SSQ, SOCIÉTÉ D'ASSURANCE INC.
2020, rue University, bureau 1800
Montréal (Québec)
H3A 2A5

Police n° 1H510

Sur la foi des déclarations figurant au Tableau et moyennant le paiement de la prime conformément à la section intitulée « Prime », **SSQ, Société d'assurance inc.** (ci-après appelée l'« assureur ») convient avec :

Raison sociale : **Judo Canada**

(ci-après appelée le « contractant »)

Adresse : 1725, rue St-Laurent
Ottawa (Ontario)
K1G 3V4

d'assurer les personnes admissibles du contractant (chacune d'elles ci-après appelée « personne assurée ») pour lesquelles une demande d'adhésiona été présentée, contre la survenance d'une perte par suite d'une blessure, dans la mesure stipulée dans les présentes et sous réserve de toute exception, limitation ou disposition de la présente police.

Tableau

<table>
<tr><td>Capital assuré

10 000 $</td><td>Remboursement des frais médicaux en cas d’accident

10 000 $</td><td>Remboursement des frais dentaires en cas d'accident

5 000 $</td><td>Indemnité en cas de fracture

1 000 $</td></tr>
<tr><td>Recours à un taxi en cas d'urgence

50 $</td><td>Indemnité de réadaptation

5 000 $</td><td>Frais de cours individuels

2 000 $</td><td>Sport

Judo</td></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="3">Garanties supplémentaires

Prestation pour des prothèses dentaires ou un pont : 500 $

Prestation pour lunettes ou verres de contact : 100 $
Prestation spéciale de transport : 1 050 $</td><td>Prime de la période d'assurance

20 072,40 $</td></tr>
<tr><td>Prime minimale conservée
Prime
500 $</td></tr>
<tr><td>Montant maximum

500 000 $</td></tr>
<tr><td colspan="2">Date d'effet : 26 janvier 2013</td><td colspan="2">Date d'expiration : 26 janvier 2014</td></tr>
</table>

Date d'effet et durée de la police

Conformément au Tableau, la présente police entre en vigueur à 0 h 1, heure normale, 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 indiquée au Tableau, à l'adresse du contractant.

Prime

La présente police est établie moyennant le paiement à l'avance de la prime de la période d'assurance et sous réserve de l'existence de la prime minimale conservée indiquée au Tableau.

Renouvellement

Sous réserve du consentement de l'assureur, la présente police peut être renouvelée pour des périodes consécutives supplémentaires à la date du paiement de la prime, selon le tarif et le montant calculés au moment du renouvellement.

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

Définitions

Dans la présente police :

« Blessure » s'entend des dommages corporels résultant d'un accident qui s'est produit pendant que la présente police est en vigueur, qui atteignent la personne assurée et entraînent directement et indépendamment de toute autre cause, une perte couverte par la police. Sont exclues toutes les maladies ou affections, sauf si elles sont la conséquence d'un accident et pourvu qu'une telle blessure soit subie par la personne assurée, durant et en conséquence des événements suivants :

1. S'il s'agit d'un joueur, gérant ou entraîneur :

    a) il prend part à une séance d'entraînement, ou à un match, ou à un programme intermittent sanctionné du ou des sports pour lesquels la protection est indiquée au Tableau; la séance, le match ou le programme est approuvé par les autorités compétentes de l'équipe, du club ou de l'organisme du contractant dont la personne assurée est membre, et est sous leur surveillance; ou

    b) en compagnie d'autres personnes assurées, il se rend sur les lieux de la séance d'entraînement, ou du match, ou du programme intermittent sanctionné, ou il en revient, sous la surveillance des autorités compétentes de l'équipe, du club ou de l'organisme du contractant dont personne assurée est membre.

2. S'il s'agit d'un officiel :

    a) il prend part à une séance d'entraînement, ou à un match, ou à un programme intermittent sanctionné du ou des sports pour lesquels la protection est indiquée au Tableau; la séance, le match ou le programme est approuvé par les autorités compétentes de l'équipe, du club ou de l'organisme du contractant dont la personne assuréeest membre, et est sous leur surveillance; ou

Définitions (suite)

b) il fait la navette entre sa résidence et les lieux de la séance d'entraînement, ou du match, ou du programme intermittent sanctionné; il effectue pour cela sans détour, délai ni halte le trajet habituel ou tout autre trajet raisonnable.

