADIE COUVERTE

Dans l'éventualité où une Personne assurée est frappée d'Invalidité totale et que le Montant d'indemnité hebdomadaire minimale pour invalidité totale suite à une Maladie couverte est payé, la Compagnie paiera une Indemnité hebdomadaire pour remplacement du revenu de travail suite à une Maladie couverte.

Le montant de l'Indemnité hebdomadaire pour remplacement du revenu de travail suite à une Maladie couverte sera calculé comme suit :

Le montant le plus élevé entre :

a. le Revenu de travail hebdomadaire de la Personne assurée au moment où débute l'invalidité;
b. le Revenu de travail hebdomadaire moyen de la Personne assurée pour la période de douze (12) semaines précédant le début de l'invalidité pour laquelle une réclamation est présentée; et

c. le Revenu de travail hebdomadaire moyen de la Personne assurée pour l'année précédant le début de l'invalidité pour laquelle une réclamation est présentée.

L'Indemnité hebdomadaire pour remplacement du revenu de travail suite à une Maladie couverte ne dépassera en aucun cas le Montant d'indemnité hebdomadaire maximale indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance.*

L'Indemnité hebdomadaire pour remplacement du revenu de travail suite à une Maladie couverte sera payée pendant la Période maximale d'indemnisation indiquée au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance,* étant entendu que la Personne assurée demeure Totalement handicapée suite à la Maladie couverte.

III.B. INDEMNITÉ POUR INVALIDITÉ PARTIELLE

Dans l'éventualité où une Personne assurée subit une Blessure couverte ou une Maladie couverte dont découle une Invalidité partielle, la Compagnie paiera une Indemnité pour invalidité partielle, tel qu'indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance,* si la Personne assurée reprend l'exercice de tout Métier ou Profession raisonnable qui lui procure un Revenu de travail hebdomadaire à un taux moins élevé que celui qu'elle gagnait avant de devenir Totalement handicapée ou Partiellement handicapée.

Le Montant d'indemnité hebdomadaire sera calculé comme suit :

a. le Revenu de travail hebdomadaire de la Personne assurée moins le total combiné des :
b. revenus obtenus de tout Métier ou Profession raisonnable; et
c. la Garantie pour perte de revenus.

L'Indemnité pour invalidité partielle ne dépassera en aucun cas le Montant d'indemnité hebdomadaire maximale indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance.*

L'Indemnité pour invalidité partielle sera payée pendant la Période maximale d'indemnisation indiquée au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance,* étant entendu que la Personne assurée demeure Partiellement handicapée suite à la Blessure couverte ou à la Maladie couverte.

III.C. AJUSTEMENTS AU COÛT DE LA VIE

Après la fin de la période d'un (1) an suivant immédiatement l'Invalidité totale, des ajustements au coût de la vie seront effectués comme suit :

1) Le Montant d'indemnité pour Invalidité totale payable immédiatement avant l'ajustement au coût de la vie augmentera de 5% du Revenu hebdomadaire gagné précédemment par la Personne assurée; ou
2) dans l'éventualité où seulement le Montant d'indemnité minimale pour Invalidité totale indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance* était payable immédiatement avant l'augmentation suite à l'ajustement au coût de la vie, Nous l'augmenterons d'un montant égal au plus élevé des montants suivants :
    a) 5% du Montant d'indemnité minimale pour Invalidité totale indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance* au moment où la Personne assurée est devenue handicapée; ou
    b) 5% du Revenu hebdomadaire gagné précédemment par la Personne assurée.

Lesdits ajustements seront effectués à la date anniversaire de la Blessure couverte subie ou de la Maladie couverte contractée lors d'un Accident couvert. Des indemnités plus élevées s'appliquent à une période d'invalidité continue pour les 52 semaines suivant immédiatement l'ajustement. Le Montant d'indemnité ajusté ne dépassera en aucun cas le montant correspondant à trois fois le Montant d'indemnité maximale pour Invalidité totale indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance.*

III.D. INDEMNITÉ DE PREMIÈRE SEMAINE D'INVALIDITÉ TOTALE

Pour la première semaine pendant laquelle une Personne assurée est Totalement handicapée en raison d'une Blessure couverte ou d'une Maladie couverte, la Compagnie paiera une Indemnité de première semaine d'invalidité qui sera calculée comme suit :

a. le revenu de travail hebdomadaire de la Personne assurée moins le total combiné de :
b. l'Indemnité hebdomadaire minimale pour Invalidité totale suite à une Blessure couverte ou une Maladie couverte;
c. l'Indemnité hebdomadaire pour remplacement du revenu de travail suite à une Blessure couverte ou une Maladie couverte; et
d. la Garantie pour perte de revenus.

L'Indemnité de première semaine d'Invalidité totale ne dépassera en aucun cas le Montant d'indemnité maximale de première semaine d'invalidité indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance.*

III.E. INDEMNITÉ POUR LA TRANSITION
Dans l'éventualité où une Personne assurée reçoit une décharge lui permettant de retourner à son employeur principal après avoir reçu des Paiements hebdomadaires pour Invalidité totale, des Paiements hebdomadaires pour Invalidité totale en remplacement du revenu de travail ou des Paiements pour Invalidité partielle en vertu du présent Contrat d'assurance suite à une Blessure couverte ou une Maladie couverte, mais que son employeur principal l'a congédiée en raison de la Blessure couverte ou de la Maladie couverte ayant donné lieu à l'Invalidité totale ou à l'Invalidité partielle, la Compagnie continuera à payer les indemnités d'invalidité précédemment payables en vertu du présent Contrat d'assurance pendant une période allant jusqu'à la Période maximale d'indemnisation indiquée au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance*, alors que la Personne assurée se cherche activement un emploi.

III.F. INDEMNITÉ POUR LA RÉÉDUCATION PROFESSIONNELLE
Dans l'éventualité où la Personne assurée et la Compagnie s'entendent sur un programme de rééducation professionnelle dans une Institution d'études supérieures, Nous paierons les frais de scolarité et les livres facturés par l'institution tel que stipulé dans une entente écrite entre la Personne assurée et Nous, jusqu'à concurrence du montant indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance*. Le but du programme de rééducation professionnelle doit être de permettre à la Personne assurée de retourner au travail dans un métier ou une profession qui lui convient après avoir suivi le programme.

Nous examinerons le programme et les progrès réalisés par la Personne assurée dans le programme à la fin de chaque session de l'institution. Nous continuerons à payer les frais du programme tant et aussi longtemps que Nous établissons que le programme contribue au retour au travail de la Personne assurée.

La participation d'une Personne assurée au programme ne sera pas considérée, en soi, comme étant un rétablissement d'une Invalidité totale ou d'une Invalidité partielle. Les indemnités pour invalidité continueront à être versées tel que prévu au Contrat d'assurance, alors que la Personne assurée participe activement au programme.

