Compagnie d'Assurance AIG du Canada
120, boulevard Bremner, bureau 2200
Toronto (Ontario) M5J 0A8
www.aig.com

Contrat d'assurance collective

Police numéro : SRG 9140579A

Compagnie d'Assurance AIG du Canada

(ci-après appelé la "**Compagnie**")

DECLARATIONS

1. **Nom du Titulaire de police :** Plan Major - PLAN E

2. **Date d'entrée en vigueur :** 00 h 01, heure locale, à l'adresse du Titulaire de police, le 1er jour du mois de septembre 2026.

3. **Date d'expiration :** 00 h 01, heure locale, à l'adresse du Titulaire de police, le 1er jour du mois de septembre 2027.

4. **Régime :** **ASSURANCE RISQUE SPÉCIAL– PROTECTION 24 HEURES**

5. **Catégories de personnes admissibles :**

- toute personne âgée de moins de quatre-vingt-cinq (85) ans et qui appartient à l'une (1) des catégories suivantes :

Catégorie	Description
I	Tous les étudiants admissibles dont les noms apparaissent aux registres du Titulaire de la police.

6. **Fréquence de paiement des primes :** *Annuelle*

7. Taux de primes et Capital assuré :

Catégories de personnes admissibles	Nombre estimé de Personnes assurées admissibles	Capital assuré pour chaque catégorie de personnes admissibles	Type de couverture	Couvertures disponibles à la catégorie de personnes admissibles
Catégorie I		10 000 $	24 heures	Décès ou mutilation par accident

8. Limite globale par accident : **500 000 $** pour un (1) accident

Moyennant le paiement des primes par le Titulaire de police, la Compagnie accepte de fournir les prestations indiquées dans le présent contrat aux personnes qui appartiennent à une catégorie de personnes admissibles, sous réserve, en tout temps, des modalités, limitations, exclusions et conditions stipulées dans le présent contrat.

Date d'émission : le 25 août 2026/er

Contresigné par _____

Représentant autorisé

DÉCLARATIONS **1**

Section 1 DÉFINITIONS **5**

1.1 DÉFINITIONS *5*

Section 2 DURÉE DE L'ASSURANCE **8**

2.1 DURÉE DU CONTRAT *8*

2.2 FIN DU CONTRAT *8*

2.3 DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE INDIVIDUELLE *8*

2.4 FIN DE L'ASSURANCE INDIVIDUELLE *9*

Section 3 PRIME **9**

Section 4 OBLIGATIONS DU TITULAIRE DE POLICE **9**

4.1 INFORMATION À FOURNIR AUX PERSONNES ASSURÉES *9*

4.2 INFORMATION À FOURNIR AU SUJET DES PERSONNES ASSURÉES *9*

4.3 ACCÈS AUX DOSSIERS *10*

Section 5 GARANTIES PRINCIPALES **10**

5.1 GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT *10*

5.2 TABLEAU DES PERTES *10*

5.3 DISPARITION *11*

Section 6 GARANTIES ADDITIONNELLES **11**

6.1 PRESTATIONS POUR FRAIS D'ÉTUDES *11*

6.2 PRESTATION POUR LE REMBOURSEMENT DE DÉPENSES PARAMÉDICALES EN CAS D'ACCIDENT *12*

6.3 REMBOURSEMENT DES DÉPENSES POUR LES SOINS DENTAIRES EN CAS D'ACCIDENT *13*

6.4 FRAIS INSTITUTIONNELS *13*

Section 7 DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE **14**

Section 8 EXCLUSIONS ET LIMITATIONS **14**

8.1 LIMITATIONS *14*

8.2 LIMITE GLOBALE PAR ACCIDENT *14*

8.3 EXCLUSIONS *14*

Section 9 DISPOSITIONS GÉNÉRALES **16**

9.1 LE CONTRAT *16*

9.2 AMENDEMENTS *16*

9.3 RENONCIATION *16*

9.4 DROIT DE RETOUR DE LA POLICE *16*

9.5 AVIS *17*

9.6 AVIS ET PREUVE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT 17
9.7 DÉFAUT DE DONNER UN AVIS OU UNE PREUVE 17
9.8 DROIT D'EXAMEN 17
9.9 PAIEMENT DES SOMMES PAYABLES 18
9.10 PRESCRIPTION DES ACTIONS 18
9.11 PAIEMENT DES DEMANDES DE RÈGLEMENT 18

Section 10 DISPOSITIONS SUPPLÉMENTAIRES 18

10.1 MONNAIE 18
10.2 CESSION 18
10.3 SANS PARTICIPATION 18
10.4 LOI APPLICABLE 19
10.5 CONFORMITÉ AUX LOIS APPLICABLES 19

SECTION 1
DÉFINITIONS

1.1 DÉFINITIONS

Les termes utilisés dans la présente police sont définis comme suit :

Par **« Activité approuvée »**, on entend un événement ou une activité qui se déroule selon les directives et avec l'approbation du Titulaire de police.

