

Libellé de police

Table des matières

Contrat d'assurance	3
Clause de sanction, de restriction et d'exclusion de couverture	3
Avis important concernant la loi sur la protection du patient et les soins abordables	3
Zone territoriale de la garantie : Dans le monde entier*.	3
Date d'entrée en vigueur et durée du contrat d'assurance	3
Résiliation du contrat d'assurance	3
Admissibilité	3
Période de protection	4
Remboursement de la prime	4
Définitions	4
Exclusions de couverture	7
Exclusion du terrorisme nucléaire, chimique ou biologique	8
Exclusion de la guerre et du terrorisme	9
Tableau résumant les montants des prestations maximales	10
Fracture ou mutilation	12
Maladie grave	12
Équipement médical	12
Voyage	13
Prestations pour soins dentaires	14
Demandes de remboursement de soins médicaux ou dentaires	15
Décès et mutilation accidentels	16
Conditions légales	19
Code des droits et responsabilités du consommateur	26
Avis relatif aux renseignements personnels	29

Contrat d'assurance

En contrepartie du paiement de la prime, les Assureurs conviennent avec le titulaire de police de rembourser jusqu'aux limites détaillées dans la présente police les pertes survenues pendant la durée de la police, sous réserve de toutes les exceptions, restrictions et dispositions du présent Contrat.

Tout mot défini à la partie des définitions a la même signification dans tout le présent document. Les sommes indiquées dans la présente police sont en **dollars canadiens (\$ CAN)**.

Clause de sanction, de restriction et d'exclusion de couverture

Aucun (ré)Assureur ne peut fournir une assurance et aucun (ré)Assureur ne sera tenu de d'indemniser un sinistre ou de verser des prestations en vertu des présentes si la fourniture de cette assurance, le versement d'indemnités ou de prestations l'exposerait à une sanction, une interdiction ou une restriction en vertu des résolutions des Nations Unies ou des sanctions, lois ou règlements commerciaux et économiques de l'Union européenne, du Royaume-Uni ou des États-Unis d'Amérique.

LMA 3100

Avis important concernant la loi sur la protection du patient et les soins abordables

Cette assurance n'est pas assujettie à la *Patient Protection and Affordable Care Act (ACA)* des États-Unis et ne garantit aucune prestation d'assurance garantie par cette loi. Cette assurance ne garantit pas de couverture essentielle minimale en vertu de l'ACA et aucun Assureur ne peut en garantir une. Aucune prestation ne sera versée en plus de celles spécifiées dans les documents de la police. Cette assurance n'est pas soumise à une garantie d'émission ou de renouvellement autre que celle spécifiée dans la police.

L'ACA exige de certains citoyens et résidents américains qu'ils obtiennent une couverture d'assurance maladie conforme à l'ACA. Dans certaines circonstances, des sanctions peuvent être imposées aux personnes qui ne maintiennent pas la couverture exigée par l'ACA. Vous devez consulter votre avocat ou votre fiscaliste pour savoir si vous êtes assujetti à l'ACA. Si la couverture fournie par ce régime est modifiée par l'Assureur et qu'elle n'est plus assujettie aux exigences de l'ACA, nous vous en informerons immédiatement.

Zone territoriale de la garantie : Dans le monde entier*.

***Dans le monde entier** : tous les pays du monde.

Date d'entrée en vigueur et durée du contrat d'assurance

Le présent Contrat d'assurance prend effet à 12 h, heure locale, à la date indiquée dans la demande d'assurance ou à la date d'approbation de l'assurance, date à partir de laquelle tous les mois Assurés sont calculés. Il reste en vigueur pendant la période pour laquelle la prime a été payée. L'assurance est renouvelable, sous réserve de l'approbation de l'Assureur, pour de nouvelles périodes consécutives ne dépassant pas douze (12) mois, moyennant le paiement de la prime au taux et au montant déterminés au moment du renouvellement par l'Assureur.

Résiliation du contrat d'assurance

Le présent Contrat d'assurance est résiliable au cours des dix (10) jours suivant l'achat de l'assurance et la prime est remboursée en totalité s'il n'y a aucune demande d'indemnité en cours de traitement.

Admissibilité

Assuré

Pour bénéficier de la couverture, l'Assuré doit

- a. avoir au moins 6 mois;
- b. avoir moins de 27 ans;
- c. être résident canadien;
- d. être inscrit dans le dossier de l'administrateur du régime comme étant Assuré en vertu de la présente police pendant la période de couverture

L'Assuré de plus de 18 ans doit être étudiant à temps plein ou l'avoir été au cours des 12 mois précédant une demande d'indemnisation.

Période de protection

La protection commence à la date la plus éloignée entre

- la date à laquelle l'administrateur du régime confirme que l'Assuré est Assuré en vertu de la police et
- la date d'entrée en vigueur indiquée sur les documents de confirmation d'assurance.

La protection prend fin à la date la plus rapprochée entre

- la date d'échéance indiquée dans les documents de confirmation de protection de l'Assuré;
- la date à laquelle la prime exigible est impayée et à laquelle un avis réglementaire a été envoyé à l'Assuré;
- la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge de 28 ans;
- la date à laquelle il existe des preuves raisonnables d'une utilisation frauduleuse de la carte d'assurance.

Remboursement de la prime

L'Assuré a droit à un remboursement complet de la prime d'assurance, moins les frais administratifs, si la demande d'annulation est reçue au cours des dix (10) jours suivant l'achat de l'assurance, à condition qu'il n'y ait aucune demande d'indemnisation en cours de traitement.

Définitions

Accident : événement inattendu et indépendant de la volonté de l'Assuré.

Prestations : sommes versées par l'Assureur à la suite d'un sinistre en vertu de la présente police.

Confirmation de couverture : document qui identifie l'Assuré.

Dentiste : personne, autre qu'un membre de la famille, qui est légalement habilitée à exercer la médecine dentaire dans le lieu où les services sont fournis.

Services diagnostiques : tests de laboratoire, services de radiologie, radiographies et examens en médecine nucléaire servant à diagnostiquer et traiter des maladies.

Invalidité : incapacité d'exercer les fonctions principales d'un emploi compte tenu de la formation, des compétences et de l'expérience de l'Assuré.

Date d'entrée en vigueur : date à laquelle la couverture en vertu de la police commence.

Traitement d'urgence : soins médicaux immédiats, administrés par un médecin, nécessaires pour prévenir ou réduire un danger menaçant la vie ou la santé.

Pays d'origine* : pays pour lequel l'Assuré détient un passeport*. Lorsque l'Assuré détient plus d'un passeport, le pays d'origine est le pays qu'il a déclaré sur le formulaire de demande. Lorsqu'une famille doit être couverte par la police, il sera considéré qu'il y a un seul pays d'origine pour cette famille, qui sera le pays d'origine déclaré sur le formulaire de demande.

**Les ressortissants de pays tiers peuvent utiliser leur pays de résidence comme pays d'origine.*

Hôpital : établissement agréé doté de personnel administrant les soins et traitements à des patients hospitalisés. Les traitements doivent être supervisés par des médecins et du personnel infirmier autorisé doivent être de service 24 heures sur 24. Un laboratoire et un bloc opératoire doivent se trouver sur les lieux ou dans des installations contrôlées par l'établissement. Un hôpital n'est pas une clinique, un établissement de soins de longue durée ou un établissement de soins palliatifs, un centre de réadaptation, un centre de traitement des dépendances, une maison de convalescence, de repos ou de soins, un foyer pour personnes âgées ou une station thermale.

Blessure : préjudice corporel subit causé par un accident qui oblige l'Assuré à recevoir des soins d'urgence.

Assuré : personne dont le nom figure sur la confirmation de couverture, qui est admissible à la couverture et pour laquelle la prime d'assurance a été payée.

Assureurs : certains souscripteurs du Lloyd's qui fournissent cette assurance.

Fournisseur d'assistance médicale : MSH Assistance fonctionnera comme une assurance accidents pour étudiants par StudyInsured Assistance.

Frais médicaux : frais médicaux et dépenses connexes couverts en vertu des dispositions de la partie intitulée *Prestations* de la présente police, courus par nécessité par l'Assuré à la suite d'une blessure ou d'une maladie survenue pendant que l'assurance est en vigueur.

Alpinisme : ascension ou descente d'une montagne nécessitant l'utilisation d'un équipement spécialisé, notamment des crampons, des pioches, des ancrs, des boulons, des mousquetons et du matériel d'ancrage de corde de plomb ou de corde de sommet.

MSH INTERNATIONAL (CANADA) LTD. : administrateur tiers et administrateur des sinistres désigné par l'Assureur. Les sinistres seront toutefois gérés par MSH Assistance.

Médecin : personne, autre qu'un membre de la famille, qui est légalement qualifiée pour exercer la médecine dans le lieu où les services médicaux sont fournis.

Police : le présent document et la confirmation d'assurance émis lorsque la prime exigible est payée.

Maladie préexistante : maladie ayant nécessité un traitement ou la prescription de médicaments durant toute période comprise dans le 90 jours précédant le déplacement de l'Assuré.