III.G. INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE POUR DÉFICIENCE PHYSIQUE PERMANENTE
Dans l'éventualité où, en raison d'une Blessure couverte ou d'une Maladie couverte pour laquelle la Personne assurée reçoit des Indemnités hebdomadaires pour Invalidité totale ou Invalidité partielle, la Personne assurée a un pourcentage de 50% ou plus de Déficience physique permanente (tel que décrit au paragraphe ci-dessous), la Compagnie paiera une indemnité jusqu'à concurrence du Montant d'indemnité maximale indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance.*

Le montant de l'indemnité sera établi en multipliant l'Indemnité hebdomadaire pour Invalidité totale ou Invalidité partielle payable au cours de la dernière semaine d'admissibilité par le pourcentage de déficience attribué par un Médecin de Notre choix mandaté pour l'examen. La valeur de la déficience sera exprimée en termes de pourcentage en tenant compte de la partie du corps ou des parties du corps atteintes de déficience permanente et de la relation entre ladite partie ou lesdites parties et le reste du corps de la Personne assurée. Le Médecin mandaté pour l'examen établira le pourcentage de la déficience en utilisant l'édition la plus récente, au moment de la réclamation, du *« Guide to Evaluation of Permanent Impairment »* de la *American Medical Association*.

Le paiement de la présente indemnité débutera au cours de la première semaine après que les Indemnités hebdomadaires pour Invalidité totale ou Invalidité partielle ne soient plus payables et continuera pour le restant des jours de la Personne assurée. La présente indemnité sera payée en sus de toutes indemnités qui sont payées ou payables en vertu du Contrat d'assurance.

Dans l'éventualité où une Personne assurée souffrait d'une déficience physique préexistante au moment où survient la Blessure couverte ou la Maladie couverte, la valeur de la déficience physique préexistante sera

déduite de la valeur de la déficience calculée après la Blessure couverte ou la Maladie couverte afin d'établir le montant de l'Indemnité hebdomadaire pour déficience physique permanente.

RESTRICTIONS ET DISPOSITIONS QUI S'APPLIQUENT AUX INDEMNITÉS HEBDOMADAIRES POUR INVALIDITÉ TOTALE

Le Montant d'indemnité hebdomadaire pour Invalidité totale sera assujetti aux restrictions et aux dispositions suivantes :

1) Le Montant d'indemnité hebdomadaire pour Invalidité totale sera complémentaire à toutes autres indemnités valides et recouvrables en vertu de tout Autre Régime;
2) le total des paiements de toutes les provenances effectués à la Personne assurée pour Invalidité totale, y compris l'Indemnité hebdomadaire pour Invalidité totale et toutes autres indemnités, tel que stipulé au sous-paragraphe 1) ci-dessus, ne dépassera pas le Revenu de travail hebdomadaire précédemment gagné par la Personne assurée. Dans l'éventualité où le total des paiements de toutes autres indemnités valides et recouvrables en vertu de tout Autre Régime effectués à la Personne assurée équivaut au Revenu de travail hebdomadaire précédemment gagné par la Personne assurée ou dépasse ledit Revenu, le Montant d'indemnité hebdomadaire minimale pour Invalidité totale sera payable par Nous à la Personne assurée;
3) des indemnités ne seront en aucun cas payables à une Personne assurée pour plusieurs invalidités en même temps;
4) une Personne assurée peut rouvrir sa réclamation à tout moment jusqu'à 5 ans suivant une période d'Invalidité totale ou d'Invalidité partielle suite à des Blessures couvertes ou des Maladies couvertes pour lesquelles des paiements ont été effectués en vertu du présent Contrat d'assurance.
5) Dans l'éventualité où une Personne assurée est couverte par de multiples Polices d'assurance contre les accidents émises par la Compagnie, le montant total des Indemnités pour protection du revenu payable en vertu de toutes les polices sera un Montant d'indemnité hebdomadaire jusqu'à un maximum de 1 000 $.
6) Dans l'éventualité où une Personne assurée faisant partie du Personnel de carrière présente une demande pour une retraite pour cause d'invalidité et que ladite demande est approuvée ou que la Personne assurée prend sa retraite pour toute autre raison, toute admissibilité à l'Invalidité totale ou à l'Invalidité partielle prend fin à la date de prise d'effet de ladite retraite.

Les périodes d'Invalidité totale qui surviennent à moins de quatorze (14) jours consécutifs d'intervalle suivant le retour au travail seront considérées comme étant une seule période d'Invalidité totale, à moins qu'elles soient dues à des causes séparées et n'ayant aucun lien entre elles. Aucun Délai de carence supplémentaire ne sera requis. Cependant, la Période maximale d'indemnisation indiquée au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance* sera réduite du nombre de semaines pendant lesquelles des indemnités ont déjà été payées, y compris mais sans s'y limiter, le Montant d'indemnité hebdomadaire pour Invalidité totale.

EXCLUSIONS QUI S'APPLIQUENT AUX INDEMNITÉS POUR PROTECTION DU REVENU

En sus des Exclusions prévues au Contrat d'assurance, aucune Indemnité pour protection du revenu ne sera payable dans les cas suivants, à moins que la garantie ne soit expressément offerte :

1. au cours de l'incarcération de la Personne assurée dans un établissement pénitentiaire ou correctionnel. Les paiements peuvent reprendre après l'incarcération pourvu que la Personne assurée demeure Totalement handicapée et demeure couverte en vertu du Contrat d'assurance; ou
2. la Personne assurée ne reçoit pas les Soins appropriés.

Chapitre IV : INDEMNITÉS POUR FRAIS MÉDICAUX

IV. A. INDEMNITÉ POUR FRAIS MÉDICAUX EXCÉDENTAIRES

Nous rembourserons les frais jusqu'à concurrence du Montant d'indemnité maximale pour Frais médicaux, tel qu'indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance*, et les Frais raisonnables et habituels pour les Frais médicaux couverts engagés par une Personne assurée en raison d'une Blessure couverte ou d'une Maladie couverte. Le montant payable sera assujetti aux dispositions et aux restrictions suivantes :

- la responsabilité de la Compagnie sera limitée au paiement du Montant d'indemnité maximale pour Frais médicaux indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance*, pour tous les Frais médicaux couverts découlant d'une même Blessure couverte ou d'une même Maladie couverte.
- dépendant de l'événement dont découlent les Frais médicaux couverts, à savoir s'il s'agit d'une Blessure couverte ou d'une Maladie couverte, il se peut que le montant établi par la Compagnie à titre de Montant d'indemnité maximale pour Frais médicaux soit différent. Les différents montants, le cas échéant, sont indiqués au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance.*