Par **« Aéronef »**, on entend un moyen de transport destiné à la navigation aérienne, possédant un certificat de navigabilité valide et qui est piloté par un pilote titulaire d'une licence valide d'exploitation de l'aéronef.

Par **« Aéronef en propriété »**, on entend un aéronef dont le Titulaire de police ou l'Employeur (ou toute société connexe, filiale, société mère, directeur, cadre ou employé ou membre de la famille d'un cadre ou d'un employé du Titulaire de la police, de l'Employeur ou d'une entité similaire) détient la propriété légale ou la propriété en équité de sorte que ledit Titulaire de police ou Employeur ou ladite entité similaire puisse utiliser, modifier ou vendre l'aéronef comme ils le souhaitent.

Par **« Aéronef loué »**, on entend un aéronef dont le propriétaire est une autre personne que l'Employeur de l'Employé assuré et qui est utilisé par le Titulaire de police ou l'Employeur aux termes d'un contrat à durée déterminée pour une durée déterminée.

Par **« Aéronef privé »**, on entend un aéronef dont le Titulaire de police ou l'Employeur (ou toute société connexe, filiale, société mère, directeur, cadre ou employé ou membre de la famille d'un cadre ou d'un employé du Titulaire de la police, de l'Employeur ou d'une entité similaire) détient la propriété légale ou la propriété en équité de sorte que ledit Titulaire de police ou Employeur ou ladite entité similaire puisse utiliser, modifier ou vendre l'aéronef à son gré.

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 **« Capital assuré »**, on entend le montant indiqué dans les Déclarations comme étant le « Capital assuré » correspondant à la catégorie des personnes admissibles à laquelle appartient la Personne assurée.

Par **« Compagnie »**, on entend la Compagnie d'Assurance AIG du Canada.

Par **« Conjoint »**, on entend une personne âgée de moins de quatre-vingt-cinq (85) ans :

(a) qui est légalement mariée à la Personne assurée, ou, en l'absence d'une telle personne;

(b) une personne qui n'est pas légalement mariée à la Personne assurée mais qui cohabite avec lui depuis au moins un an (1) et qui est représentée en public comme le partenaire conjugal de la Personne assurée dans la communauté où ils vivent.

Par **« Date d'entrée en vigueur »**, on entend la date indiquée comme étant la Date d'entrée en vigueur dans les Déclarations.

Par **« Déclarations »**, on entend les Déclarations en rapport avec le présent contrat, qui figurent à la page (1) de ce document.

Par **« Enfant à charge »**, on entend un enfant de sang (légitime ou non), un enfant adopté ou un enfant d'un autre lit de la Personne assurée ou tout enfant pour qui la Personne assurée tient le rôle de parent, à condition que :

(a) l'enfant soit âgé de moins de vingt-trois (23) ans, qu'il soit célibataire et dépende de la Personne assurée pour son soutien et sa subsistance et qu'il n'exerce pas d'emploi rémunéré de plus de vingt-cinq (25) heures par semaine au moment de la Perte;

(b) l'enfant soit âgé de moins de vingt-six (26) ans, qu'il soit célibataire, qu'il fréquente un Établissement d'enseignement supérieur et qu'il dépende de la Personne assurée pour son maintien et sa subsistance et qu'il n'exerce pas d'emploi rémunéré de plus de vingt-cinq (25) heures par semaine au moment de la Perte; ou

(c) l'enfant ne puisse pas, pour des raisons d'infirmité mentale ou physique, exercer un emploi qui lui permet de subvenir à ses besoins et qu'il soit considéré comme un Enfant à charge de la Personne assurée au sens de la *Loi de l'impôt sur le revenu* du Canada.

Par **« Établissement d'enseignement supérieur »**, on entend, aux présentes, sans s'y limiter, une université, un collège d'enseignement postsecondaire ou une école de métiers et tout collège d'enseignement général et professionnel.

Par **« Famille immédiate »**, on entend une personne qui a des liens de parenté avec la Personne assurée de l'une des manières suivantes : elle est son Conjoint ou sa Conjointe, son beau-frère, sa belle-sœur, son gendre, sa belle-fille, sa belle-mère, son beau-père, sa mère ou son père (y compris le Conjoint de la mère ou du père), son frère ou sa sœur (y compris l'enfant du Conjoint) ou son enfant (y compris un enfant légalement adopté ou l'enfant du Conjoint).