Médicament d'ordonnance : médicament, sérum, vaccin qui, en vertu de la loi fédérale ou d'un règlement en vigueur dans le pays, n'est délivré que sur présentation d'une prescription écrite d'un médecin ou d'un dentiste autorisé. Dans les zones géographiques où ces substances ne sont pas réglementées, la possibilité de se procurer ce médicament est déterminée par les normes canadiennes définies dans la *Loi et le Règlement sur les aliments et drogues* du Canada.

Prothèse : Dispositif externe ou implanté servant à remplacer un organe ou un membre amputé ou défectueux.

Compagnie aérienne de transport régulier : entreprise de transport aérien autorisée à offrir un service de vols réguliers à des passagers payants. Elle a un horaire régulier publié et offre des vols nolisés et des visites guidées autorisées.

Maladie : trouble ou état nécessitant des soins d'urgence ou des traitements à l'hôpital. Sont exclus les troubles émotionnels ou maladies mentales, sauf en cas d'hospitalisation.

Invalidité totale et permanente : situation de l'Assuré incapable d'occuper un emploi.

Vous ou Votre : l'Assuré

Définitions relatives aux prestations en cas de maladie grave

Prestations en cas de maladie grave : a le sens indiqué au paragraphe Assurance contre les maladies graves.

Assurance contre les maladies graves : couverture d'assurance décrite au paragraphe Assurance contre les maladies graves.

Maladies graves couvertes : les maladies pour lesquelles une indemnité est versée au titre de l'assurance contre les maladies graves sont la maladie d'Alzheimer, la sclérose latérale amyotrophique (SLA), une tumeur cérébrale bénigne, la cécité, le cancer, le coma, un pontage coronarien, la surdité, la mutilation, la crise cardiaque, l'insuffisance rénale, la perte de la parole, des brûlures graves, la défaillance d'un organe vital nécessitant une transplantation, la sclérose en plaques, la paraplégie, la quadriplégie et l'hémiplégie, la maladie de Parkinson et l'accident vasculaire cérébral.

Maladies graves couvertes

Maladie d'Alzheimer : maladie dégénérative et progressive du cerveau. Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer doit être posé par un neurologue autorisé à exercer au Canada. L'Assuré doit présenter une perte des facultés intellectuelles, un trouble de la mémoire et une perte de jugement critique, ce qui réduit de façon importante son fonctionnement mental et social; il doit nécessiter une surveillance quotidienne. Ne font pas partie de la définition de la maladie d'Alzheimer les démences d'origine organique et les maladies psychiatriques.

Sclérose latérale amyotrophique (SLA) : le diagnostic sans équivoque de la SLA doit être posé par un neurologue autorisé à exercer au Canada.

Tumeur cérébrale bénigne : tumeur bénigne au cerveau. Ne font pas partie des tumeurs cérébrales bénignes les kystes, les granulomes, les méningiomes, les malformations des artères ou des veines intracrâniennes, ou les tumeurs à des nerfs crâniens, à l'hypophyse ou à la moelle épinière.

Cécité : perte permanente de l'usage des deux yeux qui a été confirmée par un ophtalmologiste agréé autorisé à exercer au Canada. L'acuité visuelle corrigée doit être de 20/200 ou moins dans les deux yeux ou le champ de vision doit être inférieur à 20 degrés dans les deux yeux.

Cancer : prolifération anarchique de cellules malignes qui envahissent des tissus. Cancers exclus : cancer de la prostate précoce diagnostiqué comme T1 N0 M0 ou une stadification équivalente, lésions précancéreuses, tumeurs bénignes ou polypes, cancer *in situ* non invasif, cancer de la peau autre qu'un mélanome malin invasif dans le derme ou dans une couche plus profonde et toute tumeur en présence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Coma : état d'inconscience avec perte de réaction aux stimuli extérieurs, pendant au moins 96 heures. Le diagnostic doit être posé par un neurologue autorisé à exercer au Canada.

Pontage coronarien : chirurgie cardiaque pratiquée pour corriger le rétrécissement ou le blocage d'une ou de plusieurs artères coronaires et qui a été recommandée par un cardiologue autorisé à exercer au Canada. Ne font pas partie des pontages coronariens l'angioplastie par ballonnet, l'embolctomie au laser ou d'autres techniques ne faisant pas intervenir de pontage.

Surdité : perte permanente et importante de l'audition des deux oreilles, avec un seuil auditif de plus de 90 décibels, confirmée par un oto-rhino-laryngologiste autorisé à exercer au Canada.

Mutilation : perte totale et permanente d'un membre inférieur ou supérieur. Le terme « perte » signifie séparation complète au niveau ou au-dessus du coude ou du genou.

Crise cardiaque (infarctus du myocarde) : mort d'une partie du muscle cardiaque à la suite d'un apport sanguin insuffisant à la zone concernée. Le diagnostic doit être confirmé à la fois par 1) de récentes modifications sur le tracé électrocardiographique indiquant un infarctus du myocarde ou un trouble d'apparition récente, uniquement dans les cas où l'ECG ne peut être interprété (bloc de branche complet, WPW, stimulateur cardiaque), et par 2) des modifications caractéristiques des marqueurs biochimiques cardiaques (troponine ou CPK ou CPK-MB) à des niveaux compatibles avec un infarctus aigu du myocarde. *Exclusions* : crise cardiaque survenant au cours des 48 heures suivant une intervention de revascularisation élective, à moins qu'elle ne soit accompagnée de nouvelles ondes Q pathologiques. 2) crise cardiaque diagnostiquée par toute autre méthode, sauf si le diagnostic est confirmé comme décrit ci-dessus.

Insuffisance rénale : incapacité permanente des deux reins à filtrer les déchets métaboliques, ce qui rend nécessaire une dialyse péritonéale régulière, une hémodialyse ou une transplantation rénale.

Perte de la parole : perte totale, permanente et irréversible de la capacité à parler pendant une période continue de 180 jours en raison d'une blessure ou d'une maladie physique. Le diagnostic doit être établi par un spécialiste approprié.

Brûlure grave : brûlure au troisième degré couvrant au moins 20 % de la surface du corps. Le diagnostic doit être posé par un chirurgien plasticien autorisé exerçant au Canada.

Défaillance d'un organe vital nécessitant une transplantation : L'insuffisance irréversible du cœur, du foie, de la moelle osseuse, des deux poumons ou des deux reins nécessitant une transplantation de ces organes et rendant admissible à un programme de transplantation d'organes reconnu au Canada. La personne Assurée doit survivre au moins 30 jours après la date d'inscription au programme de transplantation.

Sclérose en plaques : maladie diagnostiquée par un neurologue, caractérisée par des anomalies neurologiques bien définies persistant pendant au moins six mois continus ou attestées par deux épisodes distincts documentés cliniquement. Les zones de démyélinisation multiples doivent être mises en évidence par l'examen par IRM ou une technique d'imagerie servant généralement à diagnostiquer la sclérose en plaques.

Paraplégie, quadriplégie, hémip légie : Paralysie entraînant la perte complète et permanente de l'usage de deux membres ou plus sans interruption pendant une période de 90 jours. À la fin de cette période, le spécialiste doit certifier que la paralysie est complète et permanente.

Maladie de Parkinson : Le diagnostic de la maladie de Parkinson idiopathique primaire doit être posé par un neurologue autorisé. La maladie se caractérise par deux ou plusieurs manifestations parmi les suivantes : rigidité, tremblements et bradykinésie. Tous les autres types de parkinsonisme sont exclus.

AVC aigu : trouble provoqué par l'interruption du débit sanguin cérébral entraînant une paralysie ou un autre déficit neurologique objectif mesurable persistant pendant au moins trente (30) jours après la survenue de l'accident. Les accidents ischémiques transitoires (AIT) ne sont pas couverts.

Exclusions de couverture

Exclusions générales

Le présent Contrat d'assurance ne couvre pas les dépenses occasionnées directement ou indirectement par

1. une automutilation intentionnelle
2. une maladie, sauf celles donnant droit à des prestations pour counseling, maladie grave et voyage.
3. une affection liée au cancer non couverte : cancer de la prostate précoce diagnostiqué comme T1 N0 M0 ou de stade équivalent; lésions précancéreuses, tumeurs bénignes ou polypes; cancer *in situ* non invasif; tout cancer de la peau, autre que le mélanome malin invasif touchant le derme ou une couche plus profonde; et toute tumeur en présence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH).
4. l'achat, la réparation ou le remplacement de lunettes, de lentilles cornéennes, d'orthèses, de bandes herniaires, d'appareils orthopédiques ou de médicaments d'ordonnance, sauf dans les cas présentés dans le tableau des prestations maximales
5. des dommages causés directement ou indirectement, en tout ou en partie, si l'Assuré
 - a. commet un crime ou un acte malveillant;
 - b. consomme des drogues, de l'alcool ou des médicaments.

De plus, les exclusions qui s'appliquent à la garantie de voyage dans le cadre du plan.