« Accident » s'entend de tout événement défavorable, imprévu et non intentionnel.

« Maladie » s'entend d'une altération des fonctions physiologiques normales et comprend toute pathologie ou infection.

« Affection » s'entend d'un trouble de l'organisme ou d'une de ses parties.

« Résidence » s'entend de la résidence qu'occupe la personne assurée et des lieux où est située ladite résidence.

« Hôpital » s'entend d'un établissement agréé en tant qu'hôpital, ouvert jour et nuit pour prodiguer des soins et des traitements aux personnes malades ou blessées, qui compte parmi ses effectifs un (1) ou plusieurs médecins disponibles à tout moment, qui fournit sans interruption des services d'infirmerie dispensés par des infirmiers autorisés diplômés, L'établissement dispose d'installations nécessaires au diagnostic et à la chirurgie, et est un hôpital de soins actifs, par opposition à un centre médical, une maison de repos, un centre d'hébergement, un hôpital pour convalescents ou tout autre établissement de même nature. Aux fins de la présente définition, les médecins et les infirmiers peuvent être membres de la famille immédiate.

« Médecin » s'entend d'un docteur en médecine (autre que la personne assurée ou un membre de sa famille immédiate) dûment autorisé à exercer la médecine par :

1) un organisme reconnu, habilité à accorder un permis d'exercice de la médecine là où le traitement est fourni, pourvu que le médecin soit membre en règle de cet organisme de réglementation professionnelle, ou

2) un organisme gouvernemental compétent en matière d'octroi de permis là où le traitement est dispensé.

« Infirmier » s'entend d'un infirmier autorisé (inf. aut.) ou d'un infirmier disposant d'un permis d'exercice délivré par un organisme gouvernemental ayant compétence pour délivrer ce type de permis. L'infirmier ne peut être ni la personne assurée ni un membre de sa famille immédiate.

« Membre de la famille immédiate » s'entend de toute personne d'au moins dix-huit (18) ans qui est le fils, la fille, le père, la mère, le frère, la sœur, le gendre, la bru, le beau-père, la belle-mère, le beau-frère, la belle-sœur (que les liens ci-dessus soient naturels ou découlent d'une adoption ou d'un remariage), le conjoint, le petit-fils, la petite-fille, le grand-père ou la grand-mère de la personne assurée.

« Capital assuré » s'entend du montant indiqué au Tableau, qui est applicable à la personne assurée.

Afin d'alléger le texte, le masculin désigne de façon générique les hommes et les femmes.

Admissibilité à l'assurance

Tous les membres inscrits (joueurs, gérants et entraîneurs) du contractant et tous les officiels dont le nom figure aux dossiers du contractant sont admissibles à la présente assurance.

Indemnisation des pertes accidentelles

Lorsque la blessure entraîne l'une des pertes suivantes au cours des trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent la date de l'accident, l'assureur paie ce qui suit.

Pertes et pourcentages du capital assuré

La vie	100 %
La vue complète des deux yeux	200 %
La parole et l'ouïe des deux oreilles	200 %
Une main et la vue complète d'un œil	200 %
Un pied et la vue complète d'un œil	200 %
La vue complète d'un œil	133 %
La parole	133 %
L'ouïe des deux oreilles	133 %
L'ouïe d'une oreille	67 %
Tous les orteils d'un pied	50 %

Perte ou perte de l'usage

Les deux mains	200 %
Les deux pieds	200 %
Une main et un pied	200 %
Un bras	150 %
Une jambe	150 %
Une main	133 %
Un pied	133 %
Le pouce et l'index ou au moins quatre doigts d'une main	67 %

Paralysie

Les membres supérieurs et inférieurs (quadriplégie).	200 %
Les deux membres inférieurs (paraplégie)	200 %
Membre supérieur et membre inférieur d'un côté du corps (hémiplégie)	200 %

« Perte de la vie » s'entend du décès de la personne assurée.

« Perte », comme il est employé ci-dessus, s'entend dans le cas d'une main ou d'un pied, du 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, du sectionnement total à l'articulation du coude ou du genou, ou au-dessus; dans le cas d'un pouce, du sectionnement total d'une (1) phalange complète; dans le cas d'un doigt, du sectionnement total de deux (2) phalanges complètes; dans le cas d'un orteil, du sectionnement total d'une (1) phalange du gros orteil et de

Indemnisation des pertes accidentelles (suite)

toutes les phalanges des autres orteils; dans le cas d'un œil, de la perte totale et irrémédiable de la vue.