Par **« Hôpital »**, on entend un établissement qui :

(a) détient un permis d'exploitation à titre d'Hôpital (si un permis est exigé dans le territoire de compétence);

(b) est en exploitation principalement pour assurer l'accueil, les soins et le traitement des personnes malades ou blessées à titre de patients hospitalisés;

(c) fournit des services de soins infirmiers vingt-quatre (24) heures par jour dispensés par des infirmiers autorisés ou des infirmiers diplômés;

(d) compte parmi son personnel au moins un (1) Médecin dûment qualifié disponible en tout temps;

(e) fournit des installations organisées pour le diagnostic et pour les interventions chirurgicales majeures;

(f) n'est pas principalement une clinique, une maison de soins infirmiers, une maison de repos ou de convalescence ou un établissement similaire; et

(g) n'est pas, sauf accessoirement, un lieu de traitement pour les alcooliques ou les toxicomanes.

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 traitement médicaux et à prescrire

des médicaments dans le lieu où il ou elle offre des services médicaux. Les personnes suivantes ne sont pas considérées comme un médecin : naturopathe, herboriste et homéopathe.

Par **« Personne assurée »**, on entend une personne appartenant à l'une des catégories de personnes admissibles indiquées dans les Déclarations à condition que son nom figure dans les dossiers du Titulaire de police en tant que Personne assurée ou Membre assuré aux termes du présent contrat.

Par **« Perte »,** on entend les définitions suivantes :

(a) par **« Quadriplégie »**, **« Paraplégie »** et **« Hémiplégie »**, on entend la paralysie complète et irréversible des membres du corps visés;

(b) par **« Main »** ou **« Pied »**, on entend 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;

(c) par **« Bras »** ou **« Jambe »**, on entend le sectionnement total à l'articulation du coude ou du genou ou au-dessus;

(d) par **« Pouce»** ou **«Index»**, on entend le sectionnement total à la première (1re) phalange ou au-dessus;

(e) par **« Doigts »**, on entend le sectionnement total à la première (1re) phalange, ou au-dessus, des quatre (4) Doigts d'une Main;

(f) par **« Orteil »**, on entend le sectionnement total de deux (2) phalanges de tous les Orteils d'un (1) Pied;

(g) par **« la Vue complète d'un (1) oeil »**, on entend la Perte totale et irrémédiable de la Vue de façon à ce que l'acuité visuelle corrigée de cet œil soit égale ou inférieure à 20/200;

(h) par **« la Vue complète des deux (2) yeux »**, on entend la Perte totale et irréversible de la Vue des deux yeux de façon à ce que l'acuité visuelle corrigée des deux yeux soit inférieure ou égale à 20/200 et que le champ visuel soit inférieur à vingt (20) degrés dans les deux yeux. Un ophtalmologue qualifié doit confirmer cliniquement le diagnostic par écrit;

(i) par **« l'Ouïe d'une (1) oreille »**, on entend le diagnostic de Perte permanente de l'Ouïe d'une (1) oreille, le seuil auditif excédant quatre-vingt-dix (90) décibels. Un oto-laryngologiste qualifié doit confirmer un tel diagnostic par écrit;

(j) par **« l'Ouïe »**, on entend le diagnostic de la Perte permanente de l'Ouïe des deux (2) oreilles, le seuil auditif excédant quatre-vingt-dix (90) décibels dans chaque oreille. Un oto-laryngologiste qualifié doit confirmer le diagnostic par écrit;

(k) par **« Perte de la parole»**, on entend la Perte totale et irrémédiable de la capacité d'émettre des sons intelligibles; et

(l) par **« Perte de l'usage»**, on entend la Perte totale et irrémédiable de l'usage; cette Perte doit être continue pendant douze (12) mois consécutifs à la fin desquels elle doit être déclarée permanente.

Par **« Perte »**, utilisée dans les présentes, on entend aussi la « Perte de la vie ».

Par **« Tableau des pertes »**, on entend le tableau qui figure à la section 5.2 du présent contrat.

Par **« Véhicule de tourisme »**, on entend tout moyen de transport non utilisé à des fins commerciales qui est tiré, propulsé ou mû par quelque moyen que ce soit, y compris les automobiles, les camions, les motocyclettes, les mobylettes, les motoneiges et les bateaux.

Par **« Vol d'affrètement »**, on entend un voyage aérien nolisé pour un voyage spécifique ou une partie d'un voyage, et le voyage aérien ne fait pas partie du vol régulier d'une compagnie aérienne.

Afin d'alléger le texte, le masculin englobe le féminin dans ce document.

SECTION 2
DURÉE DE L'ASSURANCE

2.1 DURÉE DU CONTRAT

Le présent contrat commence à la Date d'entrée en vigueur et, à moins qu'il ne prenne fin ou qu'il ne soit annulé en vertu des modalités du contrat, il est maintenu en vigueur jusqu'au dernier jour de la période pour laquelle la prime a été payée.

