

Police n° 9207251A (Il est entendu et convenu que la police d'assurance officielle du contractant est la police #9207251 qui a été émise le 1^{er} janvier 2011. Ceci est une traduction seulement)

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

Raison sociale: **ARMSTRONG MCCREADY INC.**
 (ci-après appelée le «contractant»)

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

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

Tableau des prestations accidentelles

Maximum payable	Bronze	Argent	Or
Capital assuré	20 000 \$	30 000 \$	50 000 \$
Prestation d'invalidité permanente totale	20 000 \$	30 000 \$	50 000 \$
Remboursement des frais médicaux par suite d'un accident	20 000 \$	30 000 \$	50 000 \$
Soins paramédicaux	280 \$	600 \$	800 \$
Équipement médical	1 000 \$	2 000 \$	3 000 \$
Équipement de longue durée	5 000 \$	7 500 \$	10 000 \$
Physiothérapie/thérapie en sport agréé/massothérapie	500 \$	1 000 \$	1 500 \$
Soins dentaires par suite d'un accident	1 000 \$	3 000 \$	5 000 \$
Indemnité en cas de fracture	500 \$	1 000 \$	1 500 \$
Recours à un taxi en cas d'urgence	50 \$	75 \$	100 \$
Indemnité de réadaptation professionnelle	5 000 \$	7 500 \$	10 000 \$
Frais de cours individuels	2 000 \$	2 500 \$	3 000 \$
Remboursement des lunettes ou des verres de contact	100 \$	125 \$	200 \$

Frais de prothèses dentaires ou de ponts	300 \$	500 \$	750 \$
Déplacement pour consultation d'un spécialiste	150 \$	200 \$	250 \$
Convalescence dans un hôtel	50 \$	75 \$	100 \$
Aménagement de la résidence et/ou d'un véhicule	2 500 \$	5 000 \$	10 000 \$
Déplacement pour raisons familiales et logement	2 500 \$	5 000 \$	7 500 \$
Évacuation et Rapatriement Sanitaire	2 500 \$	5 000 \$	7 500 \$
Transport après décès	2 500 \$	5 000 \$	7 500 \$
Radiographies et examens de laboratoire	300 \$	500 \$	800 \$

Tableau des prestations pour le surmenage sportif

Régime	Bronze	Argent	Or
Orthèses	150 \$	300 \$	500 \$
Chiropraticien	280 \$	600 \$	800 \$
Physiothérapie/thérapie en sport agréé/massothérapie	500 \$	1 000 \$	1 500 \$

Date d'effet et durée de la police

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

Primes

Bronze : 65 \$ par personne par 12 mois
 Argent : 200 \$ par personne par 12 mois
 Or : 285 \$ par personne par 12 mois

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

Renouvellement

Sous réserve du consentement de l'assureur, la présente police peut être renouvelée moyennant le paiement de la prime au ou aux taux et au montant convenus lors du renouvellement.

L'assureur se réserve le droit de refuser le renouvellement de la police en donnant au contractant un préavis écrit d'au moins trente (30) jours.

Limites territoriales

Suite à un accident entraînant une perte remboursable en vertu des dispositions «Prestation en cas de perte accidentelle», «Soins dentaires par suite d'un accident», «Frais de prothèses dentaires ou de ponts» et «Frais pour le surmenage sportif», la perte sera remboursée si l'accident est survenu au Canada et si les frais y sont également engagés. Si vous avez acheté la protection hors Canada sous la police 9207251B, vos dépenses au Canada suite à un accident hors Canada seront considérées. Pour toutes les autres prestations payables, les frais engagés sont remboursables n'importe où dans le monde.

Définitions

Dans la présente police, les termes ci-après sont définis comme suit:

«Blessure». Les dommages corporels résultant d'un accident qui se produit en cours d'assurance et faisant l'objet d'une demande de règlement de la part de l'assuré; ils entraînent, directement et indépendamment de toute autre cause, une perte couverte en vertu de la police, sous réserve que la blessure se produise dans les circonstances ci-après et en résulte :

- a) L'assuré prend part à un exercice du ou des sports stipulés au «Tableau des prestations accidentelles»; l'exercice est approuvé par les autorités compétentes de l'équipe, du club ou de l'organisme dont fait partie l'assuré ou par le contractant de ce dernier, et est sous leur surveillance; ou
- b) L'assuré, en compagnie d'autres assurés, se rend sur les lieux de l'exercice, ou en revient; l'exercice est sous la surveillance des autorités compétentes de l'équipe, du club ou de l'organisme dont fait partie l'assuré, ou du contractant de ce dernier.