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

« Paralysie » s'entend de la perte de la motricité d'une ou de plusieurs parties du corps.

« Quadriplégie » s'entend de la paralysie permanente et de la perte de l'usage fonctionnel des membres supérieurs et inférieurs.

« Paraplégie » s'entend de la paralysie permanente et de la perte de l'usage fonctionnel des deux membres inférieurs.

« Hémiplégie » s'entend de la paralysie permanente et de la perte de l'usage fonctionnel du membre supérieur et du membre inférieur d'un même côté du corps.

« Perte », comme il est employé ci-dessus, s'entend dans le cas de l'usage, de la perte totale et irrémédiable d'usage qui se prolonge de façon ininterrompue durant douze (12) mois consécutifs, au terme desquels elle est déclarée permanente.

Si, par suite d'un seul et même accident, la personne assurée subit des pertes multiples, l'indemnisation prévue dans la présente section n'est versée que pour une seule perte, la plus importante. Si le décès de la personne assurée survient au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours après l'accident, le maximum auquel elle a droit est le capital assuré.

Remboursement des frais médicaux en cas d'accident

Les frais suivants sont remboursés lorsqu'en raison d'une blessure, une personne assurée a besoin d'un traitement médical, le reçoit dans les trente (30) jours suivant la date de l'accident et engage des frais pour les fournitures ou les services suivants, alors qu'elle reçoit des soins appropriés d'un médecinpour ce qui est des points 1 à 7 :

1) les frais d'hospitalisation pour la différence entre les frais de salle commune aux termes du régime provincial d'assurance hospitalisation de la personne assurée et les frais de chambre semi-privée (frais de chambre privée, si un médecin le recommande);

2) jusqu'à un maximum de cinq mille dollars (5 000 $) par accident, les frais engagés pour les services d'un infirmier ordonnés ou prescrits par un médecin, pourvu que l'infirmier n'habite pas ordinairement dans la résidence de la personne assurée;

3) pour une période d'administration maximale de trente (30) jours, les frais de médicaments, de sérums et de vaccins qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance écrite d'un médecin ou d'un dentiste dûment qualifié et obtenus d'un pharmacien ou d'un médecin autorisé, à l'exclusion des frais exigés pour l'administration des sérums, des vaccins et des médicaments injectables;

Remboursement des frais médicaux en cas d'accident (suite)

4) jusqu'à un maximum de remboursement de cinq cents dollars (500 $) par accident, les honoraires d'un physiothérapeute autorisé ou d'un thérapeute du sport agréé, pour des services demandés ou prescrits par un médecin, sous réserve qu'habituellement le thérapeute n'habite pas chez la personne assurée ni ne soit membre de sa famille immédiate;

5) jusqu'à un maximum de remboursement de mille dollars (1 000 $) par accident, les frais de transport par un service autorisé d'ambulance ou, sur recommandation d'un médecin, par tout autre véhicule ayant un permis de transport de passagers à titre onéreux, y compris une ambulance aérienne, à destination ou en provenance de l'hôpital le plus proche disposant des installations permettant d'offrir le traitement requis;

6) les frais de prothèses auditives, béquilles, attelles, plâtres, bandages herniaires ou appareils orthopédiques, à l'exclusion de leur remplacement, les appareils orthodontiques ne faisant par ailleurs pas partie des appareils orthopédiques et un maximum de remboursement de sept cent cinquante dollars (750 $) par période d'assurance s'appliquant aux appareils orthopédiques;

7) jusqu'à un maximum de remboursement de cinq mille dollars (5 000 $) par accident, les frais de location d'un fauteuil roulant, d'un poumon d'acier ou d'autres équipements durables nécessaires de façon provisoire au traitement, sans dépasser le prix d'achat ayant cours au moment où la location devient nécessaire;

8) jusqu'à un maximum de remboursement de cinq cents dollars (500 $) par accident, les honoraires d'un chiropraticien autorisé, sous réserve qu'habituellement il n'habite pas chez la personne assurée ni ne soit membre de sa famille immédiate;

L'assureur règlera les frais raisonnables et d'usage réellement engagés par la personne assurée par suite d'un seul et même accident,dans les cinquante-deux (52) semaines après la date de l'accident, sous réserve du montant de remboursement des frais médicaux indiqué au Tableau.