2.2 FIN DU CONTRAT

(a) Le Titulaire de police peut mettre fin au contrat en envoyant à la Compagnie un préavis par écrit à cet effet au moins trente et un (31) jours à l'avance, par courrier recommandé à l'adresse du siège social de la Compagnie, auquel cas, le contrat prend fin à la date indiquée dans le préavis à 00 h 01 à l'adresse du Titulaire de police. Dans le cas où le Titulaire de police demande la résiliation du contrat, la Compagnie doit rembourser, le cas échéant, le montant de la prime qui excède la prime pour la période durant laquelle la police a été en vigueur, conformément au tableau des primes à courte échéance utilisé par la Compagnie au moment de la résiliation.

(b) La Compagnie peut résilier le contrat en tout temps à condition de fournir au Titulaire de police un préavis par écrit à cet effet au moins trente et un (31) jours à l'avance, auquel cas, le contrat prend fin à 00 h 01 à l'adresse du Titulaire de police à la date indiquée sur le préavis. Tout avis de résiliation du contrat fourni au Titulaire de police par la Compagnie lie chaque Personne assurée tout comme s'il avait été envoyé directement à chaque Personne assurée. Le Titulaire de police doit régler une prime au pro rata correspondant à la fraction du mois pendant laquelle le contrat est en vigueur.

2.3 DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE INDIVIDUELLE

L'assurance d'une personne entre en vigueur à la dernière des dates suivantes :

(a) la date à laquelle la personne répond à la définition d'une Personne assurée;

(b) la date demandée par le Titulaire de police; et

(c) la Date d'entrée en vigueur du présent contrat.

Si une personne fait nouvellement partie d'une catégorie de Personnes assurées, tel qu'il est indiqué dans les Déclarations, ou passe d'une catégorie à une autre, tout changement corrélatif de l'assurance prévue aux présentes entre en vigueur à la date d'effet d'un tel changement.

2.4 FIN DE L'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) la date à laquelle elle n'appartient plus à la catégorie de personnes admissibles indiquée dans les Déclarations; et

(c) la date à laquelle ce contrat prend fin.

SECTION 3
PRIME

(a) Si le Titulaire de police règle la prime sur une base mensuelle, il doit payer toutes les primes requises à terme échu et au plus tard le quinzième (15e) jour de chaque mois, en commençant par le mois qui suit le mois durant lequel tombe la Date d'entrée en vigueur.

(b) Si le Titulaire de police règle la prime sur une base annuelle, il doit payer toutes les primes requises au plus tard le soixantième (60e) jour qui suit la Date d'entrée en vigueur . En cas de changement de la protection, toute prime additionnelle doit être payée au plus tard le soixantième (60e) jour qui suit la date d'effet d'un tel changement.

(c) Si toutes les primes requises ne sont pas réglées durant la période indiquée à la Section 3 (b), le présent contrat et l'assurance qu'elle prévoit n'entrent pas en vigueur. Si toutes les primes requises ne sont pas réglées selon les modalités stipulées à la Section 3 (b), le présent contrat prend fin à l'expiration du délai prévu à cette section pour le paiement de la prime; le Titulaire de police sera redevable du paiement de toutes les primes cumulées jusqu'à la date de fin du présent contrat et devra les payer à la Compagnie.

(d) La Compagnie peut, par l'envoi d'un avis au Titulaire de police, modifier le taux de calcul de la prime indiqué dans les Déclarations. La Compagnie doit fournir au Titulaire de police un avis écrit l'informant du changement au moins soixante (60) jours à l'avance.

SECTION 4
OBLIGATIONS DU TITULAIRE DE POLICE

4.1 INFORMATION À FOURNIR AUX PERSONNES ASSURÉES

Le Titulaire de police doit informer les Personnes assurées de la protection fournie aux termes du présent contrat ainsi que des limitations et exclusions qui sont prévues. Il doit s'acquitter de cette obligation dans un document, imprimé ou électronique, qu'il doit fournir à chaque Personne assurée. En cas de modification des modalités du présent contrat, le Titulaire de police doit également fournir aux Personnes assurées un document additionnel ou modifié faisant état de la modification. La Personne assurée et tout demandeur peut demander une copie de la Police collective (exception faite des renseignements commerciaux confidentiels ou d'autres renseignements exempts de l'obligation de divulguer par la loi applicable).