Conditions et restrictions

1. L'Assuré n'est protégé que par une seule assurance souscrite auprès du Lloyd's. Les prestations versées se limitent à celles versées en vertu d'un seul contrat d'assurance.
2. Les prestations garanties en vertu du contrat d'assurance sont payables en plus de la couverture de l'Assuré garantie par toute autre source.
3. Sauf pendant la « période d'examen de 10 jours », la prime d'assurance n'est pas remboursable.
4. Le présent Contrat ne couvre l'Assuré que s'il fréquente une école au Canada.
5. Si l'Assuré présente une demande d'indemnités, l'Assureur se réserve le droit de la faire examiner par un médecin autorisé, s'il le juge à propos.
6. Si l'Assuré soumet une demande d'indemnités, l'Assureur est automatiquement subrogé dans le droit de l'Assuré de recouvrer les sommes dues auprès de tiers et peut agir en son nom pour faire valoir ce droit.
7. Si l'Assuré soumet une demande de prestations similaires auprès de Lloyd's et d'un autre Assureur, Lloyd's coordonnera le versement des prestations avec l'autre Assureur pour régler la perte réelle admissible.
8. Le présent Contrat est assujéti à la loi sur les assurances de la province ou du territoire où vit l'Assuré. En cas de désaccord entre le présent Contrat d'assurance et la loi sur les assurances, c'est la loi sur les assurances qui prévaut.

Exclusions de garantie de l'assurance en cas de maladies graves

Le présente Contrat ne garantit le versement d'aucune prestation en cas de maladie grave dans l'un ou l'autre des cas suivants :

1. Toute démence d'origine organique et toute maladie psychiatrique qui n'est pas spécifiquement mentionnée dans la définition de « maladie d'Alzheimer ».
2. Tous les types de parkinsonisme qui ne sont pas spécifiquement mentionnés dans la définition de la maladie de Parkinson.
3. Kystes, granulomes, méningiomes, malformations des artères ou des veines intracrâniennes, ou tumeurs des nerfs crâniens, de l'hypophyse ou de la moelle épinière.
4. Affections liées au cancer qui ne sont pas couvertes : cancer de la prostate précoce diagnostiqué comme T1 N0 M0 ou une stadification équivalente; les lésions précancéreuses, tumeurs bénignes ou polypes; cancer *in situ* non invasif; tout cancer de la peau, autre que le mélanome malin invasif dans le derme ou plus profondément; et toute tumeur en présence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH).
5. Les techniques non chirurgicales telles que l'angioplastie par ballonnet, l'embolectomie au laser ou d'autres techniques sans pontage.

6. Crise cardiaque survenant dans les 48 heures suivant une intervention de revascularisation élective, à moins qu'elle ne soit accompagnée de nouvelles ondes Q pathologiques.
7. Une crise cardiaque dont le diagnostic est confirmé par toute autre méthode, sauf si le diagnostic est confirmé de la façon indiquée dans la définition de « crise cardiaque ».
8. Accident ischémique transitoire (AIT).

Exclusions de garantie de l'assurance voyage

Aucune prestation d'assurance voyage n'est versée les cas suivants :

1. maladie préexistante
2. Voyagez à Cuba, en Iran et / ou en Corée du Nord
3. maladie en raison desquelles la personne normalement prudente décide de ne pas voyager;
4. guerre déclarée ou non déclarée, acte hostile, guerre civile, émeute, insurrection, invasion ou acte de terrorisme;
5. participation à l'entraînement, aux exercices ou aux manœuvres des forces armées, à des événements sportifs professionnels ou à des courses d'engins motorisée;
6. participation à des activités d'alpinisme, de parachutisme, de saut en parachute, de parachutisme ascensionnel, de saut à l'élastique, de vol plané ou de pilotage d'un avion ou à des activités sous-marines professionnelles;
7. demande de règlement ne respectant pas les dispositions d'un régime d'assurance fédéral, provincial ou territorial en vigueur au Canada;
8. grossesse, fausse-couche, accouchement ou complications survenant au cours des deux (2) mois suivant la date prévue de l'accouchement;
9. déplacements effectués pour obtenir ou recevoir des services médicaux, hospitaliers ou dentaires;
10. dépenses engagées dans la province ou le territoire de résidence de l'Assuré;
11. déclarations de sinistre survenant plus de 30 jours après que l'Assuré ait quitté sa province ou son territoire de résidence;
12. traitements pour une maladie dont l'Assuré est atteint;
13. services hospitaliers ou médicaux lorsqu'il n'y a pas d'urgence;

Autres exclusions de garantie :

Exclusion du terrorisme nucléaire, chimique ou biologique

Nonobstant toute disposition contraire dans le présent Contrat ou dans tout avenant y afférent, il est convenu que le présent Contrat ne couvre aucune perte, directement ou indirectement, découlant de, contribuant à ou causée par, ou résultant de ou en relation avec tout acte de terrorisme nucléaire, chimique, biologique (tel que défini ci-dessous), indépendamment de toute autre cause ou événement contribuant simultanément ou dans toute autre séquence à la perte.

Aux fins du présent avenant

« terrorisme nucléaire, chimique ou biologique » s'entend l'utilisation d'une arme ou d'un dispositif nucléaire ou l'émission, le rejet, la dispersion, la libération ou la fuite d'un agent chimique solide, liquide ou gazeux et/ou d'un agent biologique pendant la durée du présent contrat d'assurance par toute personne ou tout groupe de personnes, agissant au nom ou en relation avec toute organisation ou tout gouvernement, aux fins ou pour des raisons politiques, religieuses ou idéologiques, y compris l'intention d'influencer tout gouvernement et/ou de faire peur au public ou à une partie du public. « agent chimique » s'entend une substance qui, lorsqu'elle est convenablement disséminée, produit des effets incapacitants, dommageables ou mortels sur les personnes, les animaux, les plantes ou les biens matériels.

« agent biologique » s'entend un micro-organisme pathogène (causant une maladie) et/ou toute toxine produite biologiquement (y compris les organismes génétiquement modifiés et les toxines synthétisées chimiquement) qui provoque une maladie et/ou la mort chez l'être humain, les animaux ou les plantes.

Exclusion de la guerre et du terrorisme

Nonobstant toute disposition contraire dans le présent Contrat ou dans tout avenant y afférent, il est convenu que la présente assurance exclut les pertes, dommages, coûts ou frais de quelque nature que ce soit, directement ou indirectement causés par, résultant de ou liés à l'un des éléments suivants, indépendamment de toute autre cause ou événement contribuant simultanément ou dans toute autre séquence à la perte si l'Assuré y prend une part active.

1. Guerre, invasion, actes d'ennemis étrangers, hostilités ou opérations guerrières (que la guerre soit déclarée ou non), guerre civile, rébellion, révolution, insurrection, troubles civils prenant les proportions ou équivalant à un soulèvement, puissance militaire ou usurpée; ou
2. Tout acte de terrorisme.

Aux fins du présent avenant, « acte de terrorisme » s'entend un acte, y compris sans exclure l'utilisation de la force ou de la violence et/ou de la menace de violence, commis par une toute personne ou groupe de personnes, agissant seul ou au nom ou en relation avec une organisation ou le gouvernement, aux fins politiques, religieuses, idéologiques ou similaires, y compris l'intention d'influencer tout gouvernement et/ou de faire craindre au public, ou à une partie du public.

En vertu du présent avenant sont exclus les pertes, dommages, coûts ou dépenses de quelque nature que ce soit, directement ou indirectement, causés par, résultant de ou en relation avec toute mesure prise pour maîtriser, empêcher, supprimer de quelque manière que ce soit un événement cité au point un (1) et/ou au point (2) ci-dessus.

Si les Souscripteurs allèguent qu'en raison de cette exclusion, une perte, un dommage, un coût ou une dépense n'est pas couvert par cette assurance, le fardeau de la preuve contraire incombe à l'Assuré.

Dans le cas où une partie du présent avenant serait jugée invalide ou inapplicable, le reste resterait en vigueur.

08/10/01

NMA2918

Tableau résumant les montants des prestations maximales

	PRESTATIONS MAXIMALES
Traitements médicaux et transport	
Hospitalisation	Coût total
Service d'ambulance	Coût total
Taxi d'urgence vers la clinique médicale la plus proche	350 \$
Frais paramédicaux	800 \$
Conseil	1,000 \$
Formation spéciale	10,000 \$
Confinement	30,000 \$
Déplacement pour traitement spécial	3,000 \$
Voyage pour les parents ou les tuteurs	1,000 \$
Tutorat	6,000 \$
Maladie grave	
Frais de soins infirmiers	12,500 \$
Hébergement, repas, blanchisserie, stationnement	3,000 \$
Assurance contre les maladies graves	5,000 \$
Équipement médical	
Domages aux lunettes et aux lentilles de contact	350 \$
Lunettes et lentilles de contact nécessaires en raison d'une blessure	Coût total
Appareils médicaux	1,500 \$
Achat d'une prothèse ou d'un appareil auditif	5,500 \$
Réparation ou remplacement d'une prothèse ou d'aide auditive	500 \$
Vêtements spéciaux	400 \$
Voyage	
Frais médicaux d'urgence à l'extérieur de la province	200,000 \$
Annulation de voyage	1,000 \$
Accident mortel de transport aérien	5,000 \$
Vol de retour d'urgence	1,000 \$
Rapatriement ou funérailles	5,500 \$

Prestations

Nonobstant les limitations énoncées dans les diverses parties du présent Contrat, sur la base des prestations maximales garanties par le régime.