« Soins appropriés» s'entend de l'observation et des soins rendus nécessaires, selon les normes médicales actuelles, par l'état de santé à l'origine du traitement ou de l'hospitalisation.

Remboursement des frais dentaires en cas d'accident

Si des dommages causés à des dents saines et entières (dans le cadre de la présente police, les dents recouvertes d'une chape ou d'une couronne seront considérées comme saines et entières) par un coup porté à la bouche ou par une force extérieure nécessitent que soient effectués un traitement, un remplacement ou des radiographies par un dentiste ou un chirurgien dentiste dûment qualifié, ce dernier devant ne pas habiter normalement chez la personne assurée et ne pas être un membre de sa famille immédiate, l'assureur s'engage à rembourser les frais normaux et nécessaires effectivement engagés pour ces traitements et services par la personne assurée au cours des cinquante-deux (52) semaines suivant l'accident, sous réserve du montant de remboursement des frais dentaires en cas d'accident indiqué au Tableau pour un seul et même accident, sous réserve que la personne assurée consulte le dentiste ou chirurgien dentiste en question dans les trente (30) jours suivant la date de l'accident.

Le remboursement des frais dentaires en vertu de la présente section sera effectué jusqu'à concurrence des montants prévus au guide des tarifs des actes bucco-dentaires destiné au praticien généraliste , publié par l'Association des chirurgiens dentistes de la province ou du territoire de résidence de la personne assurée. Le montant du remboursement sera réduit du montant payé ou payable au titre de la section intitulée « Prestation pour des prothèses dentaires ou un pont ».

Prestation pour des prothèses dentaires ou un pont

Si, en raison d'une blessure, une personne assurée requiert et reçoit des soins médicaux d'un médecin ou d'un dentiste dûment qualifié qui normalement n'habite pas chez la personne assurée et n'est pas membre de sa famille immédiate, au plus tard trente (30) jours après la date de l'accident et de dommages ou bris causés aux prothèses dentaires amovibles, ponts fixes ou couronnes dentaires à la suite de la blessure, l'assureur paiera les frais raisonnables et nécessaires réellement engagés par la personne assurée dans les cinquante-deux (52) semaines suivant la date de l'accident, pour la réparation ou le remplacement de ces prothèses amovibles, ponts fixes ou couronnes dentaires, sans dépasser le montant de la prestation pour des prothèses dentaires ou un pont mentionné au Tableau au cours d'une même période d'assurance pour toutes les réparations ou tous les remplacements.

Indemnité en cas de fracture, luxation, rupture d'un tendon ou autres lésions

Si une blessure entraîne une fracture, une luxation, une rupture ou toute autre lésion dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'accident, l'assureur s'engage à payer un montant pouvant aller jusqu'au montant maximum d'indemnisation pour une fracture indiqué au Tableau, conformément aux pourcentages énoncés ci-dessous, mais ne paiera qu'une seule indemnité, soit le montant d'indemnité le plus élevé, pour un seul et même accident.

Pour une fracture complète (y compris une fracture en bois vert)

	Pourcentage de l'indemnité en cas de fracture
du crâne (enfoncement)	100 %
du crâne (sans enfoncement)	33 %
de la colonne vertébrale (une ou plusieurs vertèbres)	50 %
de la mâchoire (mandibule ou maxillaire)	33 %
de la cuisse (fémur)	33 %
du bassin	33 %
de la rotule	27 %
de la jambe (tibia ou péroné)	25 %
de l'omoplate	25 %
de la cheville (tarses)	25 %
du poignet (carpes)	25 %
de l'avant-bras (fracture ouverte ou comminutive)	23 %
de l'avant-bras (non ouverte)	12 %
du sacrum ou du coccyx	17 %
du sternum	17 %
du bras (entre le coude et l'épaule)	17%
de la clavicule	12 %
du nez	12 %
de deux côtes ou plus	10 %
d'une main (un ou plusieurs os métacarpiens)	8 %
d'un pied (un ou plusieurs os métatarsiens)	8 %