4.2 INFORMATION À FOURNIR AU SUJET DES PERSONNES ASSURÉES

Le Titulaire de police doit fournir à la Compagnie, à sa demande, tous les renseignements dont la Compagnie a besoin pour la bonne administration de l'assurance prévue aux termes du présent contrat, y compris mais sans s'y limiter à la liste exacte des noms et adresses des Personnes assurées et l'information nécessaire

pour déterminer le Capital assuré d'une Personne assurée, le montant de prestations payables en vertu de la présente et la prime correspondant à chaque Personne assurée.

4.3 ACCÈS AUX DOSSIERS

Sur réception d'un préavis écrit raisonnable fourni par la Compagnie au Titulaire de police, celui-ci doit donner à la Compagnie accès à ses dossiers et tous autres renseignements sur les Personnes assurées afin que la Compagnie puisse vérifier l'admissibilité ainsi que toute prestation à verser et la prime à exiger aux termes du présent contrat.

SECTION 5
GARANTIES PRINCIPALES

5.1 GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT

La Compagnie doit payer le montant figurant dans le Tableau des pertes si, par suite d'une Blessure, la Personne assurée subit une Perte indiquée dans le tableau, à condition que :

(a) la Perte se produise dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent la date de l'accident à l'origine de la Perte;

(b) le montant des prestations à payer pour une telle Perte corresponde à la partie du Capital assuré indiquée dans le Tableau des pertes pour le type de Perte en question; et

(c) en cas de plusieurs Pertes subies par suite d'un (1) accident, seule la prestation la plus élevée soit payée.

5.2 TABLEAU DES PERTES

Perte de la vie	Le Capital assuré
Perte des deux Mains ou des deux Pieds	Le Capital assuré
Perte de la Vue complète des deux yeux	Le Capital assuré
Perte d'une Main et d'un Pied	Le Capital assuré
Perte d'une Main et de la Vue complète d'un oeil	Le Capital assuré
Perte d'un Pied et de la Vue complète d'un oeil	Le Capital assuré
Perte d'un Bras ou d'une Jambe	Quatre cinquièmes du Capital assuré
Perte d'une Main ou d'un Pied	Trois quarts du Capital assuré
Perte de la Vue complète d'un oeil	Trois quarts du Capital assuré
Perte du Pouce et de l'Index d'une même Main	Un tiers du Capital assuré
Perte de la Parole et de l'Ouïe	Le Capital assuré
Perte de la Parole ou de l'Ouïe	Trois quarts du Capital assuré
Perte de l'Ouïe d'une oreille	Deux tiers du Capital assuré
Perte des quatre Doigts d'une Main	Un tiers du Capital assuré
Perte de tous les Orteils d'un Pied	Un quart du Capital assuré

Perte de l'usage

Perte de l'usage des deux Bras ou des deux Mains	Le Capital assuré
Perte de l'usage d'une Main ou d'un Pied	Trois quarts du Capital assuré
Perte de l'usage d'un Bras ou d'une Jambe	Quatre cinquièmes du Capital assuré

Paralysie

Quadriplégie (paralysie totale des deux membres supérieurs et des deux membres inférieurs)	Deux fois le Capital assuré jusqu'à concurrence d'un million de dollars
Paraplégie (paralysie totale des deux membres inférieurs)	Deux fois le Capital assuré jusqu'à concurrence d'un million de dollars
Hémiplégie (paralysie totale d'un membre supérieur et d'un membre inférieur du même côté du corps)	Deux fois le Capital assuré jusqu'à concurrence d'un million de dollars

5.3 DISPARITION

Si le corps d'une Personne assurée n'est pas retrouvé dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent l'atterrissage forcé, l'échouement, le naufrage ou la destruction d'un moyen de transport à bord duquel elle se trouvait, il sera présumé aux fins du présent contrat, et en l'absence d'une preuve contraire, que la Personne assurée a perdu la vie.

SECTION 6
GARANTIES ADDITIONNELLES

Sous réserve des conditions relatives à chacune des garanties additionnelles ci-dessous, la Compagnie doit verser des prestations supplémentaires, jusqu'à concurrence du montant précisé dans chaque cas, si la Personne assurée subit une Blessure.

6.1 PRESTATIONS POUR FRAIS D'ÉTUDES

Si, au plus tard trente (30) jours après l'accident, l'assuré est hospitalisé ou doit garder le lit chez lui, pendant au moins 14 jours et ainsi, s'absentant au moins vingt (20) jours de classe consécutifs, l'assureur s'engage à payer les frais supportés, jusqu'à concurrence de six (6) mois après l'accident, pour embaucher un professeur qualifié, qui n'a aucun lien de parenté avec l'assuré et qui ne vit pas chez lui, qui a un permis en règle, correspondant au niveau de l'assuré, délivré par le ministère de l'Éducation. Le taux maximal est de vingt dollars (20 $) l'heure, jusqu'à concurrence de trois cents dollars (300 $).