On recommande à l'Assuré d'obtenir au préalable une autorisation de MSH INTERNATIONAL (CANADA) LTD. avant de recevoir les services prévus. Pour éviter les retards, il doit soumettre sa demande au moins dix (10) jours avant la date prévue du début de la fourniture des services.

En cas d'urgence, l'Assuré doit communiquer avec MSH INTERNATIONAL (CANADA) LTD. au plus tard quarante-huit (48) heures suivant la survenue du cas d'urgence.

Hospitalisation

Si l'Assuré est blessé lors d'un accident et est admis dans un hôpital au Canada pendant plus de 24 heures consécutives au cours des 30 jours suivant cet accident, l'assurance couvre

- Les frais d'hospitalisation dans un hôpital canadien, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée pendant un (1) an;
- Les frais d'urgence;
- Frais d'hospitalisation pour les services ambulatoires lorsque cela est médicalement nécessaire
- Jusqu'à 25 dollars par jour pour la télévision et le service Wi-Fi

L'Assuré doit être couvert par le régime d'assurance maladie du gouvernement canadien pour bénéficier de cette prestation.

Garantie médico-hospitalière

Cent dollars (100 \$) par jour jusqu'à concurrence de mille dollars (1 000 \$). Cette somme n'est versée qu'en cas d'accident.

Transport par voie terrestre

Jusqu'à concurrence du plafond global de la police pour les services d'ambulance terrestres autorisés (ou les frais de taxi jusqu'à 350 \$ en lieu et place de l'ambulance) jusqu'à l'établissement médical le plus proche pour des soins médicaux nécessités par un cas d'urgence couvert.

Services paramédicaux

Lorsqu'ils sont jugés essentiels en cas d'urgence et accompagnés d'une recommandation écrite d'un médecin, les services d'un chiropraticien, d'un ostéopathe, d'un physiothérapeute, d'un thérapeute du sport ou d'un infirmier diplômé jusqu'à un maximum de 100 \$ par visite, à concurrence du montant indiqué dans le Tableau résumant les montants des prestations maximales pour tous les prestataires.

Services de counselling

Les frais engagés pour les séances de consultation d'un psychologue agréé pour l'Assuré, ses parents, son tuteur légal et/ou ses frères et sœurs jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le tableau des prestations maximales si l'Assuré décède ou subit une perte en lien avec une mutilation ou un décès accidentels ou le diagnostic d'une maladie grave.

Formation spéciale

Si l'Assuré nécessite une formation à la suite d'un accident couvert par l'assurance, une prestation de formation professionnelle spéciale lui sera versée jusqu'à une limite de 150 \$ par jour pour l'hébergement à l'hôtel et les repas jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le Tableau résumant les montants des prestations maximales.

La prestation n'est versée que si la formation est donnée à un endroit situé à plus de 160 km du domicile de l'Assuré.

Confinement

Si l'Assuré est blessé dans un accident et qu'il reste confiné à l'hôpital ou à son domicile, sauf pour se rendre à des rendez-vous médicaux, la prestation sera versée à partir du 31^e jour de confinement continu :

- a. 750 \$ par mois complet en vertu du régime jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le Tableau résumant les montants des prestations maximales.

Le versement de cette prestation prend fin à la date la plus rapprochée entre ces deux événements :

- a. le confinement continu de l'Assuré, ou
- b. après 40 mois.

Frais de déplacement pour traitement spécialisé

Si l'Assuré nécessite un traitement spécialisé au cours de l'année qui suit un accident couvert, une prestation de 60 \$ par jour lui sera versée pour ses frais de déplacement, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le tableau des montants des prestations maximales.

La prestation n'est versée que si le traitement est administré à un endroit situé à plus de 160 km du domicile de l'Assuré.

Frais de déplacement du parent ou du tuteur légal

Jusqu'à concurrence de 1 000 \$ pour un aller simple en classe économique par l'itinéraire le plus court et le plus économique qu'un membre de la famille immédiate doit emprunter pour se rendre auprès de l'Assuré si ce dernier est hospitalisé en raison d'un cas d'urgence couvert et si le médecin traitant fournit une attestation écrite que la situation était suffisamment grave pour justifier la visite.

Tutorat

Si l'Assuré est hospitalisé pendant une période minimale de trente (30) jours consécutifs en raison d'une maladie ou d'une blessure couverte, l'Assureur paiera jusqu'à 30 \$ l'heure jusqu'à concurrence de la somme indiquée dans le tableau des prestations maximales :

- a. les dépenses réelles engagées pour retenir les services d'un tuteur privé qualifié.
- b. le coût de la location de l'équipement et des logiciels nécessaires recommandés par la commission scolaire.

Fracture ou mutilation

	Prestations maximales
Fracture du crâne (déprimée), fracture de colonne vertébrale (3 vertèbres ou plus)	1 000 \$
Fracture du crâne (non déprimée) fracture du bassin, fracture de la colonne vertébrale (1 ou 2 vertèbres)	500 \$
Fracture de la hanche, du fémur, de l'épaule, de l'humérus, de l'omoplate	300 \$
Fracture de la clavicule, du coude, de la rotule, de la jambe, de l'avant-bras, de la main, du poignet ou du pied	250 \$
Fracture de la mâchoire (sauf l'apophyse alvéolaire), du sacrum, du coccyx, du sternum, de deux ou de plusieurs orteils, de doigts ou de côtes	200 \$
Fracture d'un orteil, d'un doigt, d'une côte ou de tout os non spécifié ci-dessus	150 \$

Jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le Tableau des montants des prestations maximales, la prestation correspondant à la blessure est versée si l'Assuré est blessé dans un accident et se fracture ou se disloque une partie du corps. La prestation garantie correspond à la prestation la plus élevée uniquement si l'Assuré a subi plus d'une blessure au cours du même accident.

Maladie grave

En cas de maladie récemment diagnostiquée faisant partie des maladies graves couvertes pendant la période de couverture, la prestation garantie peut aller jusqu'à concurrence du montant maximal par étudiant, comme il est indiqué dans le Tableau des montants des prestations maximales :

- honoraires pour les soins d'un infirmier diplômé ou d'une infirmière diplômée; et
- 125 \$ par jour pour les dépenses d'hébergement à l'hôtel, les repas, les services de blanchisserie et les frais de stationnement si le médecin recommande que le parent ou le tuteur légal de l'Assuré soit avec lui pendant son hospitalisation.

Les prestations sont couvertes pendant une période maximale de 3 ans à compter du premier diagnostic du médecin.

Maladie grave		
SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise)	Leucémie	Poliomyélite
Cancer	Méningite	Rage
Cardiomyopathie	Sclérose en plaques	Scarlatine
Diphtérie	Dystrophie musculaire	Tétanos
Encéphalite	Myocardite	Tularémie
Syndrome hémolytique et urémique (Insuffisance rénale causée uniquement par une infection bactérienne par <i>E. coli</i>)	Fasciite nécrosante	Typhoïde

Équipement médical

Lunettes et lentilles cornéennes

En cas de dommages ou de bris des lunettes ou des lentilles cornéennes survenus pour la première fois durant un accident ayant causé une blessure, la prestation versée peut aller jusqu'au montant indiqué dans le Tableau des montants des prestations maximales pour les réparer ou les remplacer. L'Assuré doit être traité par un médecin au plus tard 30 jours après l'accident. Le remplacement des lunettes ou des lentilles cornéennes n'est pas couvert en cas de perte ou de changement d'ordonnance.

Appareils médicaux

Le coût des appareils suivants est couvert lorsque ces appareils ont été ordonnés par le médecin traitant à la suite d'un accident couverte et approuvés au préalable, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le Tableau des montants des prestations maximales :

- a. petits appareils comme béquilles, plâtres, attelles, orthèses, appareils orthopédiques;
- b. médicaments d'ordonnance;
- c. location temporaire d'un lit d'hôpital ou d'un fauteuil roulant.

Prothèses et aides auditives

En cas de blessure nécessitant la prescription d'un membre artificiel, d'un œil artificiel ou d'une prothèse auditive par un médecin, l'achat de la prothèse ou de l'appareil est couvert pendant dans les trois (3) ans suivant l'accident, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le Tableau des montants des prestations maximales. Les coûts de réparation ou de remplacement d'un membre artificiel, d'un œil artificiel ou d'un appareil auditif de l'Assuré sont couverts jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le Tableau indiquant les montants des prestations maximales si, pendant la période de couverture, l'appareil est endommagé, se brise et devient inutilisable.

Vêtements spéciaux

Les coûts de vêtements spéciaux jugés indispensables et prescrits par un médecin à la suite d'un accident couvert sont couverts jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le Tableau indiquant les montants des prestations maximales pour les vêtements de protection spéciaux.

Voyage

Frais de soins médicaux d'urgence administrés à l'extérieur de la province

Les dépenses reliées aux soins d'urgence administrés par un médecin, un infirmier diplômé ou une infirmière diplômée, un hôpital ou une clinique de radiologie sont remboursées lorsque l'Assuré contracte une maladie ou subit une blessure pendant un voyage effectué à l'extérieur de sa province pendant la période de couverture d'assurance. Le coût des services de transport d'urgence est inclus jusqu'à la limite globale garantie par l'assurance pour le transport par un service d'ambulance terrestre autorisé (ou un autre service d'ambulance raisonnable jusqu'à un maximum de 1 000 \$) vers l'établissement de soins de santé le plus proche pour recevoir les soins médicaux nécessités par un cas d'urgence couvert. Les services fournis par les membres de la famille sont exclus de la garantie.