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

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

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

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

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

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

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

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

Dans la présente police, on emploie généralement le masculin pour désigner les femmes et les hommes.

Personnes Assurées

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

Prestation en cas de perte accidentelle

Si la blessure entraîne une des pertes ci-après dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent l'accident, l'assureur s'engage à verser des prestations comme suit:

Perte	Capital assuré
La vie (décès)	Le capital assuré
La vue complète des deux yeux	Deux fois le capital assuré
La parole et l'ouïe des deux oreilles.....	Deux fois le capital assuré
Une main et la vue complète d'un oeil.....	Deux fois le capital assuré
Un pied et la vue complète d'un oeil.....	Deux fois le capital assuré
La vue complète d'un oeil.....	Une fois et tiers le capital assuré
La parole	Une fois et tiers le capital assuré
L'ouïe des deux oreilles ...	Une fois et tiers le capital assuré
L'ouïe d'une oreille.....	Les deux tiers du capital assuré
Tous les orteils d'un pied.....	La moitié du capital assuré

Perte ou perte de l'usage

Les deux mains	Deux fois le capital assuré
Les deux pieds	Deux fois le capital assuré
Une main et un pied	Deux fois le capital assuré
Un bras.....	Une fois et demie le capital assuré
Une jambe	Une fois et demie le capital assuré
Une main	Une fois et tiers le capital assuré
Un pied.....	Une fois et tiers le capital assuré
Le pouce et l'index ou au moins quatre doigts d'une main...	Les deux tiers du capital assuré

Paralysie totale

Les deux membres supérieurs et inférieurs (quadruplégie)	Deux fois le capital assuré
Les deux membres inférieurs (paraplégie).....	Deux fois le capital assuré
Les membres supérieurs et inférieurs d'un côté du corps (hémiplégie).....	Deux fois le capital assuré

Par «perte», comme il est employé ci-dessus, on entend dans le cas d'une main ou d'un pied, le sectionnement total à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus, mais en dessous de l'articulation du coude ou du genou; dans le cas d'un bras ou d'une jambe, le sectionnement total à l'articulation du coude ou du genou ou au-dessus; dans le cas d'un pouce, le sectionnement total d'une phalange; dans le cas d'un doigt, le sectionnement total de deux phalanges; dans le cas d'un orteil, le sectionnement total d'une phalange du gros orteil et de toutes les phalanges des autres orteils; dans le cas d'un oeil, la perte totale et irréversible de la vue.

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

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

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

Si l'assuré, suite à un seul et même accident, subit plusieurs pertes couvertes par la présente garantie, une seule prestation lui est versée, soit la plus généreuse. Si le décès de l'assuré survient au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours après l'accident, le maximum auquel il a droit est le montant du capital assuré.

Prestation d'invalidité permanente totale

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

Remboursement des frais médicaux par suite d'un accident pour les blessures et dépenses survenant au Canada

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

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

- 3) Les frais de médicaments, de sérums et de vaccins faisant l'objet d'une ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste dûment qualifié et préparés par un médecin ou un pharmacien autorisé; sont exclus les frais d'injection;
- 4) Soins paramédicaux :
Les honoraires d'un des praticiens autorisés suivants, sous réserve que normalement il n'habite pas chez l'assuré ni ne soit membre de sa famille immédiate, le remboursement est limité à 40 \$ par traitement et est sujet au maximum stipulé au «Tableau des prestations accidentelles» :
- a) Acupuncteur
 - b) Ostéopathe
 - c) Chiropraticien
 - d) Podiatre
 - e) Naturopathe
 - f) Orthophoniste
 - g) Psychologue