6.2 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 légalement autorisé à exercer la médecine au Canada et que, par suite d'une telle Blessure, elle doive engager des dépenses pour l'un des services suivants sur la recommandation d'un Médecin légalement autorisé à exercer la médecine, 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 un maximum de trois cents dollars (300 $) par Personne assurée pour toutes les Blessures découlant d'un (1) seul accident;

(f) les médicaments et produits médicaux sur ordonnance (sauf dans la province du Québec);

(g) les frais pour les prothèses auditives, les béquilles, les attelles, les plâtres, les minerves et les supports orthopédiques, à l'exclusion de leur remplacement; et

(h) les frais pour les services d'un chiropraticien autorisé. Ces prestations sont payables jusqu'à un remboursement maximal de trois cents dollars (300 $) par Personne assurée pour toutes les Blessures découlant d'un seul (1) accident.

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; et

(d) la demande est accompagnée des reçus à l'appui, 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 dix mille dollars (10 000 $) par Personne assurée pour toutes les Blessures découlant d'un seul accident.

6.3 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 doive 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 engages 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 cinq mille dollars (5 000 $) par Personne assurée pour toutes les Blessures découlant d'un (1) seul accident

6.4 FRAIS INSTITUTIONNELS

La Compagnie remboursera la portion des frais non-remboursables des frais institutionnels chargés par un Établissement d'enseignement supérieur pour le terme, si une Personne assurée subit une Blessure résultant soit :

(i) une Perte pour laquelle la Compagnie a versé des prestations conformément au Tableau des pertes ; ou

(ii) la Personne assurée étant dans l'impossibilité d'assister au cours, d'effectuer des travaux scolaires ou des examens en raison de la gravité de la Blessure et en conséquence, la Personne assurée est incapable de terminer la session scolaire en cours.

Cette prestation ne s'applique pas si la Personne assurée est incapable de terminer la session scolaire pour des raisons qui ne résultent pas directement d'une Blessure, y compris, mais sans y limiter la maladie.

Le montant maximal payable en vertu de cette garantie est de 50% des frais institutionnels chargés (excluant les frais de chambre et de repas) jusqu'à un maximum de 1 250,00 $.

La Compagnie remboursera l'Établissement d'enseignement supérieur sur réception d'une facture impayée pour la session scolaire ou la personne qui a engagé les frais institutionnels réels, sur réception d'une preuve de paiement pour le terme de cette session.

SECTION 7
DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

La Personne assurée peut désigner un bénéficiaire qui recevra le montant payable en vertu de la présente police d'assurance à son décès. En l'absence d'une telle désignation, les prestations en cas de décès d'une Personne assurée sont payables à la succession de la Personne assurée.

SECTION 8
EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

8.1 LIMITATIONS

Le Capital assuré est le montant maximal payable par Personne assurée en vertu de la présente assurance pour toute Perte subie par une (1) Personne assurée par suite d'un (1) accident, à l'exception de la Quadriplégie, de la Paraplégie et de l'Hémiplégie, auquel cas le montant maximal payable par Personne assurée équivaut au montant approprié indiqué dans le Tableau des pertes. Cette limitation ne s'applique pas aux garanties additionnelles définies à la Section 6 qui sont assujetties à d'autres limites spécifiques.

8.2 LIMITE GLOBALE PAR ACCIDENT

Le montant maximal payable par la Compagnie en vertu du présent contrat pour deux (2) ou plusieurs Personnes assurées qui subissent une Blessure par suite d'un seul accident est le montant équivalant à la limite globale par accident défini dans les Déclarations.

Si les prestations totales que la Compagnie doit payer dépassent la limite globale par accident, la Compagnie n'est pas tenue de payer à une (1) Personne assurée tout montant dépassant cette limite globale par accident. Les prestations de chaque Personne assurée doivent correspondre à la partie des prestations à laquelle elle aurait normalement eu droit en vertu de la présente. Cette partie équivaut au montant que la Compagnie aurait payé à la Personne assurée en vertu de la présente par rapport à ce qu'elle aurait payé, en vertu de la présente, à toutes les Personnes assurées ayant subi une Blessure dans un tel accident s'il n'y avait pas de limite globale par accident.

8.3 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, si elle est saine d'esprit;

(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 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;

(f) 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;

(g)

(i) un voyage ou un vol à bord d'un appareil (y compris à l'embarquement ou au débarquement et en y montant ou en en descendant) utilisé pour la navigation aérienne, si l'Employé assuré :

a) voyage en tant que passager à bord d'un aéronef non destiné au transport de passagers ou ne détenant pas de permis à cet effet; ou
b) exécute, apprend à exécuter ou enseigne à exécuter des manœuvres en tant que pilote ou membre de l'équipage de tout aéronef; ou
c) voyage en tant que passager à bord d'un aéronef privé, loué ou vol d'affrètement.

