



# SÉCUR+

Premier jour accident



# UNE PROTECTION QUI VOUS EN OFFRE + EN CAS D'ACCIDENT POUR 30\$ PAR MOIS

## **SÉCUR+ PREMIER JOUR ACCIDENT**

**SÉCUR+ Premier jour accident** est une police d'assurance invalidité en cas d'accident qui permet de toucher des prestations dès le 1<sup>er</sup> jour d'invalidité, sous certaines conditions.

## **UNE POLICE COMPLÉMENTAIRE**

**SÉCUR+** agit comme complément idéal à une police d'assurance salaire d'invalidité de longue durée. **SÉCUR+** offre également des garanties additionnelles telles que : prestation en cas de décès et mutilation accidentels suite à un accident, prestation pour les dépenses paramédicales en cas d'accident, prestation pour soins dentaires en cas d'accident.

## **ÊTRE MIEUX PROTÉGÉ POUR MOINS CHER : C'EST POSSIBLE!**

Avec **SÉCUR+ Premier jour accident**, vous pouvez augmenter le délai de carence de votre police d'assurance principale afin d'en réduire le coût, tout en restant mieux protégé en cas d'accident !

## **PROTÉGEZ VOTRE REMBOURSEMENT DE PRIMES**

**SÉCUR+ Premier jour accident** agit comme une police « tampon ». En effet, en cas d'invalidité de courte durée reliée à un accident, la réclamation se fera via le produit **SÉCUR+** et non via votre police principale, ce qui protège votre police principale et son remboursement de primes !

Avec **SÉCUR+ Premier jour accident** vous serez blindé en cas d'invalidité suite à un accident.



## CERTIFICAT - CONTRAT # 18641

**PERSONNE ASSURÉE :** \_\_\_\_\_

**VOTRE CONSEILLER :** \_\_\_\_\_

Ce dépliant est fourni dans le but d'expliquer les garanties offertes en vertu de la police collective assurée par Humania Assurance Inc. (« l'Assureur » ou la « Compagnie »). Ce dépliant décrit brièvement les garanties d'assurance.

La possession de ce dépliant ne confère ni ne crée aucun droit contractuel. Tous les droits et obligations relatifs aux garanties offertes en vertu de la police collective seront régis uniquement par les clauses et les conditions de ladite police.

Pour toute question relative au contenu de ce dépliant ou si de plus amples renseignements sont requis concernant les garanties, la personne assurée devrait communiquer avec son conseiller.

Dans ce dépliant, le masculin inclut le féminin, sauf si le contexte s'y oppose. De plus, le singulier inclut le pluriel, lorsque requis.

### Administré par : Aurrea Signature

1205, boul. Ampère bureau 201  
Boucherville, Québec J4B 7M6  
Sans frais : 1 877 831-4884



## DÉFINITIONS

Certains des termes utilisés dans le présent guide sont définis au contrat d'assurance collective.

Par « **Accident** » on entend un événement survenant alors que la police est en vigueur et dû à des causes externes, violentes, soudaines, fortuites et indépendantes de la volonté de la personne assurée. Si un accident cause une perte qui se manifeste plus de trente (30) jours après l'Accident, cette perte n'est pas admissible sous cette police.

Par « **Année d'assurance** » on entend année civile, une période de 12 mois du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre.

Par « **Blessure** », on entend une blessure corporelle subie par la Personne assurée résultant directement d'un accident non intentionnel et imprévu, à condition qu'un tel accident soit causé par une source externe et qu'il se produise pendant que l'assurance de la Personne assurée en vertu du présent contrat est en vigueur.

Par « **Fracture** » on entend une rupture de la continuité (complète ou incomplète) d'un os ou d'un cartilage, avec ou sans déplacement des fragments, à la suite d'un Accident.

Par « **Invalidité totale** » ou « **Totalement invalide** », on entend (i) pour les Personnes assurées; l'état d'incapacité de la Personne assurée découlant d'une Blessure qui requiert un traitement dispensé par un Médecin dans les trente (30) jours qui suivent la date de l'accident à l'origine de la Blessure et qui empêche la Personne assurée d'accomplir, toutes les fonctions régulières de son occupation habituelle qu'elle occupait immédiatement avant l'accident.

Par « **Médecin** », on entend un médecin praticien dûment autorisé, autre que la Personne assurée ou qu'un membre de sa Famille immédiate, autorisé à administrer des traitements médicaux et à prescrire des médicaments dans le lieu où il offre des services médicaux. Ne sont pas considérés comme un médecin les naturopathes, herboristes et homéopathes.