Les frais de radiodiagnostic et d'épreuves de laboratoire d'analyses médicales prescrites par un chiropraticien, un ostéopathe ou un podiatre sont admissibles en vertu du présent alinéa;

- 5) Les frais de transport d'un service autorisé de voiture d'ambulance ou, sur la recommandation d'un médecin, de tout autre véhicule ayant un permis de transport des passagers, y compris une ambulance aérienne; l'assuré peut être transporté à l'hôpital le plus proche qui dispose des installations permettant d'effectuer le traitement, ou en revenant;
- 6) Les frais de prothèses auditives, de béquilles, d'attelles, de plâtres, de bandages herniaires et d'appareils orthopédiques, mais non les frais d'appareils orthodontiques et de remplacement; le remboursement est sujet au maximum stipulé au «Tableau des prestations accidentelles» par période d'assurance;
- 7) Les frais de location d'un fauteuil roulant, d'un poumon d'acier ou d'autres articles d'équipement durable nécessaires de façon provisoire au traitement; les frais ne doivent pas dépasser le prix d'achat en vigueur au moment de la location; le remboursement est sujet au maximum stipulé au «Tableau des prestations accidentelles» par période d'assurance;
- 8) Sur la recommandation d'un physiothérapeute et/ou un thérapeute en sport agréé, les honoraires d'un physiothérapeute autorisé ou d'un thérapeute en sport agréé (membre de l'Association canadienne des thérapeutes du sport) ou les services d'un massothérapeute

autorisé sous réserve que normalement il n'habite pas chez l'assuré ni ne soit membre de sa famille immédiate; le remboursement est limité à 50 \$ par traitement et est sujet au maximum stipulé au «Tableau des prestations accidentelles» par période d'assurance;

Le remboursement des sept (7) premiers frais ou honoraires est toutefois sous réserve que l'assuré reçoive les soins normaux d'un médecin. De plus, il est nécessaire que tous les frais soient engagés au plus tard cinquante-deux (52) semaines après l'accident, sous réserve de la somme figurant à la rubrique «Remboursement des frais médicaux par suite d'un accident» du «Tableau des prestations accidentelles»; cette somme correspond au remboursement maximal résultant d'un seul accident.

Par «recevoir les soins normaux», on entend les observations et les soins nécessaires, selon les normes actuelles de la médecine, à la guérison de l'affection à l'origine du traitement ou de l'hospitalisation.

Frais dentaires par suite d'un accident pour les blessures et dépenses survenant au Canada

Si, par suite d'un coup porté à la bouche, des dents saines et entières, y compris les couronnes, sont endommagées et qu'un dentiste ou un chirurgien dentiste dûment qualifié recommande un traitement, le remplacement ou une radiographie, l'assureur s'engage à rembourser ce qui suit: les frais raisonnables et nécessaires effectivement supportés par l'assuré au cours des cinquante-deux (52) semaines suivant l'accident. Toutefois, le remboursement par accident est sujet au maximum stipulé au «Tableau des prestations accidentelles»; de plus, le dentiste ou le chirurgien dentiste n'habite normalement pas chez l'assuré ni n'est membre de sa famille immédiate. Il faut également que l'assuré ait consulté le dentiste ou le chirurgien dentiste dûment qualifié au plus tard trente (30) jours après l'accident.

Le remboursement des frais dentaires en vertu de la présente disposition se conforme au plus récent Guide des tarifs des actes bucco-dentaires destiné au praticien généraliste et publié par l'Association des chirurgiens généralistes de la province ou du territoire de résidence de l'assuré.

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

Si l'assuré reçoit une blessure endommageant une ou de plusieurs prothèses amovibles, ponts fixes ou couronnes et doit, dans les trente (30) jours, consulter un médecin ou un dentiste dûment qualifié, l'assureur s'engage à rembourser ce qui suit: les frais de

réparation ou de remplacement raisonnables et nécessaires effectivement supportés au cours des cinquante-deux (52) semaines suivant l'accident. Toutefois, le maximum par accident ne peut dépasser le maximum stipulé au «Tableau des prestations accidentelles».