Disposition relative aux frais excédentaires

Le Montant d'indemnité pour les Frais médicaux excédentaires est payable à titre de garantie complémentaire. Nous établirons les Frais raisonnables et habituels pour les Frais médicaux couverts. Nous déduirons alors de ce montant tous montants déjà payés ou payables en vertu de toute Autre assurance valide et recouvrable. Nous paierons le montant obtenu après la déduction, mais nous ne paierons en aucun cas un montant supérieur au Montant d'indemnité maximale pour Frais médicaux, tel qu'indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance.*

IV. B. INDEMNITÉ POUR FRAIS DE CHIRURGIE PLASTIQUE

Dans l'éventualité où la Personne assurée engage des frais de chirurgie plastique qui sont Médicalement nécessaires en raison d'une Blessure couverte ou d'une Maladie couverte, la Compagnie paiera une indemnité supplémentaire tel qu'indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance.*

EXCLUSIONS RELATIVES À L'INDEMNITÉ POUR FRAIS MÉDICAUX ET À L'INDEMNITÉ POUR FRAIS DE CHIRURGIE PLASTIQUE

En sus des Exclusions prévues au Contrat d'assurance, aucune Indemnité pour Frais médicaux ou Indemnités pour Frais de chirurgie plastique ne seront payables pour les traitements ou services suivants, à moins qu'une garantie ne soit expressément offerte :

1. pour lesquels une Personne assurée n'a aucune obligation de payer;
2. pour toute blessure ou maladie pour laquelle des indemnités pour accident du travail ou des indemnités pour accident professionnel sont payables;
3. pour le traitement par une personne qui est un employé du Titulaire de police ou de l'Organisation ou dont les services ont été retenus par le Titulaire de police ou par l'Organisation;
4. pour toute blessure qui survient au cours d'une bagarre, sauf s'il s'agit d'autodéfense;
5. pour un traitement qui est de nature pédagogique ou expérimentale ou qui est prodigué à des fins de recherche ou ne fait pas partie des pratiques médicales reconnues; ou
6. pour le traitement de problèmes de santé causés par des blessures découlant de mouvements répétitifs ou de traumatismes cumulatifs et qui ne sont pas causés par une Blessure couverte.

La présente garantie s'applique uniquement aux frais et services qui sont Médicalement nécessaires.

IV.C. INDEMNITÉ POUR FRAIS DE SOINS DE SANTÉ À DOMICILE

Nous rembourserons les frais jusqu'à concurrence du Montant d'indemnité maximale pour Frais de soins de santé à domicile indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance,* dans l'éventualité où une Perte couverte, due à une Blessure couverte ou une Maladie couverte, oblige une Personne assurée à demeurer à la maison après une hospitalisation d'au moins quinze (15) jours. Les frais faisant l'objet du Montant d'indemnité pour Frais de soins de santé à domicile doivent être engagés dans les dix-huit (18) mois suivant la Blessure couverte ou la Maladie couverte. Le Montant d'indemnité pour frais de soins de santé à domicile est payable à titre de garantie complémentaire. Nous établirons les frais pour les Soins de santé à domicile. Nous déduirons alors de ce montant tous montants déjà payés ou payables en vertu de tout Autre régime. Nous paierons le Montant d'indemnité obtenu après la déduction, mais Nous ne paierons en aucun cas un montant supérieur au Montant d'indemnité pour Soins de santé à domicile indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance.*

Aucun Montant d'indemnité pour Soins de santé à domicile ne sera payé dans l'éventualité où :

1) le traitement est de nature pédagogique ou expérimentale ou est prodigué à des fins de recherche ou ne fait pas partie des pratiques médicales reconnues; ou
2) les services sont rendus par une personne qui est un Proche parent.

Le Montant d'indemnité pour soins de santé à domicile est payable en sus de tous autres Montants d'indemnités applicables en vertu du présent Contrat d'assurance.

Chapitre V : INDEMNITÉS SUPPLÉMENTAIRES

V.A. INDEMNITÉ POUR HOSPITALISATION QUOTIDIENNE ET TRAITEMENT AMBULATOIRE

Nous paierons un Montant d'indemnité pour Hospitalisation pour chaque jour d'hospitalisation d'une Personne assurée dans l'éventualité où une Blessure couverte ou une Maladie couverte oblige une Personne assurée à être hospitalisée pendant au moins une journée complète. Pour les soins en clinique externe, Nous paierons le montant quotidien indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance* pour chaque jour de traitement.

La présente indemnité est payable en sus de tous autres Montants d'indemnités applicables en vertu du présent Contrat d'assurance.

La présente indemnité est payable jusqu'à la plus rapprochée des éventualités suivantes :

1) la Personne assurée décède;
2) la Personne assurée n'est plus hospitalisée et/ou ne nécessite plus des soins en clinique externe; ou
3) le Nombre maximal de jours indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance* s'est écoulé.

Le paiement total du Montant d'indemnité pour Hospitalisation par jour et Traitement en clinique externe ne dépassera en aucun cas le Nombre maximal de jours indiqué au *Tableau des indemnités.*

Définitions Dans le cadre de la présente Indemnité :

Être hospitalisé signifie être inscrit comme patient hospitalisé et être confiné à un Hôpital en train de recevoir des traitements d'un Médecin. Être hospitalisé ne comprend pas le confinement uniquement pour des services de convalescence ou des soins infirmiers. Être hospitalisé signifie également que la Personne assurée est un patient en clinique externe qui requiert de la physiothérapie, de la réadaptation et/ou des visites de suivi chez le médecin.

V.B. INDEMNITÉ POUR SOINS QUOTIDIENS AUX MALADES EN PHASE CRITIQUE

Dans l'éventualité où, en raison d'une Blessure couverte ou d'une Maladie couverte, une Personne assurée est hospitalisée aux soins intensifs, en traumatologie, dans une unité de soins aux malades en phase critique, une unité de soins aux brûlés ou autre unité spécialisée similaire, la Compagnie paiera le Montant d'indemnité quotidienne indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance* pour chaque journée complète d'une telle hospitalisation. Le nombre de jours payables en vertu de la présente indemnité ne dépassera pas la Période maximale d'indemnisation indiquée au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance.* Ledit paiement tient lieu d'Indemnité pour Hospitalisation quotidienne.

V.C. INDEMNITÉ POUR DÉPENSES FAMILIALES

Dans l'éventualité où, en raison d'une Blessure couverte ou d'une Maladie couverte, une Personne assurée requiert un traitement médical auquel un Proche parent ou un être cher accompagne une Personne assurée ou un traitement médical auquel un Proche parent ou un être cher apporte son aide, la Compagnie paiera les dépenses raisonnables suivantes qui sont effectivement engagées par le Proche parent ou l'être cher et qui ne sont pas remboursées par une autre provenance : perte de salaire, débours, chambre d'hôtel, stationnement, garde d'enfants ou autres dépenses raisonnablement reliées au traitement ou aux soins prodigués à la Personne assurée. Le maximum que paiera la Compagnie en vertu de la présente indemnité est le Montant d'indemnité maximale pour dépenses familiales indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance*.