Par « **Période d'attente** », on entend sept (7) jours à compter de la date à laquelle un Médecin détermine que la Personne assurée est incapable d'accomplir toutes les fonctions régulières de son occupation habituelle qu'elle occupait immédiatement avant l'accident, les prestations sont rétroactives au premier jour d'invalidité.

Par « **Revenus de toutes autres sources** » on entend toute prestation d'invalidité payable ou qui serait payable à la Personne assurée si une demande satisfaisante avait été faite en vertu :

- a) du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada, à l'exclusion des prestations pour les enfants à charge;
- b) d'une loi sur les accidents du travail;
- c) d'une loi provinciale sur l'assurance automobile;
- d) d'une loi provinciale d'indemnisation des victimes d'actes criminels;
- e) de tout organisme gouvernemental;
- f) d'un régime d'assurance souscrit par une franchise ou une association;
- g) d'une assurance collective ou d'un régime de retraite;
- h) d'un tiers sous la forme de dommages en raison d'une perte de revenu.

L'indexation future des montants versés par de tels organismes n'entraînera aucune réduction ou augmentation du montant de la prestation payable.

Par « **Salaire annuel brut** » on entend la moyenne des deux dernières années de toutes les sommes que la Personne assurée reçoit en retour de services fournis déduction faite des habituels frais d'entreprises mais avant déduction des impôts sur le revenu. Le salaire annuel comprend : les bonis, les honoraires, les commissions, les gratifications, et tout autre revenu découlant de l'exercice d'un emploi.

Pour un propriétaire d'entreprise commerciale ou un professionnel : la somme des revenus qui lui sont versés, provenant de cette entreprise en raison de ses activités professionnelles, plus sa quote-part des profits nets ou de la perte nette de l'entreprise.

### Restriction

Sont exclus du salaire tout revenu ne provenant pas directement d'une occupation ou d'un travail tels que les revenus d'intérêt, les loyers, les droits d'auteur, les redevances, les revenus de placement, les dividendes, et tout revenu provenant de régimes de retraite, contrats de rentes, régimes de participation aux bénéfices, régimes de rémunération différée ou tout autre revenu qui n'est pas reçu directement en retour d'un service rendu.

Par « **Salaire hebdomadaire brut** » on entend le salaire annuel brut pour les deux années immédiatement antérieures à l'année durant laquelle l'Invalidité totale s'est produite, divisé par cent quatre (104).

## GARANTIES

### ASSURANCE ACCIDENT DE COURTE DURÉE 24H/24

Maximum **750 \$ / semaine**

Délai de carence 7 jours, rétroactif au 1<sup>er</sup> jour si invalidité persiste.

Le total de la prestation payable en vertu de ce contrat et du **revenu de toutes autres sources** ne pourra en aucun cas excéder **le moindre des montants suivants** : a) la limite souscrite de 750 \$ par semaine ; b) 66,7 % du salaire hebdomadaire brut (si applicable, incluant profit net ou perte nette avant impôt de la société) ; c) le montant hebdomadaire prévu au contrat individuel d'assurance invalidité longue durée.

### INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE SUITE À UN ACCIDENT

Pourvu que vous soyez invalide pendant une période minimale de 7 jours consécutifs, **conditionnel à ce que votre contrat individuel d'assurance salaire invalidité de longue durée (de type non résiliable) soit toujours en vigueur**, et que cette invalidité survienne dans les 30 jours de l'accident qui l'a causée, l'assureur s'engage à payer, rétroactivement au 1<sup>er</sup> jour de l'invalidité, jusqu'à 750 \$\*\* par semaine, sans toutefois dépasser le nombre de jours (consécutifs) indiqué sur votre demande d'assurance. Cette indemnité est payable si l'accident est dû à des causes externes, violentes, soudaines, fortuites et indépendantes de votre volonté, et cause une blessure vous rendant complètement et continuellement invalide, vous empêchant de remplir toutes les fonctions régulières ayant trait à votre occupation habituelle. Vous devez être sous les soins et services réguliers d'un médecin ou chirurgien qualifié, autre que vous-même ou un membre de votre famille.

\*\* Le total de la prestation payable au sein de ce contrat, **plus revenu de toutes sources** pendant l'invalidité ne peut excéder, dans son ensemble, **au moindre de** a) 66,7 % de votre salaire hebdomadaire brut perçu de votre emploi, b) le montant **hebdomadaire** prévu à votre contrat individuel d'assurance salaire invalidité de longue durée, ou c) 750 \$.

### PRESTATIONS EN CAS DE DÉCÈS OU MUTILATION SUITE À UN ACCIDENT

Le capital assuré auquel vous aurez droit à la suite d'une Blessure accidentelle, dépendra de la nature de la perte subie, tel qu'indiqué au tableau ci-dessous (le « Tableau des pertes »). La perte doit être subie dans les 365 jours suivant l'accident à l'origine de la perte. En cas de plusieurs pertes subies par suite d'un (1) même accident, seule la prestation la plus élevée sera payable.