Remboursement des frais pour le surmenage sportif survenant au Canada

1. L'achat de semelles orthopédiques pour chaussures prescrites par un médecin, sous réserve que normalement il n'habite pas chez l'assuré; le remboursement est sujet au maximum stipulé au «Tableau des prestations accidentelles» par période d'assurance;
2. Les honoraires d'un chiropraticien autorisé, sous réserve que normalement il n'habite pas chez l'assuré ni ne soit membre de sa famille immédiate; le remboursement est limité à 40 \$ par traitement le remboursement est sujet au maximum stipulé au «Tableau des prestations accidentelles» par période d'assurance;
3. Sur la recommandation d'un physiothérapeute et/ou un thérapeute en sport agréé, les honoraires d'un physiothérapeute autorisé ou d'un thérapeute en sport agréé (membre de l'Association canadienne des thérapeutes du sports) ou les services d'un massothérapeute autorisé, sous réserve que normalement il n'habite pas chez l'assuré ni ne soit membre de sa famille immédiate; le remboursement est limité à 50 \$ par traitement, le remboursement est sujet au maximum stipulé au «Tableau des prestations accidentelles» par période d'assurance;

Le montant maximal payable par durée de contrat relativement à tous les frais engagés en vertu des paragraphes 1, 2 et 3 ci-dessus ne doit pas dépasser le montant stipulé à la section intitulée «Tableau de remboursement des frais pour le surmenage sportif».

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

Indemnité en cas de fracture, dislocation, sectionnement du tendon ou autres lésions

Si l'assuré, suite à une blessure, subit l'une des lésions figurant au barème ci-après au plus tard trois cent soixante-cinq (365) jours après l'accident, l'assureur s'engage à payer une seule indemnité par accident, soit la plus généreuse, sous réserve toutefois du maximum stipulé à la rubrique «Indemnité en cas de

fracture» du «Tableau des prestations accidentelles» et selon le pourcentage stipulé ci-après.

Fracture complète (y compris la fracture en bois vert)

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

Dislocation complète

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

Sectionnement du ou des tendons

Talon (tendon d'Achille)	22 %
Cheville.....	20 %
Genou.....	18 %
Pied (sauf les orteils).....	17 %
Coude.....	17 %
Poignet	12 %
Main (y compris les doigts)	12 %

Autres lésions

Rupture du rein (opération).....	27 %
Rupture du foie (opération).....	27 %
Rupture de la rate (opération).....	27 %
Ponction pulmonaire et intervention à ciel ouvert	23 %
Brûlures exigeant une ou plusieurs greffes cutanées.....	22 %

Blessure au genou exigeant une intervention chirurgicale

(en l'absence de fracture ou de dislocation) 22 %
Amputation de la fraction de l'os atteint
(en l'absence de fracture ou de dislocation) 20 %

Remboursement des lunettes ou des verres de contact

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

Déplacement pour consultation d'un spécialiste

Si, par suite d'une blessure, un médecin doit traiter l'assuré au plus tard trente (30) jours après l'accident et qu'il lui recommande de consulter un spécialiste, dont le cabinet est au moins à cent cinquante kilomètres (150 km) de sa résidence, dans les limites toutefois de sa province de résidence, l'assureur s'engage à rembourser les frais ci-dessous, à condition que les services du spécialiste en question ne soient pas offerts dans la région de l'assuré et sous réserve de la réception d'une attestation des frais raisonnables effectivement supportés au cours des cinquante-deux (52) semaines suivant l'accident, à l'exclusion des frais de déplacement en voiture:

- 1) Les frais de transport selon le trajet le plus court; le remboursement est sujet au maximum stipulé au «tableau des prestations accidentelles», par aller et retour et sous réserve de cinq (5) aller et retour par période d'assurance. Si le transport n'est pas effectué dans un véhicule titulaire d'un permis de transport des passagers, le remboursement se limite à l'équivalent du prix du billet en autobus.
- 2) Les frais d'hébergement à proximité du cabinet du spécialiste; le remboursement est sujet au maximum stipulé au «Tableau des prestations accidentelles», par jour et sous réserve de six (6) jours par période d'assurance.