Indemnité en cas de fracture, luxation, rupture d'un tendon ou autres lésions (suite)

des os du visage ..... 8 %
d'une côte ..... 5 %
de tout autre os non indiqué ci-dessus ..... 3 %

Pour une luxation complète :

de la hanche ..... 42 %
du genou (avec réparation ouverte primaire) ..... 33 %
de l'épaule (avec réduction chirurgicale) ..... 25 %
du poignet ..... 17 %
de la cheville ..... 17 %
du coude ..... 12 %
des os du pied, sauf les orteils ..... 8 %

Rupture d'un ou plusieurs 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 %

Divers

Rupture du rein empêchant son fonctionnement ..... 27 %
Rupture du foie empêchant son fonctionnement ..... 27 %
Rupture de la rate empêchant son fonctionnement ..... 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 luxation) ..... 22 %
Amputation de la fraction de l'os atteint (en l'absence de fracture ou de luxation) ..... 20 %

Recours à un taxi en cas d'urgence

Si, en raison d'une blessure, la personne assurée emprunte un taxi pour se rendre d'urgence au cabinet du médecin ou à l'hôpital le plus proche, l'assureur s'engage à rembourser les frais réels et raisonnables de déplacement, sous réserve du maximum par accident stipulé au Tableau en raison d'un seul et même accident.

Indemnité de réadaptation

Si une personne assurée subit une blessure qui entraîne une perte donnant lieu à une indemnité aux termes de la clause « Indemnisation des pertes accidentelles » de la présente police, et si cette blessure exige que la personne assurée suive un programme de réadaptation pour acquérir les compétences nécessaires à l'exercice d'une profession qu'elle n'aurait pas exercée sans cette

Indemnité de réadaptation (suite)

blessure, l'assureur réglera les frais raisonnables et nécessaires réellement engagés pour ce programme par la personne assurée pendant les trois (3) années suivant la date de la perte.

Le règlement par l'assureur du total des frais engagés par une personne assurée ne peut dépasser le montant maximal de l'indemnité de réadaptation indiqué au Tableau pour un seul et même accident. Aucun paiement ne sera consenti pour les frais de pension ou pour les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Frais de cours individuels
(non applicable aux personnes assurées résidant au Québec)

Si, au plus tard trente (30) jours après la date de l'accident, la personne assurée est hospitalisée ou doit demeurer alitée pendant au moins quarante (40) jours de classe consécutifs, l'assureur s'engage à rembourser les frais engagés 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 de la province de résidence de la personne assurée et l'autorisant à enseigner au niveau de la personne assurée, sous réserve toutefois que normalement il n'habite pas chez la personne assurée ni ne soit membre de sa famille immédiate. Le taux horaire maximal est de vingt dollars (20 $), sous réserve du montant indiqué au Tableau pour un seul et même accident.

Prestation pour lunettes ou verres de contact

Si, par suite d'une blessure, une personne assurée requiert et reçoit des soins médicaux de la part d'un médecin ou d'un ophtalmologiste dans les trente (30) jours suivant la date de l'accident et, sur recommandation du médecin ou de l'ophtalmologiste, engage des frais pour l'achat de lunettes ou de verres de contact dont elle n'avait jamais eu besoin auparavant, l'assureur s'engage à payer les frais raisonnables et normaux réellement engagés par la personne assurée au cours des cinquante-deux (52) semaines suivant la date de l'accident, sous réserve du montant maximal de la prestation pour lunettes ou verres de contact indiqué au Tableau pour un seul et même accident.

Prestation spéciale de transport

Si, par suite d'une blessure, une personne assurée requérant des soins médicaux dans les trente (30) jours suivant la date de l'accident est dirigée par un médecin généraliste vers un spécialiste dont la pratique se situe à au moins cent cinquante (150) kilomètres de la résidence habituelle de la personne assurée et dans la province de résidence de la personne assurée, l'assureur remboursera les frais suivants raisonnables réellement engagés par la personne assurée dans les cinquante-deux (52) semaines suivant la date de l'accident, à condition que les services d'un tel spécialiste ne soient pas disponibles à proximité de la résidence de la personne assurée et sous réserve de la réception d'une preuve satisfaisante autre que celle reliée au déplacement par automobile :

1) Les frais de transport, en empruntant le trajet le plus direct, jusqu'à concurrence de cent cinquante dollars (150 $) par voyage aller-retour et sous réserve d'un maximum de cinq (5) voyages au cours d'une seule et même période d'assurance. Si le transport se fait dans un véhicule ou un appareil autre que celui qui est exploité en vertu d'une permis de transport de passagers à titre onéreux, le remboursement des frais de transport sera limité à l'équivalent du coût d'un trajet en autocar.