#### TABLEAU DES PERTES

Paraplégie, Quadriplégie et/ou Hémiplegie	300 000 \$	Perte complète de la vue d'un œil	112 500 \$
Perte de la vie	150 000 \$	Perte du pouce et de l'index de la même main	50 000 \$
Perte des deux mains ou des deux pieds	150 000 \$	Perte de la parole et de l'ouïe	150 000 \$
Perte de la vue complète des deux yeux	150 000 \$	Perte de la parole ou de l'ouïe	112 500 \$
Perte d'une main et d'un pied	150 000 \$	Perte de l'ouïe d'une oreille	100 000 \$
Perte d'une main et de la vue complète d'un œil	150 000 \$	Perte des quatre doigts d'une main	50 000 \$
Perte d'un pied et de la vue complète d'un œil	150 000 \$	Perte de tous les orteils d'un pied	37 500 \$
Perte ou perte d'usage d'un bras ou d'une jambe	120 000 \$	Perte d'usage des deux bras ou des deux mains	150 000 \$
Perte ou perte d'usage d'une main ou d'un pied	112 500 \$	Remboursements des frais médicaux suite à un accident*	25 000 \$

\* sujet à certaines limites

### PRESTATION POUR AMÉNAGEMENT DE LA RÉSIDENCE OU D'UN VÉHICULE

Si une Personne assurée subit une Blessure qui entraîne une Perte (autre que la Perte de la vie) pour laquelle la Compagnie a versé des prestations conformément au Tableau des pertes et que par suite de cette Perte elle requiert l'usage d'un fauteuil roulant pour se déplacer, la Compagnie doit payer les frais raisonnables et nécessaires réellement engagés, comme suit :

- le coût ponctuel de l'aménagement de la résidence de la Personne assurée ayant subi la Blessure afin de la rendre accessible et habitable en fauteuil roulant ; et
- le moins élevé de ce qui suit :
  - le coût ponctuel nécessaire pour adapter un véhicule motorisé appartenant à la Personne assurée ayant subi la Blessure, afin que celle-ci puisse y avoir accès et le conduire.
  - le coût ponctuel pour l'achat d'un véhicule spécialement modifié pour le rendre accessible en fauteuil roulant, avec l'approbation préalable de la Compagnie.

Les prestations en vertu de cette garantie sont payables seulement si :

- (c) les travaux d'aménagement de la résidence sont effectués pour le compte de la Personne assurée par une personne expérimentée dans ce type d'aménagement et qui est recommandé par un organisme reconnu d'aide aux utilisateurs de fauteuil roulant; et
- (d) l'adaptation du véhicule est effectuée pour le compte de la Personne assurée par une personne expérimentée dans ce type d'adaptation et que les modifications apportées sont approuvées par l'organisme provincial responsable de l'immatriculation des véhicules dans la province de résidence de la Personne assurée.

Le montant maximal payable en vertu de cette garantie pour toutes les Blessures découlant d'un (1) seul accident est de quinze mille dollars (15 000 \$) par Personne assurée.

## **GARANTIES ADDITIONNELLES**

### **PRESTATION POUR THÉRAPIE PSYCHOLOGIQUE**

Si une Personne assurée subit une Blessure qui entraîne une Perte (autre que la Perte de la vie) pour laquelle la Compagnie doit verser des prestations conformément au Tableau des pertes et que, par la suite, en raison de cette Blessure ou de cette Perte, durant la période de deux (2) ans qui suit une telle Blessure, la Personne assurée nécessite une thérapie psychologique prescrite par un Médecin, la Compagnie paiera les dépenses raisonnables et habituelles liées à une telle thérapie psychologique.

Par « dépenses raisonnables et habituelles », on entend le moindre des montants suivants :

- (a) les frais habituels demandés par les Médecins ou d'autres fournisseurs de soins de santé pour un service ou une fourniture;
- (b) les frais déterminés comme étant les frais courants demandés par les Médecins ou d'autres fournisseurs des soins de santé pour un service ou une fourniture donnés dans la région géographique où ils sont fournis;
- (c) le montant convenu entre la Compagnie et le fournisseur de soins de santé.

Par « thérapie psychologique », on entend le traitement ou les conseils dispensés par un thérapeute ou un conseiller agréé, certifié ou accrédité, habilité à fournir un tel traitement en consultation externe ou pendant que le patient se trouve dans un établissement médical autorisé à fournir un tel traitement.