Recours à un taxi en cas d'urgence

Si, en raison d'une blessure, l'assuré emprunte un taxi pour se rendre d'urgence au cabinet du médecin ou à

l'hôpital le plus proche, l'assureur s'engage à rembourser les frais réels et raisonnables de déplacement, le remboursement est sujet au maximum stipulé au «Tableau des prestations accidentelles». Il est toutefois nécessaire que le véhicule ait un permis de transport des passagers.

Réadaptation professionnelle

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

Le remboursement auquel a droit chaque assuré à la suite d'un seul accident est sujet au maximum stipulé au «Tableau des prestations accidentelles». Sont exclus les frais de pension ou les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Frais de cours individuels

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

Aménagement de la résidence et/ou d'un véhicule

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

- 1) les travaux d'aménagement de la résidence principale de l'assuré pour lui permettre d'y avoir accès et/ou
- 2) les travaux d'aménagement d'un véhicule automobile, dont se sert l'assuré, pour que ce véhicule lui soit accessible. Le cas échéant,

l'approbation de ces travaux devra au préalable être obtenue auprès du service de la délivrance des permis.

Le remboursement maximal par l'assureur des frais engagés par l'assuré ou en son nom se limite à 2 500 \$ par accident; le montant payable en vertu de la présente disposition est coordonné avec toute autre indemnité de même nature versée ou exigible en vertu de tout autre régime d'assurance.

Déplacement pour raisons familiales et logement

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

1. Les frais de repas et de logement de tous les autres assurés ou du compagnon de voyage qui, puisqu'ils restent au chevet de l'hospitalisé, ne peuvent rentrer dans leur province de résidence le jour prévu ainsi que le prix du billet à l'aller seulement, selon le trajet le plus court, étant précisé que le billet aller et retour original n'est ni échangeable ni remboursable; ou
2. Les frais de repas, de logement et du billet aller et retour d'un seul membre de la famille immédiate ou de son représentant pour qu'il puisse se rendre au chevet de l'assuré si, au moment de l'hospitalisation, il n'était accompagné d'aucun membre de sa famille. Le remboursement se limite au trajet le plus court entre la résidence du membre de la famille immédiate et le lieu d'hospitalisation.

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

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

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

Le maximum payable à l'assuré ou en son nom par suite d'un seul accident ou d'une seule maladie ou

affection correspond à la somme stipulée au «Tableau des prestations accidentelles».

Évacuation et rapatriement sanitaire

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

1. Sur la recommandation du médecin traitant et avec l'approbation de l'assureur, le transport de l'assuré dans un véhicule ayant un permis de transports des passagers, y compris une ambulance aérienne, mais non une voiture d'ambulance, du lieu de survenance du sinistre (blessure) jusqu'à l'hôpital ou autre établissement de santé le plus proche disposant des installations nécessaires.
2. Attestation écrite du médecin traitant à l'appui et avec l'approbation de l'assureur, le retour de l'assuré, dès la fin des soins ou de l'obtention des épreuves diagnostiques, dans son lieu d'affectation permanente ou au Canada, selon la recommandation du médecin traitant, pour qu'il puisse poursuivre son traitement ou commencer sa convalescence. Le retour s'effectue dans un véhicule ayant un permis de transports des passagers, y compris une ambulance aérienne, mais non une voiture d'ambulance.
3. Le retour de l'assuré dans son lieu d'affectation permanente ou, sur la recommandation du médecin traitant, au Canada parce que, hospitalisé et recevant les soins appropriés d'un médecin, il ne peut rentrer chez lui le jour prévu, étant précisé que son billet aller et retour original n'est ni échangeable ni remboursable.

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

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

La présente indemnité n'est payable qu'en vertu d'un seul contrat de AXA Assurances inc. établi au nom du contractant.

Transport après décès

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

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

Radiographies et examens de laboratoire

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

La garantie ci-dessus prévoit un paiement uniquement au titre de l'une (1) des polices établies par l'assureur au nom du contractant.