(ii) un voyage ou un vol (y compris à l'embarquement ou au débarquement et en y montant ou en en descendant) de tout aéronef ou de tout engin conçu pour voler, planer ou se mouvoir en altitude au-dessus de la surface du sol:

a) sauf en tant que passager à bord d'un vol commercial d'une compagnie aérienne à horaire régulier; ou
b) être utilisé pour l'épandage, pulvériser ou ensemencer, lutter contre le feu, patrouiller la circulation, l'inspection des pipelines ou des lignes électriques, la photographie aérienne ou l'exploration, les courses, les tests d'endurance, les vols acrobatiques; ou
c) opérant vers ou depuis des sites d'atterrissage en mer; ou
d) utilisé pour une opération nécessitant un permis spécial de la Direction de l'aviation civile de Transports Canada, même si ce dernier est accordé (cela ne s'applique pas si le permis n'est requis que pour survoler un territoire ou pour un besoin d'atterrissage).

(h) 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;

(i) une Blessure subie par la Personne assurée pendant qu'elle est au service actif à plein temps des forces armées ou des forces de réserve organisées d'un pays ou d'une autorité internationale quelconques. (Sur demande du Titulaire de police, la Compagnie remboursera toute prime non acquise se rapportant à une période pendant laquelle la Personne assurée est en service actif à temps plein);

(j) 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;

(k) 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 autorisé;

(l) 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;

(m) 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;

(n) les causes naturelles.

L'assureur n'est pas responsable d'offrir toute protection d'assurance ou de verser toute indemnité aux termes des présentes si cela constituerait une contravention à toute loi ou à tout règlement portant sur les sanctions qui pourrait exposer l'assureur, sa société mère ou son organisme de contrôle ultime à des pénalités au sens des lois et des règlements sur les sanctions.

SECTION 9
DISPOSITIONS GÉNÉRALES

9.1 LE CONTRAT

Le contrat entre le Titulaire de police et la Compagnie comprend ce qui suit :

(a) le présent document, y compris les Déclarations; et

(b) tout amendement au présent document émis par la Compagnie.

Le contrat peut être révisé ou modifié sans le consentement des Personnes assurées.

9.2 AMENDEMENTS

Seul l'agent principal de la Compagnie ou un représentant autorisé a le droit de renoncer à une partie du contrat ou de la modifier au nom de la Compagnie.

9.3 RENONCIATION

La Compagnie est réputée n'avoir renoncé à aucune condition du présent contrat, en tout ou en partie, à moins que la renonciation ne soit faite expressément par écrit et qu'elle soit signée par la Compagnie.

9.4 DROIT DE RETOUR DE LA POLICE

Le Titulaire de police a le droit de retourner la présente police pour quelque raison au plus tard :1) dans les quinze (15) jours suivant la date de sa réception; ou 2) dans les quinze (15) jours suivant la date d'entrée en vigueur de la couverture, selon ce qui survient en dernier. La police peut être retournée à la Compagnie par courrier électronique ou en personne. Toute prime payée sera remboursée et la police sera traitée comme si elle n'avait jamais été émise.

9.5 AVIS

Tout avis requis ou autorisé qui est destiné ou expédié par le Titulaire de police ou la Compagnie aux termes du présent contrat doit être fait par écrit et doit être considéré comme ayant été proprement donné s'il est envoyé par courrier recommandé prépayé à la partie pertinente dont l'adresse est indiquée ci-dessous ou s'il est télécopié au numéro de télécopieur indiqué ci-dessous :

Coordonnées du Titulaire de police : **Plan Major**

Coordonnées de la Compagnie : **Compagnie d'Assurance AIG du Canada**
2 000, avenue McGill College, bureau #920
Montréal (Québec) H3A 3H3

9.6 AVIS ET PREUVE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Le Titulaire de police ou son mandataire, ou un bénéficiaire ayant le droit de présenter une demande de règlement, ou son mandataire, doit donner un avis écrit de demande de règlement à la Compagnie soit en livrant un tel avis, soit en l'envoyant pas courrier recommandé au siège social de la Compagnie ou à l'adresse indiquée dans la section 9.5;

(a) au plus tard trente (30) jours à partir de la date de l'accident;

(b) dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours à partir de la date de l'accident ou de la Blessure, il doit fournir à la Compagnie une preuve de demande de règlement tel qu'il est raisonnablement possible de le faire dans les circonstances dans lesquelles s'est produit l'accident ou la Blessure qui en a découlé, et

(c) à la demande de la Compagnie, il doit fournir une attestation signée par un Médecin légalement autorisé à exercer la médecine concernant la cause et la nature de l'accident ou de la Blessure qui en a découlé, qui sont à l'origine de la demande de règlement, et précisant la durée de la Blessure ou de la Perte.