Le montant maximal payable en vertu de cette garantie pour toutes les Blessures découlant d'un (1) seul accident est de cinq mille dollars (5 000 \$) par Personne assurée.

### **PRESTATION POUR HOSPITALISATION**

Si une Personne assurée subit une Blessure qui entraîne une Perte (autre que la Perte de la vie) pour laquelle la Compagnie a versé des prestations conformément au Tableau des pertes et que, en raison de cette Blessure ou de cette Perte, conformément aux instructions d'un Médecin, la Personne assurée est confinée à un Hôpital pendant plus de cinq (5) nuits consécutives, la Compagnie paiera ce qui suit :

- (a) pour une période d'hospitalisation de plus de trente (30) nuits consécutives, un pourcent (1 %) du Capital assuré de la Personne assurée; ou
- (b) pour une période d'hospitalisation d'au plus trente (30) nuits consécutives, un trentième (1/30) du montant déterminé conformément à la section par période d'hospitalisation incluant une (1) nuit.

La Compagnie versera ces prestations de façon mensuelle, rétroactive à compter de la première (1<sup>re</sup>) nuit d'hospitalisation.

Le montant maximal payable en vertu de cette garantie pour toutes les Blessures découlant d'un (1) seul accident est de deux mille cinq cent dollars (2 500 \$) par mois par Personne assurée.

Les prestations sont payables jusqu'à concurrence d'une hospitalisation de douze (12) mois au total pour chaque accident à l'origine de Blessures. Toute période successive d'hospitalisation découlant des mêmes Blessures et dont l'intervalle est de moins de trois (3) mois, est considérée comme étant une seule période d'hospitalisation aux fins du calcul de ces prestations.

### **PRESTATION POUR TRANSPORT DE LA FAMILLE**

Si la Personne assurée subit une Blessure qui entraîne une Perte (autre que la Perte de la vie) figurant dans le Tableau des pertes et que par suite de cette Perte la Personne assurée doit être hospitalisée dans un Hôpital situé à plus de cent (100) kilomètres du lieu de sa résidence permanente, la Compagnie paiera les frais raisonnables et nécessaires engagés pour le transport d'un (1) membre de la Famille immédiate qui se rend à l'Hôpital en question. Une telle indemnité de transport est payée seulement si :

- (a) le confinement à l'Hôpital se produit dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'accident; et
- (b) le remboursement des frais du membre de la Famille immédiate est limité au coût d'un (1) seul billet d'avion aller-retour en classe économique par la route la plus directe ou un montant équivalent si le membre de la Famille immédiate utilise un autre type de véhicule public.

Le montant maximal payable en vertu de cette garantie pour toutes les Blessures résultant d'un (1) seul accident est de quinze mille dollars (15 000 \$) par Personne assurée.

## **PRESTATION POUR RAPATRIEMENT**

Si, par suite d'une Blessure, une Personne assurée perd la vie :

- (a) à plus de cinquante (50) kilomètres de sa ville de résidence permanente ; et
- (b) si le décès survient dans les trois cent soixante-cinq (365) jours à compter de la date de l'accident à l'origine des Blessures, la Compagnie paiera les frais réels engagés pour la préparation de la dépouille aux fins d'enterrement ou de crémation et pour le retour de la dépouille mortelle à la ville de résidence de la Personne assurée décédée.

Le montant maximal payable en vertu de cette garantie pour toutes les Blessures résultant d'un (1) seul accident est de quinze mille dollars (15 000 \$) par Personne assurée.

## **PRESTATION POUR IDENTIFICATION DU CORPS**

Si une Personne assurée subit une Blessure qui cause son décès, qu'une prestation est versée ou doit l'être aux termes de cette assurance et que son corps doit être identifié, la Compagnie paiera les frais raisonnables et nécessaires engagés réellement par un membre de la Famille immédiate de la Personne assurée aux fins suivantes :

- (a) logement commercial et pension pendant le voyage et/ou durant le séjour dans la ville ou le village où se trouve le corps (jusqu'à un maximum de trois (3) nuits consécutives) ; et
- (b) transport par la route la plus directe pour se rendre à l'endroit où se trouve le corps.

Ces prestations sont payables par la Compagnie seulement si le corps de la Personne assurée se trouve à plus de cent cinquante (150) kilomètres de la résidence normale du membre de la Famille immédiate et que l'identification du corps est demandée par la police ou par toute autre autorité de la force publique habilitée à prendre une décision en la matière.

Aucun paiement ne sera versé pour les dépenses ordinaires, le voyage ou les vêtements, autrement que ce qui est prévu spécifiquement ci-dessus. Si le transport doit être effectué dans un véhicule ou un appareil autre qu'un véhicule ou appareil autorisé à transporter des passagers moyennant paiement, le remboursement des frais de transport sera limité à un montant maximum de vingt cents (0,20 \$) le kilomètre.