V.D. INDEMNITÉ POUR RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE

Dans l'éventualité où une Personne assurée reçoit des Indemnités hebdomadaires pour Invalidité totale ou Invalidité partielle, elle peut être admissible à un programme de réadaptation. La Compagnie paiera jusqu'à concurrence du Montant d'indemnité maximale indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance* pour le programme, tel que stipulé dans une entente écrite. Le but du programme de réadaptation sera de permettre à une Personne assurée de retourner au travail dans un Métier ou une Profession raisonnable qui lui convient suffisamment, en tenant compte de la Blessure couverte qu'elle a subie ou de la Maladie couverte qu'elle a contractée.

La Compagnie peut offrir, organiser ou autoriser des services éducatifs, professionnels ou de rééducation physique ou d'autres services. Les autres services et dépenses qui pourraient être offerts peuvent inclure :

- la coordination des services de rééducation physique et des services médicaux;
- la planification financière et la planification d'entreprise;
- l'évaluation professionnelle et l'analyse des compétences polyvalentes;
- du counseling professionnel et de la rééducation professionnelle;
- des enquêtes sur le marché du travail et des services de placement; et
- l'évaluation des modifications nécessaires au lieu de travail et du matériel adapté et peuvent inclure du travail à temps partiel.

La Compagnie peut, de temps à autre, revoir le programme et les progrès réalisés par une Personne assurée. La Compagnie continuera à payer pour le programme tant et aussi longtemps que la Compagnie établit que le programme aide une Personne assurée à retourner dans les effectifs.

La participation d'une Personne assurée dans un programme de réadaptation ne sera pas considérée, en soi, comme étant un rétablissement d'une Invalidité totale ou d'une Invalidité partielle. Les indemnités hebdomadaires pour Invalidité totale ou Invalidité partielle continueront tel que prévu au Contrat d'assurance alors qu'une Personne assurée participe activement au programme.

V.E. INDEMNITÉ POUR GESTION DU STRESS MENTAL

Dans l'éventualité où une Personne assurée souffre d'une maladie liée au stress psychiatrique ou au stress mental qui découle directement de sa participation active à un seul incident d'urgence ou à des incidents d'urgence répétés en qualité de membre du Titulaire de police, la Compagnie paiera une Indemnité pour gestion du stress mental, conformément aux Chapitres III, IV et V du présent Contrat d'assurance, sous réserve du Montant d'indemnité maximale indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance.* La Personne assurée doit recevoir les soins d'un Médecin dûment autorisé à prodiguer de tels soins et lesdits soins doivent être appropriés à l'état de santé causant le stress psychiatrique ou mental.

V.F. INDEMNITÉ POUR INCIDENT TRAUMATIQUE

La Compagnie paiera les dépenses raisonnables pour les services fournis par une Équipe de gestion du stress découlant d'un incident traumatique dans l'éventualité où de tels services sont requis et qu'ils sont autorisés par le Titulaire de police suite à un Incident traumatique. Les dépenses doivent être engagées dans le laps de temps spécifié au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance* et elles sont assujetties au Montant d'indemnité maximale globale pour incident traumatique, indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance.* Le Montant d'indemnité maximale globale pour incident traumatique est le maximum qui sera payé pour chaque Incident traumatique, indépendamment du nombre de Personnes assurées qui sont traitées.

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RÉCLAMATIONS

FORMULAIRES DE RÉCLAMATION

Notre administrateur enverra des formulaires de réclamation au réclamant sur réception d'une déclaration de sinistre écrite. Dans l'éventualité où lesdits formulaires ne sont pas envoyés dans les 15 jours suivant la réception de la déclaration de sinistre par la Compagnie, le réclamant sera réputé avoir rempli les exigences de la demande d'indemnité dès qu'il aura soumis, dans le délai fixé au Contrat d'assurance pour le dépôt de la demande d'indemnité, une preuve écrite relative à l'événement, la nature et la portée de la perte pour laquelle la réclamation est présentée. L'avis devrait inclure le nom de la Personne assurée, le nom du Titulaire de police et le numéro du Contrat d'assurance. Tous formulaires pouvant être requis en vertu du présent paragraphe peuvent être transmis en format électronique ou en format papier.

DÉCLARATION DE SINISTRE

Un rapport d'incident écrit doit être adressé au Titulaire de police ou à Notre administrateur dans les 30 jours suivant l'Activité couverte pouvant donner lieu à une perte en vertu du présent Contrat d'assurance, ou dans les meilleurs délais. Une déclaration de sinistre écrite doit être remise à Notre administrateur dans les 30 jours suivant l'événement ou le début de la Blessure couverte ou de la Maladie couverte de la Personne assurée, ou dans les meilleurs délais par la suite. Un avis donné par ou pour le compte du réclamant à la Compagnie ou au mandataire désigné de cette dernière, contenant des renseignements suffisants permettant d'identifier la Personne assurée, est réputé être un avis donné à la Compagnie. Tous avis pouvant être requis en vertu du présent paragraphe peuvent être transmis en format électronique ou en format papier.

DEMANDE D'INDEMNITÉ

En cas de réclamation pour manque à gagner dû à une invalidité, une demande d'indemnité écrite doit être fournie dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date d'une telle perte, ou dans les meilleurs délais. Une preuve subséquente écrite de la continuation d'une telle invalidité doit être fournie au moment, de la manière et à l'endroit pouvant être raisonnablement requis par Nous.

Pour toute perte autre qu'une perte relative à une invalidité, une demande d'indemnité écrite doit être fournie dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant une telle perte, ou dans les meilleurs délais.

Le défaut de fournir la demande d'indemnité dans le délai imparti n'invalide ni ne réduit une réclamation s'il n'était pas raisonnablement possible de fournir ladite demande d'indemnité dans ledit délai, pourvu qu'une telle demande d'indemnité soit fournie dans les meilleurs délais et en aucun cas, à moins d'absence de capacité juridique de la part du réclamant, plus d'un an suivant la date à laquelle la demande d'indemnité est par ailleurs requise. Tous formulaires pouvant être requis en vertu du présent paragraphe peuvent être transmis en format électronique ou en format papier.