9.7 DÉFAUT DE DONNER UN AVIS OU UNE PREUVE

Le défaut de donner un avis de demande de règlement ou de fournir une preuve de demande de règlement dans les délais prescrits à la section 9.6 n'annulera pas la validité de la demande si l'avis ou la preuve est donné ou fourni aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire et en aucun cas après une période d'une année à partir de la date de l'accident ou de la Blessure et s'il est montré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner l'avis ou de fournir la preuve dans les délais prescrits.

9.8 DROIT D'EXAMEN

La Compagnie a le droit, et toute Personne assurée présentant une demande de règlement doit lui en accorder la possibilité, de faire subir à la Personne assurée un examen aussi souvent qu'elle juge raisonnable de le faire durant l'étude d'une demande de règlement faite aux termes de la présente et, en cas de décès d'une Personne assurée, de demander une autopsie sous réserve des lois sur les autopsies dans la province de résidence de la Personne assurée.

9.9 PAIEMENT DES SOMMES PAYABLES

La Compagnie versera toutes les sommes payables en vertu du présent contrat, dans un délai de soixante (60) jours à compter de la réception d'une preuve de demande de règlement suffisante ainsi que d'une preuve établissant la personne ayant droit aux prestations en rapport avec cette demande de règlement.

9.10 PRESCRIPTION DES ACTIONS

Toute action intentée ou procédure engagée contre un assureur pour le recouvrement d'indemnités payables aux termes du contrat d'assurance est absolument interdite à moins qu'elle ne soit entamée dans les délais prévus par l'Insurance Act (dans le cas d'actions ou de procédures régies par les lois de l'Alberta et de la Colombie-Britannique), par The Insurance Act (dans le cas d'actions ou de procédures régies par les lois du Manitoba), par la Loi de 2002 sur la prescription des actions (dans le cas d'actions ou de procédures régies par les lois de l'Ontario), ou par d'autres lois applicables. Dans le cas d'actions ou de procédures régies par les lois du Québec, le délai de prescription est indiqué dans le Code civil du Québec.

9.11 PAIEMENT DES DEMANDES DE RÈGLEMENT

La prestation en cas de décès est payable conformément aux dispositions de la Section 7 .

À moins d'indication contraire aux présentes :

(a) tout autre cumul des prestations payables mais non encore versées à la date du décès de la Personne assurée sont payables à la succession de cette dernière; et

(b) toutes les autres prestations sont payables à la Personne assurée.

SECTION 10
DISPOSITIONS SUPPLÉMENTAIRES

10.1 MONNAIE

Toutes les sommes payables en vertu du présent contrat doivent l'être dans la monnaie ayant cours légal au Canada, à moins d'indication contraire.

10.2 CESSION

Le Titulaire de police ne peut pas céder le présent contrat sans le consentement de la Compagnie.

Ni l'assurance prévue aux présentes ni les prestations payables ne peuvent être cédées.

10.3 SANS PARTICIPATION

Ni le Titulaire de police ni la Personne assurée ne peuvent participer au profit ou à l'excédent réalisés par la Compagnie.

10.4 LOI APPLICABLE

La relation entre la Compagnie et le Titulaire de police doit être régie par les lois de la province de l'Ontario et doit leur être conforme.

La relation entre la Compagnie et toute Personne assurée doit être assujettie aux lois de la province ou du territoire de résidence de la Personne assurée au Canada à la date à laquelle son assurance en vertu du présent contrat entre en vigueur.

10.5 CONFORMITÉ AUX LOIS APPLICABLES

Toute disposition de la présente police qui entre en conflit avec toute loi fédérale, provinciale ou territoriale ou toute autre loi applicable du lieu de résidence de la Personne assurée est modifiée par les présentes afin de se conformer aux exigences minimales de la loi en question.

EN FOI DE QUOI, la **Compagnie** a fait signer et certifier ce contrat d'assurance, mais ce contrat ne sera pas valide à moins d'avoir été contresigné aux conditions particulières par l'un des représentants dûment autorisés de la **Compagnie**.



Président et Chef de la direction
Compagnie d'Assurance AIG du Canada

Ce contrat d'assurance ne sera pas valide à moins d'avoir été contresigné ci-bas ou au bas de la page des conditions particulières par l'un des représentants dûment autorisés de la Compagnie, au moment de l'émission. Malgré toute clause contraire contenue dans ce contrat, ce dernier est assujetti aux dispositions générales énoncées dans la loi sur les assurances régissant les contrats d'assurance contre la maladie et les accidents.