Ces prestations sont payables une seule fois pour toutes les Blessures et Pertes subies par la Personne assurée, quel que soit le nombre de polices d'assurance fournissant ce type de prestation à la Personne assurée, émis par la Compagnie.

Le montant maximal payable en vertu de cette garantie est de cinq mille dollars (5 000 \$) par Personne assurée.

## **PRESTATION POUR FRAIS DE GARDERIE**

Si une Personne assurée perd la vie par suite d'une Blessure pour laquelle la Compagnie a versé des prestations conformément au Tableau des pertes, la Compagnie paiera au tuteur légal de tout Enfant à charge en vie de la Personne assurée le moins élevé des montants ci-dessous :

- (a) le coût annuel réel demandé par une garderie, en centre de la petite enfance ou tout autre établissement de même nature ; ou
- (b) cinq pourcent (5 %) du Capital assuré de la Personne assurée ; ou
- (c) cinq mille dollars (5 000 \$) par an.

Ces prestations sont payables tous les ans jusqu'à concurrence de quatre (4) paiements consécutifs par Enfant à charge seulement si :

- (a) l'Enfant à charge était âgé de moins de treize (13) ans à la date à laquelle la Personne assurée a perdu la vie ;
- (b) l'Enfant à charge est inscrit dans une garderie, un centre de la petite enfance ou tout autre établissement de même nature durant la période de quatre-vingt-dix (90) jours suivant la Perte de la vie de la Personne assurée ; et
- (c) l'Enfant à charge continue de fréquenter une garderie, un centre de la petite enfance ou tout autre établissement de même nature.

## **PRESTATION POUR ÉTUDES D'UN ENFANT À CHARGE**

Si une Personne assurée perd la vie par suite d'une Blessure pour laquelle la Compagnie a versé des prestations conformément au Tableau des pertes, la Compagnie remboursera les frais de scolarité annuels réels, à l'exclusion des frais de chambre et pension, facturés par un Établissement d'enseignement supérieur pour chaque Enfant à charge de la Personne assurée jusqu'à concurrence du moindre des montants ci-dessous :

- (i) cinq mille dollars (5 000 \$) par année scolaire ; ou
- (ii) cinq pourcent (5 %) du Capital assuré de la Personne assurée.

Ces prestations sont payables tous les ans jusqu'à concurrence de quatre (4) paiements consécutifs par Enfant à charge seulement si :

- (a) à la date du décès de la Personne assurée, l'Enfant à charge était inscrit à temps plein dans un Établissement d'enseignement supérieur au-dessus du niveau de la douzième (12<sup>e</sup>) année d'études ; et
- (b) l'Enfant à charge continue de fréquenter un Établissement d'enseignement supérieur sans interruption.

La Compagnie remboursera la personne qui a engagé les frais de scolarité.

## **PRESTATION POUR ÉTUDES DU CONJOINT**

Si une Personne assurée subit une Blessure entraînant la Perte de la vie pour laquelle la Compagnie a versé des prestations conformément au Tableau des pertes, la Compagnie paiera au Conjoint de la Personne assurée le coût réellement engagé pour suivre un programme de formation professionnelle ou dans un métier spécialisé auquel le Conjoint s'inscrit dans le but d'obtenir une source de soutien et de subsistance indépendante, à condition que ce type de coût soit engagé dans une période de trente (30) mois suivant la date à laquelle la Personne assurée perd la vie.

Le montant maximal payable en vertu de cette garantie est de quinze mille dollars (15 000 \$) par Personne assurée.

## **PRESTATION POUR FRAIS FUNÉRAIRES**

Si une Personne assurée décède par suite d'une Blessure pour laquelle la Compagnie a versé des prestations conformément au Tableau des pertes, la Compagnie remboursera la personne ayant engagé les frais réels relatifs aux services de crémation, d'enterrement ou de funérailles de la Personne assurée.

Le montant maximal payable en vertu de cette garantie est de cinq mille dollars (5 000 \$) par Personne assurée.

## **PRESTATIONS POUR LES PERSONNES EN DEUIL**

Si une Personne assurée subit une Blessure qui cause son décès et pour laquelle la Compagnie a versé des prestations conformément au Tableau des pertes, la Compagnie paiera les frais raisonnables et nécessaires réellement engagés pour les services de counseling aux endeuillés, à condition que :

- (a) le counseling soit destiné au Conjoint/Personne assurée ou aux Enfants à charge;
- (b) de tels frais soient engagés dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent la date de l'accident à l'origine du décès;
- (c) les services de counseling aux endeuillés soient fournis par un thérapeute ou un conseiller détenant un permis, autorisé ou agréé pour fournir de tels services et à condition qu'il ne soit pas un membre de la Famille immédiate de la Personne assurée.