Les maladies préexistantes sont exclues de la garantie pendant un voyage à l'étranger.

En cas d'urgence médicale, l'assuré ou une personne agissant en son nom doit appeler immédiatement l'assistance d'urgence. L'assuré doit appeler l'assistance d'urgence pour assurer la couverture de certains frais. Si l'assuré ne parvient pas à contacter l'assistance d'urgence, l'assuré peut être responsable d'une partie des frais.

ASSISTANCE D'URGENCE EN TOUT TEMPS

1 833 561-0370 (Canada ou États-Unis) ou ailleurs Appel à frais virés 1 416 916-0982

En cas d'urgence, le fournisseur de services d'assistance d'urgence, au nom de l'Assureur, se réserve le droit, si cela est raisonnablement nécessaire et à ses frais, de transporter l'Assuré au point de départ du voyage. Si l'Assuré refuse d'être transféré ou transporté alors qu'il a été reconnu apte à se déplacer par le directeur médical, aucune dépense continue engagée après le refus de l'Assuré ne sera couverte et l'Assuré devra assumer toutes les dépenses. La protection cessera dès le refus de l'Assuré; celui-ci ne bénéficiera d'aucune autre protection durant le reste de la période de couverture. Si l'Assuré décide de rendre au point de destination du voyage ou de poursuivre le voyage ou l'itinéraire du circuit après son retour au point de départ, il ne sera plus protégé par l'assurance. Voici les montants des prestations maximales :

- a. 200 000 \$ si l'Assuré est couvert par un régime public d'assurance maladie ou
- b. 5 000 \$ s'il n'est pas couvert par un régime public d'assurance maladie

La société et le fournisseur d'assistance d'urgence qui sont désignés sont au service de l'Assuré selon les conditions, restrictions et exclusions de couverture. Ni l'Assureur ni le fournisseur d'assistance d'urgence ne seront tenus responsables de la fourniture de soins médicaux ni de la qualité de ces soins (ni des résultats) et ne seront pas non plus responsables si l'Assuré est incapable d'obtenir des soins médicaux pendant la période de couverture.

Annulation de voyage

Si l'Assuré est incapable de voyager en raison d'une maladie, d'une blessure ou d'un décès survenu avant la date de départ prévue, l'Assureur paiera jusqu'à 1 000 \$ ou la pénalité d'annulation de voyage au cours des 72 heures, selon le montant le moins élevé. Un médecin doit fournir un rapport écrit expliquant l'empêchement de l'Assuré de voyager. Aucune annulation de voyage pour toute autre raison n'est couverte, y compris les annulations dues à des troubles émotionnels ou mentaux, sauf si l'Assuré est hospitalisé.

Décès causé par un accident de transport aérien

Si l'Assuré décède au cours des 90 jours suivant une blessure subie pendant qu'il était passager payant à bord d'un transporteur public, les prestations sont versées conformément à la prestation de décès accidentel plus 5 000 \$. Les pilotes, les opérateurs ou les membres d'équipage ne sont pas couverts.

Vol de retour d'urgence

Si le voyage est interrompu en raison d'une maladie ou d'une blessure survenant à la date de départ prévue ou après celle-ci, l'Assureur assumera les frais suivants :

- le moins élevé des deux montants suivants : un aller simple en classe économique pour le retour au point de départ, ou
- les frais de modification du billet existant, ou
- 1 000 \$ si le coût du billet d'avion existant a été remboursé à l'Assuré, le remboursement est soustrait de la prestation versée.

Rapatriement ou inhumation

En cas de décès de l'Assuré à la suite d'une maladie ou d'un accident couvert, l'Assureur versera une prestation jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le Tableau résumant les montants des prestations maximales :

- les frais réels engagés pour la préparation de la dépouille et le transport (y compris les frais d'un conteneur de transport standard) jusqu'au point de départ du voyage de l'Assuré; ou
- les frais d'incinération ou de l'inhumation sur le lieu du décès.

Le coût du cercueil, de l'urne ou des funérailles n'est pas couvert.

Prestations pour soins dentaires

	PRESTATION MAXIMALE
Traitement suivi au cours des 10 ans suivant un accident	Barème des honoraires établis par l'association dentaire
Traitement suivi après 10 ans (par dent)	1 650 \$
Implants (jusqu'à 2 implants par accident)	2 000 \$
Orthodontie	2 500 \$
Dentiers et dents amovibles	500 \$

Soins dentaires s'entendent traitements d'urgence ou traitements orthodontiques sur des dents entières ou saines, naturelles, portant une couronne, ou endommagées à la suite d'un accident administrés par un dentiste ou un chirurgien stomatologiste autorisé.

Le traitement doit commencer au cours des soixante (60) jours suivant la date de l'accident. Les soins dentaires de suivi pour les Assurés âgés de moins de 21 ans sont couverts jusqu'à 10 ans après l'accident, à moins que le dentiste traitant ne communique avec l'Assureur au cours des 90 jours suivant l'accident pour expliquer pourquoi le traitement sera plus long. Si l'Assuré est âgé de 21 ans ou plus, seule une année de traitements dentaires sera couverte.

Si des dents artificielles fixées de façon permanente, des prothèses dentaires ou des dents amovibles ont été cassées au cours d'un accident, la réparation ou le remplacement doit être entrepris au cours des trente (30) jours suivant l'accident.

Le montant de la prestation ne sera pas supérieur au montant indiqué dans le Tableau des montants des prestations maximales ni aux honoraires minimums spécifiés dans le barème des honoraires des médecins généralistes et des traitements établis par l'association dentaire de la province ou du territoire où l'Assuré reçoit ces traitements.

Conditions

- a. L'Assureur paie le coût du traitement le moins coûteux parmi ceux qui sont professionnellement acceptables pour le même accident;
- b. L'Assureur paie le coût de deux implants dentaires par accident jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué dans le Tableau indiquant les montants des prestations maximales par implant.
- c. Les honoraires des visites et des soins d'entretien de routine, y compris, mais sans s'y limiter, les nettoyages et les obturations, ne sont pas couverts;
- d. Le coût des dents artificielles ou des prothèses dentaires n'est pas couvert, sauf si cela est spécifiquement prévu;
- e. Les traitements aux fins esthétiques ne sont pas couverts.

Demandes de remboursement de soins médicaux ou dentaires

Le remboursement est effectué à condition que

- les détails écrits de la demande de remboursement (y compris les pièces justificatives) soient reçus par l'administrateur des demandes de remboursement dès que possible et, en tout état de cause, au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours à compter du début du traitement, quatre-vingt-dix (90) jours après la date de fin de couverture de l'Assuré ou quatre-vingt-dix (90) jours après la résiliation de l'assurance collective, selon la première éventualité;
- tous les documents relatifs à la demande de remboursement, y compris le formulaire de de inférieure à toute prime minimale conservée spécifiée dans le contrat mande et les comptes, soient fournis. Les copies des documents originaux ne sont autorisées que pour les demandes dans lesquelles le coût total des services soumis ne dépasse pas dix mille dollars CAN* (10 000 \$). Les documents originaux des copies initialement soumises doivent être conservés par l'Assuré pendant une période de vingt-quatre (24) mois à compter de la date à laquelle la demande de remboursement a été soumise, période pendant laquelle MSH INTERNATIONAL (CANADA) LTD. peut exiger ces documents pour valider toute demande de remboursement à tout moment. Les documents originaux doivent être reçus dans un délai de trente (30) jours à compter de la date de la demande. Si l'original ne peut être produit, l'Assuré sera responsable de tout paiement effectué au titre de la demande d'indemnisation en ce qui concerne ce reçu. Le remboursement des sommes perçues par l'Assuré doit être reçu au cours des soixante (60) jours suivant la date de la demande. En outre, l'Assuré qui ne fournit pas les documents originaux exigés par MSH INTERNATIONAL devront soumettre les documents originaux pour toutes les demandes de remboursement futures.
- les primes exigées ont été payées pour l'Assuré qui présente la demande.

*Les factures reçues directement d'un fournisseur seront considérées comme des documents originaux, y compris, mais sans s'y limiter, les télécopies, les documents numérisés, les documents en format PDF, les soumissions directes au portail ou les copies numériques.

Il est entendu que

- les Assureurs peuvent demander des renseignements médicaux à tout médecin ou chirurgien aussi souvent que nécessaire et, si nécessaire, faire subir des examens à l'Assuré;
- les Assureurs doivent être informés de toute circonstance susceptible de donner lieu à une demande contre un tiers ou toute autre société d'assurance;

Tous les renseignements pertinents doivent être envoyés à :

MSH INTERNATIONAL

999^e Rue S.-O., bureau 300

Calgary (Alberta) Canada T2R 1N7

Décès et mutilation accidentels

PRESTATIONS

	PRESTATIONS MAXIMALES
Invalidité permanente totale	350 000 \$
Perte d'un membre ou perte d'usage	150 000 \$
Décès accidentel	30 000 \$
Double indemnité en cas de décès accidentel	60 000 \$

Admissibilité

Tous les Assurés principaux peuvent bénéficier de la couverture en cas de décès et de mutilation accidentels.