PAIEMENT DES RÉCLAMATIONS

Toutes les indemnités seront payées en monnaie canadienne. Après que nous ayons reçu une preuve écrite de manque à gagner dû à une invalidité, des indemnités d'invalidité payables en vertu du Contrat d'assurance pour manque à gagner seront payées mensuellement pendant toute la période dont la Compagnie est responsable. Des indemnités pour toute autre perte couverte en vertu du présent Contrat d'assurance seront payées immédiatement suivant la réception d'une demande d'indemnité mais pas plus de 30 (trente) jours suivant la réception de la demande d'indemnité. Le solde de toutes indemnités impayées à la fin de la période dont la Compagnie est responsable sera payé dans les meilleurs délais suivant la réception de la demande d'indemnité. Tout paiement que Nous effectuons de bonne foi mettra fin à Notre responsabilité jusqu'à concurrence du paiement des réclamations pour décès.

PAIEMENT DES RÉCLAMATIONS SUITE À UN DÉCÈS

Sur réception d'une preuve de décès régulière écrite, à moins d'indication contraire dans une indemnité spécifique, des indemnités pour une réclamation suivant un décès seront payées au bénéficiaire désigné par une Personne assurée au moment de la prise d'effet du présent Contrat d'assurance. Une Personne assurée a le droit de changer son bénéficiaire à quelque moment que ce soit en remplissant un formulaire, approuvé par Nous, et en le soumettant au Titulaire de police. La désignation du nouveau bénéficiaire prendra effet à compter de la date où la Personne assurée signe le formulaire requis. Cependant, dans l'éventualité où Nous avons posé un acte quel qu'il soit ou que Nous avons effectué le paiement de toute réclamation avant que le Titulaire de police ait reçu la demande d'une Personne assurée de modifier son/sa bénéficiaire, ladite modification ne prendra pas effet.

Dans l'éventualité où une Personne assurée ne désigne pas de bénéficiaire ou qu'elle désigne plusieurs bénéficiaires sans indiquer l'ordre dans lequel les paiements doivent être effectués ou la part des paiements revenant à chaque bénéficiaire, les bénéficiaires recevront des montants égaux. La part d'un bénéficiaire qui décède avant une Personne assurée ou la part d'un bénéficiaire qui est exclu passera à tous bénéficiaires survivants dans l'ordre désigné par une Personne assurée.

Dans l'éventualité où une Personne assurée ne désigne pas un bénéficiaire ou dans l'éventualité où un bénéficiaire est exclu ou que tous les bénéficiaires désignés décèdent avant une Personne assurée, Nous avons l'option de payer des indemnités de décès à la succession d'une Personne assurée ou à des membres survivants de sa famille dans l'ordre indiqué ci-après :

1. le Conjoint;
2. un enfant ou des enfants, à parts égales s'ils sont vivants;
3. la mère et le père à parts égales ou le survivant; ou
4. des sœurs et frères à parts égales ou un ou plusieurs survivants.

En ce qui a trait aux Personnes assurées vivant au Québec, la désignation d'un Conjoint ou d'une Conjointe à titre de bénéficiaire est irrévocable, à moins de stipulation contraire. La désignation de tout autre bénéficiaire est révocable.

COLLABORATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

La garantie offerte en vertu du présent Contrat d'assurance peut être résiliée relativement à toute Personne assurée qui fait défaut de collaborer avec la Compagnie dans l'administration de la réclamation. Une telle collaboration inclut, mais sans s'y limiter, la fourniture de tous renseignements ou documents requis afin d'établir si des indemnités sont payables ou si le Montant d'indemnité réel est dû.

DROIT DE COMPENSATION

Dans l'éventualité où Nous établissons que des montants d'indemnité payables en vertu du présent Contrat d'assurance ont été payés en trop à une Personne assurée en raison d'une fraude ou de toute erreur commise par Nous dans le traitement d'une réclamation, Nous nous réservons le droit de :

1. compenser lesdits paiements en trop avec tous montants qui sont par ailleurs payables à une Personne assurée;
2. demander à une Personne assurée le remboursement de tout montant payé en trop; ou
3. intenter une action en justice contre une Personne assurée pour recouvrer tout montant payé en trop.

DROIT DE RECOUVREMENT

Dans l'éventualité où une Personne assurée engage des dépenses en raison d'une Blessure couverte ou d'une Maladie couverte et que la perte a été causée par un acte ou une omission d'une autre personne, une Personne assurée peut avoir une réclamation contre l'autre personne. Dans l'éventualité où un montant est recouvré, une Personne assurée doit Nous rembourser le montant recouvré : (1) de l'autre personne; ou (2) de l'assureur de l'autre personne. Nous aurons un tel droit uniquement en ce qui a trait à des fonds excédentaires et uniquement dans l'éventualité où une Personne assurée a été pleinement dédommagée.

La présente disposition relative au droit de recouvrement s'applique également lorsqu'une Personne assurée reçoit un paiement en vertu d'une police d'assurance ou d'un régime de non-assurance ou de sous-assurance des automobilistes.

EXAMEN PHYSIQUE ET AUTOPSIE

Nous avons le droit de faire examiner une Personne assurée, à nos frais, aussi souvent qu'il est raisonnable de le faire alors qu'une réclamation est en cours. Nous pouvons également demander qu'une Personne assurée soit examinée, à nos frais, comme preuve de perte continue. Nous nous réservons le droit de choisir l'examinateur. En cas de décès, Nous pouvons demander qu'une autopsie soit pratiquée lorsque la loi ne l'interdit pas.

ACTIONS EN JUSTICE

Aucune action en justice ou en équité ne sera intentée pour effectuer un recouvrement en vertu du présent Contrat d'assurance avant l'expiration du délai de soixante (60) jours après que la demande d'indemnité requise ait été fournie conformément aux conditions du présent Contrat d'assurance. Aucune action ne sera intentée à moins qu'elle le soit dans les trois (3) années suivant l'expiration du délai dans lequel la demande d'indemnité doit être fournie en vertu du Contrat d'assurance.

Toute action ou procédure contre un assureur pour le recouvrement de produit d'assurance payable en vertu du contrat est absolument prescrite à moins d'avoir été intentée dans le délai prévu à la *Loi de 2002 sur la prescription* (Ontario).

Dans la mesure où le Contrat d'assurance est assujetti à la Loi sur les assurances de la Colombie-Britannique, de l'Alberta ou du Manitoba, la disposition suivante s'applique :

> Toute action ou procédure contre un assureur pour le recouvrement de produit d'assurance payable en vertu du contrat est absolument prescrite à moins d'avoir été intentée dans le délai prévu à la *Loi sur les assurances.*

FRAIS JURIDIQUES

Dans l'éventualité où pendant qu'une Personne assurée reçoit des indemnités en vertu du présent Contrat d'assurance, elle engage, envers l'assureur offrant l'assurance contre les accidents du travail en vigueur à ce moment-là, des frais juridiques relativement au rejet ou à l'appel d'une décision relative à une réclamation pour indemnisation des accidents du travail découlant d'une Blessure couverte ou d'une Maladie couverte, Nous rembourserons lesdits frais à la Personne assurée jusqu'à un maximum of 1 000 $. Des indemnités ne seront en aucun cas payables pour toute responsabilité, négligence ou toute autre action en justice connexe autre que celles qui sont expressément stipulées au présent Contrat d'assurance. La présente indemnité est payable pendant une période allant jusqu'à un (1) an suivant la date de l'Activité couverte.

CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE

Le droit de changer de bénéficiaire est réservé à la Personne assurée et le consentement du ou des bénéficiaires ne sera pas requis pour l'abandon ou la cession du présent Contrat d'assurance, pour effectuer tout changement de bénéficiaire(s) ou tous autres changements au présent Contrat d'assurance.

SUBROGATION RELATIVE AUX INDEMNITÉS POUR PROTECTION DU REVENU

Après que la Personne assurée ait reçu pleine compensation de sa Perte couverte, la Compagnie a le droit de recouvrer de quiconque est responsable de la perte couverte, tous les paiements d'indemnités pour protection du revenu, y compris les paiements futurs, que la Compagnie a effectués ou qu'elle sera tenue d'effectuer dans le futur. Dans l'éventualité où la Personne assurée recouvre des montants de quiconque est responsable de la perte couverte, la Compagnie sera remboursée en priorité à même le produit d'un tel recouvrement jusqu'à concurrence des paiements effectués par la Compagnie à la Personne assurée. La Personne assurée consent à apporter son aide à la Compagnie pour la protection des droits de cette dernière contre les responsables d'une telle perte, y compris, mais sans s'y limiter, la signature de formulaires de subrogation fournis par la Compagnie.

Dans la mesure où le Contrat d'assurance est assujetti aux lois du Québec, dans l'éventualité où la Personne assurée n'a reçu qu'une indemnisation partielle du total de sa perte selon la garantie offerte en vertu du présent Contrat d'assurance, la Personne assurée aura priorité sur la Compagnie pour être remboursée à même les montants recouvrés de quiconque est reconnu responsable de la Perte couverte jusqu'à concurrence d'un montant correspondant au solde non assuré et impayé du total de la perte de la Personne assurée.

DISPOSITIONS RELATIVES AUX PRIMES ET AUX RENOUVELLEMENTS

DURÉE DU CONTRAT ET RENOUVELLEMENT

La première période du présent Contrat d'assurance débute à la Date de prise d'effet indiquée au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance* et prend fin à la Date d'expiration, indiquée également au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance.* Le Contrat d'assurance demeurera en vigueur pour la durée de la Période d'assurance pourvu que la prime soit payée conformément aux conditions convenues. Les périodes subséquentes seront celles pour lesquelles le Titulaire de police paie des primes de renouvellement à l'échéance, tel que convenu. Toutes les périodes d'assurance débuteront à 0h01 et prendront fin à 0h01, Temps légal, à l'adresse du Titulaire de police.

La Compagnie ou le Titulaire de police peut résilier le présent Contrat d'assurance à tout anniversaire de la première Date de renouvellement en donnant à l'autre partie un avis écrit d'au moins trente (30) jours avant ladite date. Dans un tel cas, le présent Contrat d'assurance se terminera à la date anniversaire spécifiée à 0h01, Temps légal. Toute garantie de taux de prime n'aura aucun effet sur le droit de la Compagnie ou du Titulaire de police de mettre fin au Contrat d'assurance. La résiliation ou le non-renouvellement sera sous toutes réserves des droits de toute Personne assurée relativement à toutes indemnités payables en vertu du présent Contrat d'assurance qui ont débuté alors que le présent Contrat d'assurance était en vigueur.

PRIMES

Les primes sont payées à l'Établissement principal de la Compagnie ou au mandataire de la Compagnie. Toute prime remise par le Titulaire de police à son mandataire ou à son courtier ne sera pas réputée avoir été payée jusqu'à ce qu'elle ait été reçue par Nous à Notre bureau. Dans l'éventualité où une prime, quelle qu'elle soit, n'est pas payée à son échéance, le présent Contrat d'assurance sera résilié à la fin de la dernière période pour laquelle une prime a été payée, sauf tel que prévu à la disposition relative au Délai de grâce.

La première prime est due à la Date de prise d'effet indiquée au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance*. La prime de renouvellement pour chaque année d'assurance sera due le jour avant la fin de la période, sous réserve du Délai de grâce, à moins que le Titulaire de police et la Compagnie ne s'entendent sur un autre mode de paiement de la prime.

Nous pouvons changer le taux de prime à toute Date de renouvellement du présent Contrat d'assurance ou à tout moment où les conditions du présent Contrat d'assurance sont modifiées.

MODIFICATIONS AUX TAUX DE PRIME

La Compagnie peut changer les taux de prime à la fin de toute Période d'assurance ou de toute Période de garantie du taux de prime en donnant un préavis d'au moins 31 jours envoyé par la poste à la dernière adresse connue du Titulaire de police. La Compagnie n'augmentera pas les taux de prime plus souvent qu'une fois par année, à moins que l'un des événements décrits ci-dessous ne survienne.

La Compagnie peut changer le taux de prime au cours d'une Période d'assurance ou au cours de toute Période de garantie du taux de prime applicable dans l'éventualité où l'un ou l'autre des événements suivants survient :

1. les conditions du présent Contrat d'assurance sont modifiées;
2. le nombre de Personnes assurées ou de Personnes admissibles à la garantie a augmenté ou diminué de plus de 25% depuis le dernier des deux événements suivants à survenir, soit la Date de prise d'effet du Contrat d'assurance ou la date du dernier renouvellement du présent Contrat d'assurance;
3. la garantie est remise en vigueur suite à un défaut de payer la prime au cours du Délai de grâce;
4. une acquisition, fusion, regroupement, désinvestissement, réorganisation d'une corporation ou achat ou vente d'actifs ayant un effet sur, augmentant ou diminuant de 25% ou plus le nombre de Personnes assurées;
5. une modification à toute loi ou réglementation au niveau fédéral ou au niveau d'un état est édictée, adoptée ou modifiée dans la mesure où elle a un effet sur les obligations de la Compagnie relatives aux indemnités en vertu du présent Contrat d'assurance.

Toute augmentation ou diminution de taux prendra effet à la date de la modification applicable spécifiée ci-dessus. Un ajustement au prorata s'appliquera à compter de la date de la modification jusqu'à la fin de toute période pour laquelle une prime a été payée.

DÉLAI DE GRÂCE

Un délai de grâce de trente-et-un (31) jours sera disponible pour le paiement de toute prime due après la première. Pendant le délai de grâce, le Contrat d'assurance restera en vigueur, à moins que le Titulaire de police ait donné un avis écrit de cessation avant la date d'échéance de la prime et conformément à la Période d'assurance et à la disposition relative au Renouvellement.