La Compagnie versera les prestations à la personne qui a engagé les dépenses.

Le montant maximal payable en vertu de cette garantie est de mille dollars (1 000 \$).

## **PRESTATION POUR LE REMBOURSEMENT DE DÉPENSES PARAMÉDICALES EN CAS D'ACCIDENT**

Si, par suite d'une Blessure, et dans les trente (30) jours qui suivent la date de l'accident à l'origine de la Blessure, une Personne assurée, qui est assurée aux termes d'un régime d'assurance-maladie offert par un gouvernement provincial ou territorial canadien, obtient un traitement paramédical au Canada dispensé par un Médecin et que, par suite d'une telle Blessure, elle doit engager des dépenses pour l'un des services suivants sur la recommandation d'un Médecin, la Compagnie doit rembourser à la Personne assurée les frais raisonnables et nécessaires pour les services paramédicaux suivants :

- (a) les frais de services infirmiers privés dispensés par une infirmière diplômée autorisée, qui n'habite pas en général sous le même toit que la Personne assurée et qui n'est pas un membre de sa Famille immédiate. Ces prestations sont payables jusqu'à un maximum de cinquante dollars (50 \$) par heure, jusqu'à concurrence de cinq mille dollars (5 000 \$) par Personne assurée pour toutes les Blessures découlant d'un (1) seul accident;
- (b) les frais de transport, lorsqu'un tel service est fourni par un service ambulancier professionnel, jusqu'à l'hôpital approuvé le plus proche équipé pour fournir le traitement nécessaire requis et recommandé. Ces prestations sont payables jusqu'à concurrence de cinq mille dollars (5 000 \$) par Personne assurée pour toutes les Blessures découlant d'un (1) seul accident;
- (c) les frais d'Hôpital correspondant à la différence entre l'allocation pour un lit en salle commune aux termes du régime d'assurance-maladie provincial ou territorial de la Personne assurée et les frais pour une chambre à deux lits dans une chambre d'Hôpital à deux lits. Ces prestations sont payables jusqu'à concurrence de cinq mille dollars (5 000 \$) par Personne assurée pour toutes les Blessures découlant d'un (1) seul accident;
- (d) les frais de location d'un fauteuil roulant, de poumon d'acier ou de tout autre équipement durable, à condition qu'ils ne dépassent pas le prix d'achat courant au moment où la location est nécessaire;
- (e) les frais pour les services d'un physiothérapeute autorisé. Ces prestations sont payables jusqu'à concurrence de vingt-cinq dollars (25 \$) par traitement, de deux cent cinquante dollars (250 \$) par Personne assurée pour toutes les Blessures découlant d'un (1) seul accident et de cinq cents dollars (500 \$) par Année d'assurance.
- (f) les médicaments et produits médicaux sur ordonnance (sauf dans la province du Québec);
- (g) les frais divers suivants : les prothèses auditives, les béquilles, les attelles, les plâtres, les bandages herniaires et les appareils orthopédiques, mais non les appareils orthodontiques et les frais de remplacement; ces frais sont sous réserve d'un maximum de sept cent cinquante dollars (750 \$) par Année d'assurance; et
- (h) les frais pour les services d'un chiropraticien autorisé. Ces prestations sont payables, jusqu'à concurrence de vingt-cinq dollars (25 \$) par traitement, de deux cent cinquante dollars (250 \$) par Personne assurée pour toutes les Blessures découlant d'un (1) seul accident et de cinq cents dollars (500 \$) par année d'assurance.



- (i) les frais pour les services d'un acupuncteur agréé, jusqu'à concurrence de vingt-cinq dollars (25 \$) par traitement, de deux cent cinquante dollars (250 \$) par accident et de cinq cents dollars (500 \$) par année d'assurance.
- (j) les frais pour les services d'un podiatre agréé, jusqu'à concurrence de vingt-cinq dollars (25 \$) par traitement, de deux cent cinquante dollars (250 \$) par accident et de cinq cents dollars (500 \$) par année d'assurance.
- k) les radiographies, jusqu'à concurrence de cinquante dollars (50 \$) par traitement pour un maximum de cinq cent dollars (500 \$) par Année d'assurance.

Si, par suite d'une Blessure, des prestations sont payables en vertu de l'une ou l'autre des garanties de cette police et que l'assuré supporte les frais ci-dessous, par rapport à cette même Blessure, l'assureur s'engage à rembourser :

- 1) Les frais de remplacement de lunettes effectivement supportés jusqu'à concurrence de cent quarante dollars (140 \$) par année d'assurance.