2) Les frais pour l'hébergement dans un hôtel à proximité du cabinet du spécialiste, jusqu'à concurrence de cinquante dollars (50 $) par jour et sous réserve d'un maximum de six (6) jours au cours d'une seule et même période d'assurance.

Liste de sociétés

Judo Alberta
Judo Colombie-Britannique
Judo Nouveau-Brunswick
Judo Territoires du Nord-Ouest
Judo Saskatchewan
Judo Yukon
Judo Québec
Judo Québec / Nunavut
Judo Nova Scotia

La protection dispensée en vertu de la présente police sera accordée aux personnes admissibles de toute société devenant une société affiliée du contractant, une de ses filiales, une société contrôlée par lui ou encore, partiellement ou entièrement détenue par lui pendant la période d'assurance de la présente police, pourvu qu'un avis écrit soit donné à l'assureur ou à son mandataire, contenant tous les renseignements concernant la tarification relatifs à l'engagement de la société, dans les trente (30) jours de la date d'effet de la protection ou dès que cela est raisonnablement possible par la suite.

Si un tel ajout à cette police constitue un changement significatif dans le risque pris en charge par l'assureur aux fin des présentes, l'assureur se réserve le droit d'ajuster les taux de prime en conséquence

Assurance aviation

L'assurance offerte aux termes de la présente police couvre toute blessure reçue dans les circonstances décrites ci-après et en raison de celles-ci :

a) tout voyage à titre de passager et 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) délivré par Transports Canada ou toute autorité gouvernementale compétente du pays où le transporteur est immatriculé;

b) tout voyage à titre de passager et non en qualité de pilote, mécanicien ou autre membre de l'équipage, à bord de tout aéronef exploité par les Forces canadiennes ou par les forces armées dûment constituées de tout pays reconnu par le gouvernement canadien;

c) lors de l''embarquement ou de la descente d'un aéronef, ou lorsque la personne assurée est heurtée par un aéronef.

Nonobstant ce qui est indiqué en a) et b) ci-dessus, la présente police exclut toute blessure subie lors ou en raison d'un voyage à bord d'un aéronef appartenant au contractant, exploité, loué ou nolisé par lui ou en son nom.

Exposition aux éléments et disparition

Si, à la suite d'un accident couvert par la présente police, une personne assurée est inévitablement exposée aux éléments et qu'en conséquence elle subit une perte donnant normalement droit à une indemnisation, la perte est couverte conformément aux clauses de la présente police.

Si la personne assurée n'est pas retrouvée dans l'année qui suit la date de la disparition, du naufrage ou de la destruction du véhicule à bord duquel elle se trouvait lors de l'accident et dans des circonstances qui seraient normalement couvertes aux termes des présentes, il est alors présumé que la personne assurée a perdu la vie par suite d'une blessure corporelle subie au moment de la disparition, du naufrage ou de la destruction du véhicule.

Montant maximum d'indemnisation

Le montant maximum d'indemnisation de l'assureur, prévu par la présente assurance pour toutes les pertes suite à un seul et même accident, est stipulé au Tableau. Si ce montant d'indemnisation pour un seul et même accident ne suffit pas à régler l'intégralité de l'indemnisation de chaque personne assurée, le montant payable à chaque personne assurée sera calculé en proportion du rapport entre le montant maximum d'indemnisation et le montant total d'assurance qui aurait été payable, n'eût été dudit montant maximum d'indemnisation.

Ce montant maximum ne s'applique qu'aux pertes payables aux termes de la section « Indemnisation des pertes accidentelles ».

Indemnisation

Dans le cas où la personne assurée est mineure, toutes les indemnités payables en vertu de la présente police sont versées au père ou à la mère en ayant la garde, ou s'il n'y en a pas, au tuteur légalement nommé pour prendre soin de l'enfant.

En cas de décès d'une personne assurée majeure, les indemnités sont payables à son conjoint ou à ses ayants droit si elle n'avait pas de conjoint. Toutes les autres indemnités payables sont versées à la personne assurée.