Toute prime de renouvellement due doit Nous être payée pendant le délai de grâce suivant la date d'échéance de la prime de renouvellement. Dans l'éventualité où la prime de renouvellement n'est pas payée pendant le délai de grâce de trente-et-un (31) jours, le présent Contrat d'assurance sera automatiquement résilié à la fin du délai de grâce. Le Titulaire de police sera responsable du paiement d'une prime calculée au prorata pour la période de temps pendant laquelle le Contrat d'assurance était en vigueur au cours du délai de grâce.

AUDIT RELATIF AUX PRIMES

La Compagnie aura le droit d'auditer les registres comptables du Titulaire de police à la place d'affaires de ce dernier et durant les heures normales d'ouverture du Titulaire de police, afin d'établir l'exactitude des primes qui ont été payées.

REMISE EN VIGUEUR

Le présent Contrat d'assurance peut être remis en vigueur dans l'éventualité où il est tombé en déchéance en raison du non-paiement de la prime. La remise en vigueur du Contrat exige que le Titulaire de police soumette une proposition écrite jugée satisfaisante par la Compagnie et que toutes les primes échues soient payées. Toute prime acceptée relativement à une remise en vigueur sera imputée à une période pour laquelle aucune prime n'avait été payée auparavant mais pas à une période écoulée plus de soixante jours avant la date de remise en vigueur.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

TOTALITÉ DU CONTRAT

Le présent Contrat d'assurance, y compris la proposition d'assurance (le cas échéant) et toutes modifications, avenants et/ou documents y joints, représente la totalité du contrat entre le Titulaire de police et la Compagnie. Toutes déclarations faites par les dirigeants ou les fiduciaires du Titulaire de police seront réputées être, en l'absence de fraude, des assertions et non des garanties. Aucune déclaration faite par une Personne assurée ne sera utilisée dans quelque contestation que ce soit en vertu du présent Contrat d'assurance, à moins qu'une copie de la déclaration ne soit fournie à la Personne assurée, ou, en cas de décès ou d'incapacité de la Personne assurée, au bénéficiaire de la Personne assurée ou à son représentant personnel. Aucune modification apportée au présent Contrat d'assurance ne prendra effet avant d'avoir été approuvée par un de Nos dirigeants. Ladite approbation doit être donnée par écrit sous forme d'avenant ou être jointe au présent Contrat d'assurance. Aucun mandataire ne peut modifier le présent Contrat d'assurance ou renoncer à l'une ou l'autre de ses dispositions.

CONFORMITÉ AUX LOIS

Le présent Contrat d'assurance est régi par les lois de la province dans laquelle il est livré au Titulaire de police et par les lois du Canada applicables dans ladite province. Toutes conditions du présent Contrat d'assurance qui sont en conflit avec les lois ou réglementations applicables dans la juridiction dans laquelle le présent Contrat d'assurance est livré sont modifiées afin de se conformer auxdites lois ou réglementations.

INDEMNISATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Le présent Contrat d'assurance ne tient pas lieu de quelques exigences que ce soit pour la couverture en vertu de quelque loi que ce soit sur l'indemnisation des accidents du travail ou toute loi similaire, et n'a aucun effet sur lesdites exigences. Le présent Contrat d'assurance n'est pas une Police d'indemnisation des accidents du travail. Il n'offre pas d'indemnités pour les accidents du travail.

AJOUT DE NOUVELLES PERSONNES ASSURÉES

Toutes les Personnes assurées qui sont ajoutées aux Catégories de Personnes admissibles au *Tableau du Contrat d'assurance* sont admissibles à la garantie en vertu du présent Contrat d'assurance.

CESSION

À moins de disposition à cet effet aux présentes, les droits et les indemnités prévus au présent Contrat d'assurance ne peuvent être cédés. Le prestataire peut, après qu'une indemnité ou une série d'indemnités soit devenue due, céder uniquement lesdites indemnités. Une telle cession ne sera valide que si la Compagnie la reçoit avant que l'une ou l'autre desdites indemnités ait été payée et uniquement pour les indemnités qui sont payables pour des réclamations découlant de la même Blessure couverte ou de la même Maladie couverte. Toute autre tentative de cession sera nulle.

La présente assurance ne peut faire l'objet de taxation, de saisie, de saisie en mains tierces ou être autrement prise en guise de paiement des dettes d'une personne, à moins qu'elle soit contraire à la loi.

REMPLACEMENT D'UN CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE

Lorsque le présent Contrat d'assurance remplace un autre contrat d'assurance collective sur quelques Personnes assurées ou toutes les Personnes assurées, la désignation d'une Personne assurée, du représentant d'une Personne assurée et des bénéficiaires d'une Personne assurée auxquels de l'argent est dû en vertu du contrat qui a été remplacé ne s'appliquera pas au Contrat d'assurance.

REMPLACEMENT D'UN CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE ANTÉRIEUR CONTRE LES ACCIDENTS AU QUÉBEC

Dans la mesure où le Contrat d'assurance est assujetti aux lois du Québec :

Dans l'éventualité où le Contrat d'assurance remplace un autre contrat d'assurance collective contre les accidents qui offrait une couverture pour les accidents corporels comparable pour la totalité ou une partie du groupe de Personnes assurées, les dispositions suivantes s'appliqueront :

a) une personne assurée en vertu du contrat antérieur ne peut pas être exclue du Contrat d'assurance ou se voir refuser des indemnités uniquement en raison d'une restriction relative à une condition préexistante qui ne s'appliquait pas ou qui n'existait pas en vertu du contrat antérieur ou en raison du fait que la personne n'était pas au travail au moment de la prise d'effet du Contrat d'assurance; et

b) chaque personne assurée en vertu du contrat antérieur est une Personne assurée en vertu du Contrat d'assurance au moment de la résiliation du contrat antérieur, dans l'éventualité où la cessation de l'assurance était due uniquement à une telle résiliation et dans l'éventualité où la personne fait partie d'une catégorie de Personnes admissibles en vertu du Contrat d'assurance.

ERREUR D'ÉCRITURE

Une erreur ou un délai dans la tenue des registres d'assurance n'aura aucun effet sur la couverture d'une Personne assurée en vertu du présent Contrat d'assurance. Dans l'éventualité où une telle erreur ou délai est découvert, la Compagnie ajustera la prime de manière juste.

EXAMEN DU CONTRAT D'ASSURANCE

Le présent Contrat d'assurance sera disponible pour inspection au bureau du Titulaire de police pendant les heures normales d'ouverture.

INCONTESTABILITÉ

La validité du Contrat d'assurance ne sera pas contestée après qu'il a été en vigueur pendant deux ans suivant sa Date de prise d'effet, sauf pour cause de non-paiement de la prime, de déclaration inexacte ou de fraude.