Assurance aviation

La présente police couvre toute blessure reçue par l'assuré dans les circonstances décrites ci-après et en raison de celles-ci:

- a) Tout voyage, à titre de passager, non en qualité de pilote, de mécanicien ou autre membre de l'équipage, lors d'un vol régulier, spécial ou nolisé d'un transporteur aérien, titulaire d'un permis d'exploitation (intérieur ou international) du ministère du Transport du Canada ou d'une autorité gouvernementale compétente du pays où le transporteur est immatriculé;
- b) Tout voyage, à titre de passager, non en qualité de pilote ou autre membre de l'équipage, à bord d'un aéronef exploité par les Forces armées canadiennes ou par les forces armées d'une autorité gouvernementale dûment constituée de tout autre pays reconnu;
- c) L'embarquement, la descente ou le heurt par un aéronef.

Par dérogation à a) et b) ci-dessus, la présente police ne couvre pas les blessures reçues lors d'un voyage à bord d'un aéronef appartenant au contractant, exploité, loué ou nolisé par lui ou en son nom, ou en raison de celui-ci.

Exposition aux éléments et disparition

Si, à la suite d'un accident couvert par la présente police, l'assuré est inévitablement exposé aux éléments et que, par conséquent, il subit une perte donnant normalement droit à une prestation, la perte est couverte conformément aux stipulations de la police.

Si l'assuré n'est pas retrouvé dans l'année qui suit la disparition, le naufrage ou la destruction du véhicule à bord duquel il se trouvait lors de l'accident et dans des circonstances qui seraient normalement couvertes, on présume qu'il a perdu la vie par suite d'une blessure corporelle.

Indemnisation

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

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

Par «conjoint», on entend la personne:

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

Une seule personne est admissible à titre de conjoint.

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

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

L'assurance de toute personne admissible entre en vigueur à la date à laquelle celle-ci devient admissible; cette date ne peut être antérieure à la date d'effet de la police.

Résiliation de l'assurance d'une personne admissible

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

Exclusions

- A. La présente police ne couvre aucune perte, mortelle ou non, causée principalement ou accessoirement par ce qui suit:
- 1) Le suicide ou les blessures volontaires, y compris la tentative de suicide ou de blessure volontaire, que l'assuré soit sain d'esprit ou non;
 - 2) La guerre, déclarée ou non, ou tout fait de guerre;
 - 3) Le service à plein temps dans les forces armées;
 - 4) Tout voyage à titre de passager ou autre à bord d'un véhicule ou d'un appareil de navigation aérienne, sauf ce qui est prévu à la disposition «Assurance aviation».
- B. La présente police ne couvre pas les provisions ou services que voici:
1. L'achat, la réparation ou le remplacement des lunettes ou des verres de contact, ou les prescriptions; sauf ce qui est prévu à la disposition «Remboursement des lunettes ou des verres de contact»;
 2. Les radiographies, la réparation ou le remplacement de prothèses dentaires, les obturations ou les couronnes, sauf ce qui est prévu à la disposition «Soins dentaires par suite d'un accident» et/ou à la disposition «Frais de prothèses dentaires ou de ponts »;
 3. Toute maladie ou affection, à l'origine de la perte ou en résultant;
 4. Tout produit réservé aux essais n'ayant pas reçu l'approbation de la Direction des médicaments, Protection de la santé, Santé et

Bien-être social Canada, les contraceptifs oraux et les spécialités pharmaceutiques;

5. Tout traitement expérimental;
6. Les frais pour les services médicaux rendus par des personnes employées par l'association sportive nationale dont l'assuré (athlète, entraîneur, gérant ou officiel) fait partie
7. Les soins reçus par un assuré qui n'est pas couvert par un régime d'assurance maladie ou hospitalisation fédéral ou provincial.
8. Les services ou les provisions associés à des traitements pour des fins esthétiques uniquement.

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

Dispositions générales

La déclaration écrite du sinistre pouvant faire l'objet d'une demande de règlement doit être remise à l'assureur au plus tard trente (30) jours après l'accident à l'origine du sinistre. Est réputé être une déclaration présentée à l'assureur toute déclaration remise par l'assuré ou le bénéficiaire, selon le cas, ou en leur nom, au siège social de l'assureur, au 2020, University, bureau 700, Montréal (Québec) H3A 2A5 ou à l'une de ses succursales ou à l'un de ses représentants autorisés; la déclaration est accompagnée de renseignements permettant d'identifier l'assuré. Le défaut de présenter cette déclaration, dans le délai prescrit, n'invalide pas la demande de règlement, s'il est prouvé qu'on avait un motif valable. En aucun cas, la déclaration ne doit être présentée plus de un (1) an après l'accident.