Le remboursement ne sera fait que si :

- (a) les frais sont engagés au Canada ;
- (b) les frais sont engagés dans les cinquante-deux (52) semaines qui suivent la date de l'Accident à l'origine de la Blessure ;
- (c) les frais sont engagés uniquement à des fins thérapeutiques et non de traitement facultatif ou esthétique ; et
- (d) la demande est accompagnée du formulaire original de demande de règlement soumis à la Compagnie comme preuve.

Cette prestation est en supplément de toute autre prestation similaire prévue par une autre assurance, une autre police ou un autre régime, y compris, mais sans s'y limiter, une police d'assurance automobile et tout régime fédéral ou provincial d'assurance maladie, hospitalisation ou médicaments.

Le montant maximal payable en vertu de cette garantie est de vingt-cinq mille dollars (25 000 \$) par Personne assurée pour toutes les Blessures découlant d'un (1) seul accident.

## PRESTATIONS EN CAS DE FRACTURE

Si une Personne assurée subit une Blessure qui entraîne une Fracture, l'assureur paie l'indemnité mentionnée ci-dessous, selon le type de Fracture subie :

TYPE	INDEMNITÉ
Crâne	1 000 \$
Colonne vertébrale	1 000 \$
Bassin	1 000 \$
Fémur	1 000 \$
Hanche	1000 \$
Côte	300 \$
Sternum	300 \$
Larynx	300 \$
Trachée	300 \$
Omoplate	300 \$
Humérus	300 \$
Rotule	300 \$
Tibia	300 \$
Péroné	300 \$
Tout autre os	150 \$

La Fracture doit être diagnostiquée par un Médecin et confirmée par une radiographie au cours des trente (30) jours suivant l'accident.

Si aucune radiographie n'est présentée à l'Assureur, l'indemnité est alors limitée à cinquante pourcent (50%) du montant prévu.

Les indemnités ne sont pas cumulatives. En cas de Fractures multiples, l'Assureur paie l'indemnité pour la Fracture donnant droit au montant le plus élevé.

L'indemnité de Fracture est payable à la condition que la Personne assurée soit toujours vivante à l'expiration d'une période de trente (30) jours suivant immédiatement l'accident.

## REMBOURSEMENT DES DÉPENSES POUR LES SOINS DENTAIRES EN CAS D'ACCIDENT

Si une Personne assurée subit une Blessure à des dents saines et entières dans les trente (30) jours qui suivent la date de l'accident à l'origine de la Blessure et que, pour soigner cette Blessure, elle obtient un traitement au Canada dispensé par un dentiste ou un chirurgien-dentiste légalement autorisés à exercer leur profession, et qu'elle doit engager des dépenses liées aux soins dentaires, la Compagnie remboursera à la Personne assurée tout montant permis pour de tels services dans le barème des frais et des services de traitement des praticiens généraux de l'association des dentistes de la province ou du territoire dans lequel la Personne assurée a reçu un tel traitement.

Le remboursement ne sera fait que si :

- (a) les frais sont engagés au Canada ;
- (b) les frais sont engagés dans les cinquante-deux (52) semaines qui suivent la date de l'accident à l'origine de la Blessure ;
- (c) les frais sont engagés uniquement à des fins thérapeutiques et non de traitement facultatif ou esthétique ; et
- (d) la demande est accompagnée du formulaire original de demande de règlement soumis à la Compagnie comme preuve.

Cette prestation est en supplément de toute autre prestation similaire prévue par une autre assurance, une autre police ou un autre régime, y compris, mais sans s'y limiter, une police d'assurance automobile et tout régime fédéral ou provincial d'assurance maladie, hospitalisation ou médicaments.

Le montant maximal payable en vertu de cette garantie est de deux mille cinq cents dollars (2 500 \$) par Personne assurée pour toutes les Blessures découlant d'un (1) seul accident.

## FIN D'ASSURANCE INDIVIDUELLE

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

- (a) la date à laquelle elle ne répond plus à la définition de Personne assurée ;
- (b) le dernier jour de la période pour laquelle la prime a été payée et est exigible ;
- (c) la date à laquelle elle atteint l'âge de soixante-dix (70) ans ;
- (d) la date du décès de la Personne assurée ; et
- (e) la date de résiliation de la police collective.

## DISPOSITIONS TOUCHANT LES PRIMES

### EXIGIBILITÉ

La prime est exigible à la date d'effet de la protection et les primes subséquentes sont payables, soit :

- annuellement au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année ou ;
- mensuellement à l'avance, par prélèvement automatique entre le 14<sup>e</sup> et le 17<sup>e</sup> jour de chaque mois.