Limite globale de responsabilité : dix millions de dollars (10 000 000 \$) par régime

L'Assureur ne peut être tenu responsable de tout montant supérieur à la limite totale de responsabilité indiquée ci-dessus.

Invalidité permanente totale

La prestation versée sera établie selon le montant maximal de la prestation garantie par le régime si, au cours des 12 mois suivant la date d'un accident survenu pendant la période de couverture, la blessure entraîne une invalidité permanente totale. La prestation ne sera versée que lorsqu'un médecin autorisé, choisi à la discrétion de la société, aura confirmé que l'accident a causé une invalidité totale permanente chez l'Assuré. Le montant des autres prestations versées sera déduit de la prestation d'invalidité totale et permanente si d'autres prestations ont été payées en vertu du contrat d'assurance. Si la prestation d'invalidité permanente totale est versée, aucune autre prestation n'est payable au titre du contrat d'assurance. La prestation d'invalidité permanente totale n'est pas versée si l'Assuré décède au cours des 12 mois suivant la date d'un accident.

Perte d'un membre ou perte d'usage

Si une blessure entraîne la perte d'un membre ou de l'usage d'un membre, ou la perte de la vue, de l'ouïe ou de la parole dans les 12 mois suivant la date de l'accident et qu'un médecin autorisé, choisi à la seule discrétion de la société, confirme que la perte de l'usage d'un membre, ou la perte de la vue, de l'ouïe ou de la parole est permanente et continue pendant au moins un (1) an après l'accident, la prestation versée sera établie selon le TABLEAU DES PRESTATIONS VERSÉES EN CAS DE BLESSURES sous réserve de ce qui suit :

Conditions

1. Seule la blessure donnant droit à l'indemnité la plus élevée est versée si plusieurs blessures ont été causées par le même accident.
2. Il n'y a pas de couverture au titre de cette garantie si le décès survient à la suite de l'accident dans les 90 jours.
3. Le montant de cette garantie est soustrait des autres prestations qui ont été versées au titre du contrat d'assurance, à l'exception des prothèses.

TABLEAU DES PRESTATIONS VERSÉES EN CAS DE BLESSURES

PERTE	PRESTATIONS MAXIMALES
Perte des deux mains amputées au niveau ou au-dessus du poignet ou des deux pieds amputés au niveau ou au-dessus de la cheville	150,000 \$
Perte d'une main amputée au niveau ou au-dessus du poignet ou d'un pied amputé au niveau ou au-dessus de la cheville	150,000 \$
Perte d'une main amputée au niveau ou au-dessus du poignet ou d'un pied amputé au niveau ou au-dessus de la cheville et perte de la vision d'un œil	150,000 \$
Perte de la vision des deux yeux	150,000 \$

Perte d'un bras amputé au niveau ou au-dessus du coude, ou perte d'une jambe amputée au niveau ou au-dessus du genou, ou perte de l'ouïe des deux oreilles, ou perte de la parole	45,000 \$
Perte d'une main amputée au niveau ou au-dessus du poignet ou d'une d'un pied amputé au niveau ou au-dessus de la cheville, ou perte de la vision d'un œil	30,000 \$
Perte du pouce et de l'index au niveau ou au-dessus de la jointure (articulation métacarpienne-phalangienne)	15,000 \$
Perte d'une partie ou de la totalité d'un ou plusieurs doigts ou orteils	1,500 \$

Décès accidentel

En cas de décès à la suite d'un accident, la prestation de décès prévue par le régime choisi est versée. La prestation est versée si le décès survient au cours de l'année suivant l'accident.

Double prestation en cas de décès accidentel

Le montant de la prestation de décès accidentel est doublé si l'Assuré subit une blessure et décède à la suite d'un accident survenu alors qu'il utilisait un moyen de transport public payant autorisé, y compris à l'embarquement ou au débarquement, ou s'il est heurté par un tel moyen de transport. La prestation est versée si le décès survient au cours de l'année suivant l'accident.

Exposition et disparition

Les pertes résultant d'une exposition inévitable aux éléments et découlant des risques décrits ci-dessus sont couvertes dans la mesure des prestations accordées à l'Assuré.

Si le corps de l'Assuré n'a pas été retrouvé au cours de l'année suivant la disparition, l'échouage, le naufrage ou le démantèlement du moyen de transport dans lequel il se trouvait au moment de l'accident, il est présumé, sous réserve de toutes les autres conditions du contrat, que l'Assuré a perdu la vie suite à des blessures corporelles subies lors de l'accident et couvertes par la présente police.

DISPOSITIONS

Avis de sinistre : Avis écrit doit être donné à l'Assureur au cours des trente (30) jours suivant la survenue ou le début de tout sinistre couvert par la police, ou dès que possible. L'avis donné par le demandeur ou en son nom aux Assureurs ou à tout agent autorisé de l'Assureur, avec des renseignements suffisant pour identifier la personne Assurée, est réputé être un avis à l'Assureur.

Demande de règlement de sinistre : Les Assureurs, à la réception de l'avis de sinistre écrit, fournissent au demandeur le formulaire fournit habituellement pour le dépôt des preuves de perte. Si ce formulaire n'est pas fourni au cours des quinze (15) jours suivant la remise de l'avis, le demandeur est réputé s'être conformé aux exigences du présent contrat en matière de preuve de sinistre en soumettant, dans le délai fixé par le contrat pour le dépôt des preuves de sinistre, une preuve écrite couvrant l'événement, la nature et l'étendue du sinistre pour lequel la demande est présentée.

Preuve de sinistre : Une preuve écrite du sinistre doit être fournie à l'Assureur au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de cette perte. Le fait de ne pas fournir cette preuve dans le délai prescrit n'invalide ni ne réduit aucune demande d'indemnisation s'il n'était pas raisonnablement possible de fournir la preuve dans ce délai, à condition que cette preuve soit fournie dès que raisonnablement possible.

Délai de règlement : L'indemnité payable en vertu du présent contrat doit être versée par l'Assureur au plus tard soixante (60) jours après la réception de la preuve de sinistre.

Païement de l'indemnité : L'indemnité en cas de mort accidentelle sera versée au bénéficiaire enregistré sous la forme d'une somme forfaitaire. L'indemnité forfaitaire est versée par l'Assureur dans les soixante (60) jours suivant la réception de la preuve de sinistre.

Si, au décès de l'Assuré, il n'y a pas de bénéficiaire survivant, l'indemnité de mort accidentelle est payable en une seule fois à la succession de l'Assuré.

Toutes les autres indemnités seront payables à l'Assuré.

Examens physiques et autopsie : les Assureurs ont le droit et la possibilité d'examiner, à leurs frais, le corps de tout Assuré dont la blessure est à l'origine de la demande d'indemnisation, lorsqu'ils le jugent raisonnablement nécessaire pendant l'examen d'une demande d'indemnisation au titre des présentes et de faire faire une autopsie en cas de décès lorsque cela n'est pas interdit par la loi.

Désignation ou changement de bénéficiaire : Sous réserve de toute restriction légale, l'Assuré admissible peut désigner un bénéficiaire pour recevoir les prestations de décès prévues par le présent Contrat ou peut changer le bénéficiaire déjà désigné, en

déposant un avis écrit. Aucune désignation ou changement de bénéficiaire en vertu du contrat ne lie l'Assureur avant que l'original ou un duplicata de celui-ci ne soit reçu par le dépositaire désigné des dossiers des bénéficiaires. Aucune cession d'intérêt ne lie l'Assureur avant que l'original ou une copie de celui-ci ne soit reçu par l'Assureur. L'Assureur n'assume aucune responsabilité quant à la validité ou à la suffisance juridique de cette désignation ou de ce changement de bénéficiaire.

Conformité avec les lois provinciales : Toute disposition de la présente politique qui, à sa date d'entrée en vigueur, est en conflit avec les lois de la province dans laquelle la présente politique a été délivrée ou émise pour être délivrée, est par la présente modifiée pour satisfaire aux exigences minimales de cette province.

Lois sur les accidents du travail : Le présent contrat ne remplace pas et n'affecte pas les exigences de couverture en vertu de toutes les lois sur les accidents du travail.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES ET RESTRICTIONS

Arbitrage : Tout désaccord résultant d'une différence d'opinions médicales doit être réglé entre deux (2) experts médicaux nommés par les deux (2) parties. Le règlement se fera par écrit. Tout différend entre les deux (2) experts médicaux sera soumis à un arbitre qui aura été nommé par écrit dès le départ par les deux (2) experts médicaux.