« Conjoint » s'entend d'une personne :

a) avec laquelle la personne assurée est mariée, ou

b) avec laquelle la personne assurée fait vie commune de façon permanente depuis au moins un (1) an avant la survenance d'une perte couverte par la police.

Une seule personne est admissible à titre de conjoint.

Si, tout endemeurant mariée, la personne assurée fait vie commune avec une autre personne de la manière décrite précédemment en b), la personne qui est réputée être le conjoint de la personne assurée aux termes des présentes est celle aveclaquelle la personne assurée est mariée.

Date d'effet de l'assurance d'une personne assurée

L'assurance de toute personne 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.

Fin de l'assurance d'une personne assurée

L'assurance d'une personne assurée prend fin à la première des dates suivantes :

1) la date à laquelle la présente police est résiliée;

2) la date d'échéance de la prime de la période d'assurance si le contractant n'acquitte pas la prime exigible pour la personne assurée; ou
3) la date à laquelle la personne assurée cesse d'être liée au contractant d'une manière la rendant admissible à l'assurance établie aux termes des présentes.

Exclusions

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;

2) la guerre, déclarée ou non;

3) la participation à une émeute, à une insurrection, à des mouvements populaires ou à des troubles publics;

4) le service à plein temps, à temps partiel ou à titre temporaire dans les forces armées de tout pays;

5) tout voyage à titre de passager ou en une autre qualité dans un véhicule ou un appareil servant à la navigation aérienne, sauf selon ce qui est prévu à la clause « Assurance aviation »;

6) des soins médicaux ou une intervention chirurgicale, sauf s'ils étaient nécessaires à la suite d'un accident.

La présente police ne couvre pas non plus les frais engagés pour ce qui suit :

7) l'achat, la réparation, le remplacement ou la prescription de lunettes ou de verres de contact, sauf selon ce qui est prévu à la clause « Prestations pour lunettes ou verres de contact »;

8) les massages;

9) les radiographies, la réparation ou le remplacement de prothèses dentaires, d'obturations ou de couronnes déjà en place, sauf selon ce qui est prévu à la clause « Remboursement des frais dentaires en cas d'accident » ou à la clause « Prestation pour des prothèses dentaires ou un pont »;

10) toute maladie ou affection à l'origine de la perte ou en résultant;

11) les médicaments expérimentaux non approuvés par l'autorité compétente en la matière du pays dans lequel ces médicaments sont prescrits et distribués;

12) tout traitement médical expérimental;

13) les services médicaux dispensés par du personnel infirmier, un physiothérapeute, un thérapeute du sport agréé ou un chiropraticien travaillant pour le compte du contractant;

14) les soins reçus par une personne assurée qui n'est pas couverte par un régime fédéral ou provincial d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie.

La présente police se conforme aux exigences de toute loi fédérale ou provinciale régissant les régimes d'assurance hospitalisation ou d'assurance de soins médicaux. Conformément aux clauses « Remboursement des frais médicaux en cas d'accident » et « Remboursement des frais dentaires en cas d'accident » de la présente police, le montant de l'indemnisation sera diminué du montant (payé ou non) des frais admissibles pris en charge par un quelconque régime fédéral ou provincial d'assurance hospitalisation ou d'assurance de soins médicaux, ou par toute autre police prévoyant des remboursements comparables.

Dispositions générales

Une déclaration écrite portant sur toute blessure pouvant faire l'objet d'une demande de règlement doit être remise à l'assureur dans un délai de trente (30) jours suivant la date de l'accident ayant entraîné cette blessure. Est réputée être une déclaration remise à l'assureur toute déclaration remise par la personne assurée ou le bénéficiaire, selon le cas, ou en leur nom, au siège social de l'assureur, au 2020, rue University, bureau 1800, Montréal (Québec), H3A 2A5, à un de ses bureaux régionaux ou à un de ses mandataires, et accompagnée des renseignements permettant d'identifier la personne assurée. Le fait de ne pas présenter la déclaration dans le délai imparti n'invalide pas la demande de règlement s'il est prouvé que la personne assurée (ou son représentant) n'était pas raisonnablement en mesure de remettre cet avis dans le délai voulu et qu'elle l'a fait dès que cela lui a été raisonnablement possible. La déclaration ne peut en aucun cas être présentée plus d'un (1) an après la date de l'accident.