### DÉLAI DE GRÂCE

Après le paiement de la première prime, un délai de grâce de trente (30) jours est accordé pour le paiement de toute prime en souffrance. Toute prime impayée après ce délai, entraîne la résiliation de votre protection.

## EXCLUSIONS

Aucune couverture ne doit être offerte en vertu du présent contrat et aucun paiement ne doit être fait pour toute Perte ou toute demande de règlement qui découle, en tout ou en partie, ou qui soit une conséquence naturelle et probable de l'un des risques suivants faisant l'objet d'une exclusion, ou qui y soit liée, même si la cause directe ou immédiate de la Perte subie ou de la demande de règlement est une Blessure accidentelle :

- (a) le suicide ou toute tentative de suicide par la Personne assurée, qu'elle soit saine d'esprit ou non ;
- (b) des Blessures que la Personne assurée s'inflige intentionnellement ou toute tentative en ce sens, qu'elle soit saine d'esprit ou non ;
- (c) la guerre, déclarée ou non, ou tout acte de guerre ;
- (d) une maladie, une affection ou une infirmité corporelle, directement ou indirectement, à l'origine de la Perte ou de la demande de règlement ;
- (e) une incapacité mentale, directement ou indirectement, à l'origine de la Perte ou de la demande de règlement ;
- (f) une Blessure subie pendant que la Personne assurée reçoit un traitement médical ou chirurgical pour soigner une maladie, une affection ou une infirmité corporelle ou mentale ;

- (g) un accident ou un événement cérébrovasculaire, un accident ou un événement cardiovasculaire, un infarctus du myocarde ou une crise cardiaque, une thrombose coronaire, un anévrisme;
- (h) un voyage ou un vol à bord d'un appareil (y compris à l'embarquement ou au débarquement et en y montant ou en descendant) utilisé pour la navigation aérienne, si la Personne assurée :
  - (i) est un passager dans un aéronef non destiné au transport de passagers ou ne détenant pas de permis à cet effet; ou
  - (ii) exécute, apprend à exécuter ou enseigne à exécuter des manœuvres en tant que pilote ou membre de l'équipage de tout aéronef; ou
  - (iii) est un passager d'un aéronef qui appartient à la Personne assurée ou qui est loué ou exploité par ce dernier.
- (i) une infection, quelle qu'elle soit, peu importe la façon dont elle a été contractée, à l'exception d'infections bactériennes causées directement par le botulisme, l'intoxication alimentaire ou une coupure ou une Blessure accidentelles indépendantes et en l'absence de toute autre maladie, affection ou condition sous-jacentes, y compris mais sans s'y limiter, le diabète;
- (j) une Blessure subie par la Personne assurée pendant qu'elle est au service comme combattant ou non-combattant, de forces armées engagées dans des opérations de surveillance, d'entraînement, de pacification, d'insurrection, de guerre civile (qu'elle soit déclarée ou non) ou de tout acte s'y rattachant;
- (k) une Blessure subie par la Personne assurée pendant qu'elle est sous l'effet de substances intoxicantes et qu'elle conduit un véhicule ou tout autre moyen de transport ou de déplacement et que le taux d'alcoolémie soit de plus de quatre-vingt (80) milligrammes par cent (100) millilitres de sang;
- (l) une Blessure subie par la Personne assurée pendant qu'elle est sous l'effet de drogues ou de substances désignées, selon la définition figurant dans la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (Canada) à moins que leur prise soit strictement conforme aux conseils et à l'ordonnance d'un Médecin;
- (m) la perpétration ou toute tentative de perpétration d'un acte par la Personne assurée ou une Blessure subie par la Personne assurée durant la perpétration ou toute tentative de perpétration d'un tel acte qui, s'il fait l'objet d'un jugement du tribunal, serait un acte illégal aux termes des lois de la juridiction où l'acte a été commis;
- (n) un acte, toute tentative de perpétrer un acte, ou une omission commise par la Personne assurée, ou un acte, toute tentative de perpétrer un acte ou une omission commise avec le consentement de la Personne assurée dans le but d'interrompre le flux sanguin vers le cerveau de la Personne assurée ou de causer l'asphyxie de la Personne assurée, qu'il y ait ou non intention de nuire;
- (o) les causes naturelles; et
- (p) une Blessure subie au cours d'une chirurgie esthétique ou élective, et de toute complication en résultant.











UN SOUFFLE VERS **VOTRE SUCCÈS**

1205, rue Ampère, bureau 201,  
Boucherville (Québec) J4B 7M6  
Sans frais : 1 877 831-4884  
Télécopieur : 450 641-8653

[aurrea.com](http://aurrea.com)