Fausse déclaration et fraude : Toutes les prestations au titre de la police sont annulables si l'Assureur détermine, avant ou après le sinistre, que le titulaire de la police ou la personne Assurée a dissimulé ou déformé tout fait ou circonstance important concernant la police ou son intérêt dans celle-ci, ou en cas de fraude ou de faux serment du titulaire de la police ou de la personne Assurée ou si le titulaire de la police refuse de divulguer des renseignements ou de permettre l'utilisation de ces renseignements sur l'un des Assurés au titre de la police. Si le preneur d'assurance ou l'Assuré fait une fausse déclaration importante sur la demande d'adhésion signée, il s'agit d'une violation du devoir de représentation équitable. En cas de violation par le titulaire de police, la responsabilité de l'Assureur sera suspendue. La responsabilité peut être rétablie si l'inobservation est corrigée. Si l'inobservation n'est pas corrigée ou ne peut pas l'être, la responsabilité de l'Assureur reste suspendue. Si l'inobservation est corrigée avant la survenue d'un sinistre, l'Assureur paiera la demande d'indemnisation, si elle est admissible et selon les termes du présent Contrat. Lorsque le sinistre survient après une inobservation mais avant qu'elle ne soit réparée, l'Assureur ne sera pas tenu responsable de ce sinistre et l'Assuré sera le seul responsable de tous les frais liés à sa demande, y compris les frais d'évacuation sanitaire d'urgence.

Si l'Assuré fait délibérément une fausse déclaration dans sa demande de règlement de sinistre au titre du présent Contrat, la demande sera invalidée, les droits de l'Assuré de recouvrer l'indemnité seront perdus et l'Assuré sera exclu du régime au moment de l'acte frauduleux.

Non-divulgarion et fausse déclaration par l'Assureur : Si l'Assureur omet de divulguer des renseignements importants ou fait une fausse déclaration au moment de l'adhésion à l'assurance, le contrat d'assurance peut être annulé par l'Assuré. Mais en l'absence de fraude, le contrat d'assurance n'est pas résiliable en raison de l'omission ou de la fausse déclaration après avoir été en vigueur pendant deux (2) ans.

Paiement des prestations : L'administrateur des demandes de remboursement effectue, au nom des Assureurs, le paiement des prestations à l'Assuré ou à son représentant légal ou directement au fournisseur de traitement ou de services. Le paiement est effectué en dollars canadiens.

Subrogation : Si l'Assuré subit une perte couverte par le présent contrat d'assurance, les Assureurs ont le droit de prendre des mesures pour faire valoir tous les droits, pouvoirs, privilèges et recours de l'Assuré, dans la mesure des indemnités versées au titre du présent contrat d'assurance, contre toute personne ou organisation ayant causé cette perte. En outre, si l'Assuré ne peut bénéficier d'aucune indemnité pour faute ou d'autres sources de paiement de frais, quelle que soit la faute, les Assureurs ont le droit de demander et de recouvrer ces indemnités. Si les Assureurs intentent une poursuite, ils peuvent le faire à leurs propres frais, au nom de l'Assuré, et celui-ci se rendra sur les lieux du sinistre pour aider à la poursuite. Si l'Assuré intente une poursuite pour un sinistre couvert, il doit immédiatement en informer l'Assureur afin que celui-ci puisse sauvegarder ses droits. Après un sinistre, l'Assuré ne doit prendre aucune mesure qui porterait atteinte aux droits des Assureurs.

Conditions légales

1. 1. La Police

La demande d'adhésion, la présente Police, tout document joint à la présente Police lorsqu'elle est émise, et toute modification apportée à la Police convenue par écrit après l'émission, constituent l'ensemble de la Police, et aucun agent n'a le pouvoir de la modifier ou de renoncer à l'une de ses dispositions.

2. Dérogation

L'Assureur est réputé n'avoir renoncé à aucune condition du présent Contrat, en tout ou en partie, à moins que la renonciation ne soit clairement exprimée par écrit et signée par l'Assureur.

3. Copie de la demande d'assurance

L'Assureur doit, sur demande, fournir à l'Assuré ou à un demandeur au titre de la police une copie de la demande d'assurance.

2. Faits matériels

Aucune déclaration faite par l'Assuré ou la personne Assurée au moment de la demande d'assurance ne peut être utilisée en défense d'une demande d'indemnisation au titre du présent Contrat ou pour se soustraire à celle-ci, sauf si elle figure dans la demande ou dans toute autre déclaration ou réponse écrite fournie comme preuve d'assurabilité.

3. Résiliation du contrat d'assurance par le titulaire de la police

Consulter la partie intitulée Résiliation du contrat d'assurance de la présente Police.

4. Résiliation du contrat d'assurance par l'Assureur

Consulter la partie intitulée Résiliation du contrat d'assurance dans la présente Police.

5. 1. Avis et preuve de sinistre

Le titulaire de police ou l'Assuré, ou un bénéficiaire habilité à présenter une demande de règlement, ou le mandataire de l'un d'entre eux, doit

- a. donner un avis écrit du sinistre à l'Assureur,
 - i. soit en personne, soit par courrier recommandé au siège social ou à l'agence principale de l'Assureur dans la province, ou
 - ii. par livraison à un agent autorisé de l'Assureur dans la province,au plus tard dans le nombre de jours autorisés, comme il est indiqué dans la présente police, à compter de la date de survenue du sinistre au titre de la police en raison d'un accident, d'une maladie ou d'une invalidité;
- b. dans le nombre de jours accordé, comme il est indiqué dans la présente Police, à compter de la date à laquelle une demande de règlement est présentée au titre de la police en raison d'un accident, d'une maladie ou d'une invalidité, fournir à l'Assureur la preuve qu'il est raisonnablement possible de fournir dans les circonstances de l'accident ou du commencement de la maladie ou de l'invalidité, et de la perte qui en résulte, du droit du demandeur à recevoir le paiement, de son âge et de l'âge du bénéficiaire, le cas échéant; et
- c. si l'Assureur l'exige, fournir une attestation satisfaisante de la cause ou de la nature de l'accident, de la maladie ou de l'invalidité pouvant faire l'objet d'une demande d'indemnité au titre du Contrat d'assurance et quant à la durée de cette invalidité.

2. Défaut de notification ou de preuve

Le défaut de donner un avis ou de fournir une preuve de sinistre dans le délai prescrit par la présente Contrat d'assurance n'invalide pas le sinistre si l'avis ou la preuve est donné ou fourni dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, et en aucun cas plus tard qu'un an à compter de la date de l'accident ou de la date à laquelle une demande de règlement est présentée au titre de la police pour cause de maladie ou d'invalidité, s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner l'avis ou de fournir la preuve dans le délai ainsi prescrit.

6. Fourniture par l'Assureur des formulaires de preuve de sinistre

L'Assureur doit fournir les formulaires nécessaires pour présenter la preuve de sinistre au plus tard quinze (15) jours après la réception de l'avis de sinistre. Si le demandeur ne reçoit pas le formulaire de preuve dans ce délai, il peut soumettre sa preuve sous la forme d'une déclaration écrite de la cause ou de la nature de l'accident, de la maladie ou de l'invalidité donnant lieu à la demande de règlement et de l'étendue du préjudice.

7. Droit d'examen

Comme condition préalable à la perception des sommes Assurées en vertu du présent Contrat d'assurance,

- a. le demandeur d'indemnités doit permettre à l'Assureur d'examiner les preuves de sinistre quand et aussi souvent que cela est raisonnablement nécessaire pendant que la demande d'indemnisation est en cours de traitement;
- b. en cas de décès de l'Assuré, l'Assureur peut exiger une autopsie sous réserve de toute loi sur l'autopsie en vigueur dans la province ou le territoire.

8. Lorsque des sommes sont exigibles pour un autre motif que la perte de temps

Toutes les sommes exigibles en vertu du présent Contrat d'assurance, à l'exception des indemnités pour perte de temps, doivent être versées par l'Assureur au plus tard soixante (60) jours après la réception de la preuve de sinistre.

9. Prescription

Aucune poursuite en justice contre l'Assureur pour la récupération des indemnités prévues par le présent Contrat d'assurance ne peut être engagée avant que soixante (60) jours ne se soient écoulés après la présentation d'une demande de règlement. Aucune poursuite de ce type ne peut être engagée après trois ans* suivant la date à laquelle la somme Assurée est devenue exigible ou serait devenue exigible si la demande de règlement avait été valide.

Le présent Contrat d'assurance est régi par les lois du Canada et de la province de l'Alberta et tout litige découlant du présent Contrat d'assurance sera réglé devant les tribunaux de l'Alberta.

* Deux (2) ans dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon.

La condition légale 12 de la Saskatchewan est abrogée. Voir *The Limitations Act*, S.S. 2004, c.L -16.1.

LSW1540

Conditions légales (Alberta)

1. Fausse déclaration

Si le demandeur d'assurance fait une description trompeuse des biens au détriment de l'Assureur, fait une fausse déclaration ou omet frauduleusement de communiquer un fait dont l'Assureur doit être informé pour évaluer le risque à assurer, le contrat d'assurance sera nul et considéré comme n'ayant jamais existé pour ce qui est des biens pour lesquels la fausse déclaration ou l'omission est jugée importante.

2. Biens d'autrui

L'Assureur n'est pas responsable des sinistres ou dommages causés à des biens appartenant à une personne autre que l'Assuré,

- a. à moins d'indication contraire expresse dans le contrat, ou
- b. à moins que l'intérêt de l'Assuré sur ces biens soit indiqué dans le contrat.

3. Changement d'intérêt

L'Assureur est responsable des pertes ou dommages survenant après une cession autorisée en vertu de la *Loi sur la faillite et l'insolvabilité (L.R.C. (1985), ch. B-3)* (Canada) ou un changement de titre par succession, par effet de la loi ou par décès.