En l'absence d'une preuve de fraude intentionnelle, aucune déclaration faite par toute Personne assurée relativement à l'assurabilité ne sera utilisée pour contester la validité de l'assurance relativement à laquelle la déclaration a été faite, après que l'assurance a été en vigueur avant la contestation pour une période de deux (2) ans pendant la vie de la personne, à moins que la déclaration ne se trouve dans un document écrit signé par la personne qui fait la déclaration.

Cependant, la Compagnie peut contester la couverture à quelque moment que ce soit sur la base de l'inadmissibilité de la Personne assurée à la couverture en vertu du Contrat d'assurance.

DÉCLARATION FACTUELLE INEXACTE

Dans l'éventualité où le Titulaire de police a dénaturé quelque fait que ce soit, tous les montants payables en vertu du présent Contrat d'assurance seront les montants que la prime qui a été payée aurait achetés si un tel fait avait été exposé correctement.

DÉFAUT DE SE CONFORMER AUX EXIGENCES DU CONTRAT D'ASSURANCE

Toute renonciation expresse ou tacite par la Compagnie à toutes exigences du présent Contrat d'assurance ne constitue pas une renonciation continue auxdites exigences. Tout défaut de la Compagnie d'appliquer quelque disposition que ce soit du Contrat d'assurance ne constituera pas une renonciation ou un amendement à ladite disposition.

ARCHIVES

Le Titulaire de police ou son Administrateur autorisé gardera les dossiers d'assurance de la Personne assurée en vertu du présent Contrat d'assurance. La Compagnie sera autorisée à examiner, à toute heure raisonnable, les dossiers du Titulaire de police ayant un lien avec la garantie en vertu du présent Contrat d'assurance. Le Titulaire de police agit en qualité de mandataire de la Personne assurée pour les transactions ayant un lien avec la présente garantie d'assurance. Les actes posés par le Titulaire de police ne seront pas réputés être des actes posés par la Compagnie.

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXPIRATION OU À LA RÉSILIATION APPLICABLES AU QUÉBEC

Dans la mesure où le Contrat d'assurance est assujetti aux lois du Québec :

L'expiration ou la résiliation du présent Contrat d'assurance ne peut être soulevée contre une Perte couverte basée sur un décès, une mutilation découlant d'un accident, une invalidité ou une maladie qui survient alors que le Contrat d'assurance est en vigueur.

La Compagnie continuera à compenser une Personne assurée pour toute perte de salaire admissible à la couverture en vertu du Contrat d'assurance dans l'éventualité où la Personne assurée est encore handicapée après l'expiration du Contrat d'assurance. La Compagnie n'est pas tenue de compenser la Personne assurée dans l'éventualité où l'invalidité se reproduit après l'expiration du Contrat d'assurance et que la Personne assurée n'a pas été handicapée pendant plus de 180 jours.

AUTRE GARANTIE SOUSCRITE PAR LA PRÉSENTE COMPAGNIE

Dans l'éventualité où la Personne assurée est couverte en vertu de plusieurs contrats d'assurance similaires émis par Nous, les indemnités totales payables ne dépasseront pas les indemnités payables en vertu du contrat d'assurance qui offre l'indemnité la plus élevée.

ÉTENDUE TERRITORIALE

La présente garantie d'assurance s'applique à l'échelle mondiale.

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ADMISSIBILITÉ, À LA DATE DE PRISE D'EFFET ET À LA RÉSILIATION

DATE DE PRISE D'EFFET POUR LES PARTICULIERS

La garantie d'assurance entre en vigueur pour la Personne admissible à la plus éloignée des dates suivantes :

1. la Date de prise d'effet du Contrat d'assurance; ou
2. la date à laquelle la personne devient admissible.

La garantie d'assurance pour la Personne admissible n'entrera en vigueur en aucun cas avant la Date de prise d'effet du Contrat d'assurance.

DATE DE PRISE D'EFFET DES MODIFICATIONS

Toute augmentation ou diminution du montant de couverture pour la Personne assurée, découlant d'une modification dans les indemnités prévues au présent Contrat d'assurance ou une modification de la catégorie de garantie de la Personne assurée prendra effet à la date d'une telle modification.

ADMISSIBILITÉ

Une personne est admissible à la garantie en vertu du présent Contrat d'assurance lorsqu'elle correspond à la définition de Personne admissible indiquée au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance.* Une Personne admissible ne peut être assurée qu'en vertu d'une seule catégorie de garantie, indépendamment du fait qu'elle puisse être admissible en vertu de plusieurs catégories de garantie.

RÉSILIATION DE LA GARANTIE D'ASSURANCE

La garantie offerte à la Personne assurée prendra fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

1. la date à laquelle la personne cesse d'être dans une Catégorie admissible; ou
2. la date d'expiration du présent Contrat d'assurance.

La résiliation n'a aucun effet sur une réclamation pour une perte couverte découlant d'une Blessure couverte ou d'une Maladie couverte qui survient avant la date de résiliation. Cependant, en aucun cas les indemnités seront-elles prolongées au-delà de la plus rapprochée des dates suivantes :

1. la fin de la Période d'indemnisation; ou
2. la date à laquelle des indemnités qui sont égales à toute limite d'indemnités applicable ou à tous montants maximums, tel qu'indiqué au *Tableau des indemnités prévues au Contrat d'assurance*, ont été payées.

SANCTIONS ÉCONOMIQUES OU COMMERCIALES

Dans l'éventualité où une couverture ou un montant auquel une Personne assurée a droit en vertu du présent Contrat d'assurance viole toutes sanctions économiques ou commerciales, tous contrôles ou interdictions de quelque nature que ce soit, applicables à l'Assuré en vertu de toute loi adoptée à quelque moment que ce soit par le Gouvernement du Canada, y compris mais sans s'y limiter, des sanctions, contrôles ou interdictions en vertu de la Loi sur les Nations Unies, L.R.C., 1985, c. U-2, la Loi sur les mesures économiques spéciales, L.C. 1992, c. 17, la Loi sur les licences d'exportation et d'importation, L.R.C. 1985, c. E-19, la Loi sur les mesures extraterritoriales étrangères, L.R.C. 1985, c. F-29, la Loi sur le blocage des biens de dirigeants étrangers corrompus, L.C. 2011, c.10, et/ou la Loi sur le recyclage des produits de la criminalité (Blanchiment d'argent) et le financement des activités terroristes, L.C. 2000, c.17, le présent Contrat d'assurance sera alors automatiquement modifié afin de réduire ou d'annuler les droits de l'Assuré dans la mesure nécessaire pour qu'il soit conforme à la loi applicable ou à toutes sanctions commerciales ou économiques similaires, à toutes lois ou réglementations des États-Unis d'Amérique, de l'Union européenne ou du Royaume-Uni.