Dès réception de la déclaration, l'assureur s'engage à remettre au demandeur les formules habituelles de présentation de la preuve du sinistre. Lorsque le demandeur ne reçoit pas ces formules au bout de quinze (15) jours, il est réputé s'être conformé aux exigences relatives à la présentation de la preuve s'il soumet, dans le délai prescrit, une pièce justificative exposant les circonstances, la nature et l'étendue du sinistre qui fait l'objet de la demande de règlement.

La preuve du sinistre doit être remise à l'assureur au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours après la survenance du sinistre. Le défaut de fournir cette preuve dans le

délai prescrit n'invalide ni ne réduit la demande de règlement, s'il est prouvé qu'on avait un motif valable. En aucun cas, la preuve ne doit être présentée plus de un (1) an après l'accident.

Tant que la demande de règlement est à l'étude, l'assureur se réserve le droit de faire subir à l'assuré un examen médical toutes les fois qu'il peut le motiver. Il peut aussi ordonner une autopsie en cas de décès, lorsque la loi le permet.

Toutes les prestations payables en vertu de la police sont réglées dès réception d'une preuve en bonne et due forme du sinistre.

Toutes les sommes payables aux termes de la police le sont en monnaie ayant cours légal au Canada.

La police, les avenants et toute pièce annexe, le cas échéant, forment un contrat indivisible. Aucune déclaration faite par le proposant n'invalide l'assurance ni n'en réduit les prestations, à moins de figurer par écrit dans la proposition, signée par le proposant. Aucun agent n'est autorisé à modifier la police ni à en révoquer les dispositions; toute modification n'est valide que si elle est approuvée par l'un des dirigeants de l'assureur. L'approbation doit figurer dans un avenant à la police ou une pièce annexe.

Toutes les réponses de l'assuré figurant dans la proposition sont réputées être des déclarations, non des conditions essentielles.

Aucune poursuite en justice ne doit être intentée pour recouvrer les sommes assurées en vertu de la présente police avant l'expiration d'un délai de soixante (60) jours après présentation de la preuve du sinistre à l'assureur et au plus tard trois (3) ans (un (1) an à l'extérieur du Québec) après le délai.

Si le délai stipulé dans la police pour présenter une déclaration ou une preuve de sinistre, ou pour entamer une poursuite en justice, est inférieur à celui prévu par la loi de la province de résidence du demandeur au moment du sinistre, ce dernier prévaut.

Le contractant peut résilier la présente police s'il envoie par la poste à l'assureur une déclaration écrite stipulant la date d'effet de la résiliation. L'assureur peut, lui aussi, résilier la police s'il envoie par la poste au contractant, à l'adresse qui figure dans la présente un avis écrit établissant quand, avec un délai d'au moins trente (30) jours, cette résiliation prendra effet. L'envoi par la poste est une preuve suffisante de la délivrance de la déclaration. La date stipulée est la date d'expiration de la période d'assurance. La délivrance en personne (par le contractant ou l'assureur) de la déclaration écrite a les mêmes effets que son envoi par la poste.

Sous réserve de stipulations contraires de la présente police, en cas de résiliation de la police par le

contractant, les primes acquises sont calculées selon la méthode de la table «courte durée». En cas de résiliation de la police par l'assureur, les primes acquises sont calculées au prorata. Le rajustement de la prime est effectué à la date d'effet de la résiliation, sinon aussitôt que possible. L'envoi par la poste ou la délivrance en personne, comme on le précise ci-dessus, du chèque de l'assureur ou de son représentant est une preuve suffisante du remboursement de la prime.

L'assureur est autorisé à examiner, à intervalles raisonnables, les registres du contractant relatifs à la police, jusqu'à concurrence de deux (2) ans après l'expiration de la police ou jusqu'au règlement définitif de toutes les demandes de règlement présentées en vertu des présentes, selon ce qui survient en dernier.

(01/11)