Dès réception de la déclaration, l'assureur remet au demandeur les formulaires habituels de demande de règlement. Le demandeur qui n'a pas reçu ces formulaires quinze (15) jours après la présentation de la déclaration, est réputé s'être conformé aux exigences de la présente police s'il transmet à l'intérieur du délai imparti dans les présentes les preuves de sinistre exposant les circonstances, la nature et l'étendue de la perte faisant l'objet de la demande de règlement.

La preuve écrite du sinistre doit être remise à l'assureur au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours après le sinistre. Le fait de ne pas présenter la preuve dans ce délai n'a pas pour effet d'invalider ou de réduire la demande de règlement s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de présenter cette preuve dans les délais et qu'elle a été fournie dès que cela a été raisonnablement possible. La preuve ne peut en aucun cas être présentée plus d'un (1) an après la date de l'accident.

L'assureur aura le droit et la possibilité de faire examiner la personne assurée aussi souvent qu'il le jugera nécessaire, dans une mesure raisonnable, pendant que la demande de règlement est en attente au titre de la présente police, et il aura en outre le droit et la possibilité de faire pratiquer une autopsie en cas de décès, si la loi l'autorise.

Toutes les indemnités payables en vertu de la police sont réglées dès réception de la preuve requise.

Dispositions générales (suite)

Toutes les sommes payables aux termes de la présente police sont versées en monnaie légale du Canada.

La présente police, les avenants et toute pièce éventuellement y annexée constituent l'intégralité du contrat d'assurance. Aucune déclaration du proposant ne peut entraîner la nullité de l'assurance ni la réduction des garanties, à moins de figurer par écrit dans une proposition portant la signature du proposant. Aucun mandataire n'est autorisé à modifier la présente police ni à permettre le renoncement à une de ses dispositions. Toute modification n'est valide que si elle est approuvée par un dirigeant de l'assureur. L'approbation doit figurer dans un avenant au contrat ou dans une annexe.

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

Aucune action en justice ne sera engagée pour recouvrer des prestations versées en application de la présente police avant un délai de soixante (60) jours suivant la transmission à l'assureur de la preuve de sinistre. Le délai pendant lequel le demandeur peut valablement intenter une action en justice est limité à un (1) an [trois (3) ans dans la province de Québec], compté à partir de l'expiration de la période pendant laquelle une preuve de sinistre est exigée en vertu de la police.

Si le délai stipulé dans la police pour présenter un avis de sinistre ou une preuve de sinistre, ou pour intenter une action en justice, est inférieur à celui prévu par la loi de la province de résidence du demandeur au moment du sinistre, le délai ne pourra pas être inférieur à celui prescrit par le droit provincial.

Le contractant peut résilier la présente police en envoyant par la poste à l'assureur un préavis écrit l'informant de la date de la résiliation. L'assureur peut, lui aussi, résilier la police en envoyant par la poste au contractant, à l'adresse figurant dans les présentes, un préavis écrit d'au moins trente (30) jours l'informant de la date de la résiliation. L'envoi par la poste constitue une preuve suffisante de la remise des préavis susmentionnés. La date spécifiée dans le préavis devient la date d'expiration de la période d'assurance. La remise en personne (par le contractant ou l'assureur) du préavis écrit a le même effet que son envoi par la poste.

Sauf indication contraire dans la présente police, en cas de résiliation de la police par le contractant, les primes acquises seront calculées conformément au Tableau et aux processus d'usage en matière de taux à court terme. En cas de résiliation par l'assureur, les primes acquises seront calculées au prorata. Une régularisation sera pratiquée au moment où la résiliation deviendra exécutoire et, si cela ne se produit pas à ce moment-là, elle sera pratiquée dès que raisonnablement possible après que la résiliation aura pris effet. Le chèque de l'assureur ou le chèque de son représentant posté ou livré tel que mentionné précédemment constituera une présentation suffisante de tout remboursement de prime payable au contractant.

L'assureur est autorisé à examiner, à intervalles raisonnables, les registres tenus par le contractant à l'égard de la présente police et périodiquement, pendant encore deux (2) ans après que la présente police a pris fin, ou en cas de sinistres non réglés, jusqu'à leur règlement définitif, selon le plus éloigné des deux événements à survenir.

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

René Hamel
Chef de la direction

Bernard Tanguay
Premier vice-président