4. Changement important du risque

1. L'Assuré doit informer sans délai et par écrit l'Assureur ou son mandataire d'un changement qui est
 - a. en rapport à l'évaluation du risque, et
 - b. sous la maîtrise et la connaissance de l'Assuré.
2. Si un Assureur ou son agent n'est pas informé rapidement d'un changement en vertu du sous-alinéa 1 de la présente condition, le contrat est nul pour la partie concernée par le changement.
3. Si une modification est notifiée à l'Assureur ou à son mandataire en vertu du sous-alinéa 1 de la présente condition, l'Assureur peut
 - a. résilier le contrat conformément à la condition légale 5, ou

- b. notifier l'Assuré par écrit que, s'il souhaite que le contrat reste en vigueur, l'Assuré doit, dans les 15 jours suivant la réception de l'avis, verser à l'Assureur une prime supplémentaire précisée dans l'avis.
- 4. Si l'Assuré ne paie pas de prime supplémentaire lorsqu'il est tenu de le faire en vertu du sous-alinéa 3) b) de la présente condition, le contrat est résilié à ce moment-là et la condition légale 5 (2) a) s'applique à la partie non versée de la prime.

5. Résiliation du contrat d'assurance

- 1. Le contrat peut être résilié
 - a. par l'Assureur en donnant à l'Assuré un préavis de résiliation de 15 jours par courrier recommandé ou un préavis écrit de résiliation de 5 jours remis en mains propres, ou
 - b. par l'Assuré à tout moment sur demande.
- 2. Si le contrat est résilié par l'Assureur,
 - a. l'Assureur doit rembourser l'excédent de la prime effectivement payée par l'Assuré sur la prime calculée au prorata de la période écoulée, mais en aucun cas la prime calculée au prorata de la période écoulée ne peut être inférieure à toute prime minimale conservée spécifiée dans le contrat, et
 - b. le remboursement doit accompagner l'avis, sauf si le montant de la prime est sujet à modification ou à détermination de son montant, auquel cas le remboursement doit être effectué dès que possible.
- 3. Si le contrat est résilié par l'Assuré, l'Assureur doit rembourser dès que possible l'excédent de la prime effectivement payée par l'Assuré sur la prime à taux courte durée pour la période écoulée spécifiée dans le contrat, mais en aucun cas le taux courte durée pour la période écoulée ne peut être inférieur à toute prime minimale conservée spécifiée dans le contrat.
- 4. Le délai de 15 jours visé au paragraphe 1, point a), de la présente condition commence à courir le jour où la lettre recommandée ou la notification de celle-ci est remise à l'adresse postale de l'Assuré.

6. Exigences à satisfaire après sinistre

- 1. En cas de sinistre ou de dommages aux biens Assurés, l'Assuré doit, si le sinistre ou les dommages sont couverts par le contrat, en plus de respecter la Condition légale 9,
 - a. notifier immédiatement par écrit l'Assureur,
 - b. envoyer dès que possible à l'Assureur une preuve de sinistre ou de dommages aux biens Assurés, vérifiée par déclaration solennelle,
 - i. en dressant un inventaire complet de ces biens et en indiquant en détail les quantités et le coût de ces biens et les détails du montant des indemnités demandées,
 - ii. en indiquant quand et comment le sinistre s'est produit, et s'il a été causé par un incendie ou une explosion causée par l'inflammation, comment l'incendie ou l'explosion a pris naissance, pour autant que l'Assuré le sache ou le croie,
 - iii. en précisant que le sinistre n'est pas causé par un acte ou à une négligence délibérés ni avec connivence de l'Assuré,
 - iv. en indiquant le montant des autres assurances et le nom des autres Assureurs,
 - v. en indiquant l'intérêt de l'Assuré et de toutes les autres personnes sur ces biens, avec mention de tous les privilèges, charges et autres droits sur ces biens,
 - vi. en indiquant tout changement de titre, d'utilisation, d'occupation, d'emplacement, de possession ou d'exposition du bien depuis l'émission du contrat, et
 - vii. en indiquant le lieu où se trouvait le bien Assuré au moment du sinistre,
 - c. si l'Assureur l'exige, fournir un inventaire complet des biens non endommagés indiquant en détail les quantités et le coût de ces biens
 - d. si l'Assureur l'exige et si cela est possible,
 - i. produire des livres de comptes et des listes d'inventaire,
 - ii. fournir des factures et autres pièces justificatives vérifiées par déclaration solennelle, et
 - iii. fournir une copie de la partie écrite de tout autre contrat pertinent.
- 2. Les preuves produites en vertu du sous-alinéa 1, points c) et d), de la présente condition ne doivent pas être considérées comme des preuves de sinistre au sens des conditions légales 12 et 13.

7. Fraude

Toute fraude ou fausse déclaration délibérée dans une attestation en lieu de serment de renseignements exigés en vertu de la condition légale 6 invalide la demande de règlement de la personne ayant fait la déclaration.

8. Qui peut donner un avis et une preuve de sinistre

L'avis de sinistre en vertu de la condition légale 6 (1) (a) peut être donné et la preuve de sinistre en vertu de la condition légale 6 (1) (b) peut être faite

- a. par l'agent de l'Assuré, si
 - i. l'Assuré est absent ou incapable de donner l'avis ou d'apporter la preuve, et
 - ii. l'absence ou l'incapacité est justifiée de manière satisfaisante, ou
- b. par une personne à laquelle une partie des fonds de l'assurance est payable, si l'Assuré refuse de le faire ou dans les circonstances décrites à la clause (a) de la présente condition.

9. Récupération

1. En cas de sinistre ou de dommages aux biens Assurés, l'Assuré doit prendre toutes les mesures raisonnables pour prévenir d'autres sinistres ou autres dommages à ces biens et aux biens Assurés en vertu du contrat, y compris, si nécessaire, l'enlèvement.
2. L'Assureur doit contribuer au prorata des frais raisonnables et appropriés liés aux démarches entreprises par l'Assuré en vertu du paragraphe 1 de la présente condition.

10. Entrée, contrôle, abandon

Après un sinistre ou des dommages aux biens Assurés, l'Assureur a

- a. un droit d'accès et d'entrée immédiat permettant aux représentants autorisés d'inspecter et d'examiner les biens, et d'évaluer le sinistre ou les dommages, et
- b. après que l'Assuré ait mis les biens en sécurité, un autre droit d'accès et d'entrée des représentants autorisés pour leur permettre d'évaluer le sinistre ou les dommages, mais
 - i. sans le consentement de l'Assuré, l'Assureur n'a pas droit au contrôle ou à la possession des biens de l'Assuré, et
 - ii. sans l'accord de l'Assureur, les biens de l'Assuré ne peuvent pas être abandonnés

11. En cas de désaccord

1. En cas de désaccord sur la valeur des biens Assurés, la valeur des biens récupérés, la nature et l'étendue des travaux de réparation ou des remplacements nécessaires ou, s'ils sont effectués, leur adéquation, ou le montant de la perte ou du dommage, ces questions doivent être déterminées en utilisant la procédure de règlement des litiges prévue par la *loi sur les assurances*, que le droit de l'Assuré de récupérer en vertu du contrat soit contesté ou non, et indépendamment de toute autre question.
2. Il n'y a pas de droit au règlement d'un litige en vertu de cette condition jusqu'à ce que
 - a. une demande spécifique ait été formulée par écrit, et
 - b. la preuve du sinistre ait été remise à l'Assureur.

12. Versement des indemnités

À moins que le contrat ne prévoie un délai plus court, les indemnités sont payables au plus tard 60 jours après l'établissement de la preuve de sinistre conformément à la condition légale 6 et sa remise à l'Assureur.

13. Réparation ou remplacement

1. À moins qu'une procédure de règlement des litiges n'ait été engagée, l'Assureur peut, au lieu de payer, réparer, reconstruire ou remplacer les biens Assurés perdus ou endommagés, signifier son intention de le faire au cours des 30 jours suivant la réception de la preuve du sinistre.
2. Si l'Assureur donne un avis en vertu du sous-alinéa 1 de la présente condition, il doit commencer à réparer, reconstruire ou remplacer les biens au cours des 45 jours suivant la réception de la preuve du sinistre, et doit terminer les travaux dans un délai raisonnable.

14. Avis

1. L'avis écrit à l'Assureur peut être remis ou envoyé par poste recommandé à l'agence principale ou au siège social de l'Assureur dans la province.
2. La notification écrite à l'Assuré peut être remise personnellement ou envoyée par poste recommandée à la dernière adresse connue de l'Assuré, telle qu'elle a été transmise à l'Assureur par l'Assuré.

01/07/12

LSW1814

Conditions légales (Colombie-Britannique)

1. Fausse déclaration

Si le demandeur d'assurance fait une description trompeuse des biens au détriment de l'Assureur, fait une fausse déclaration ou omet intentionnellement de communiquer un fait dont l'Assureur doit être informé pour évaluer le risque à assurer, le Contrat d'assurance sera nul et considéré comme n'ayant jamais existé pour ce qui est des biens pour lesquels la fausse déclaration ou l'omission est jugée importante.

2. Biens d'autrui

L'Assureur n'est pas responsable des sinistres ou dommages causés à des biens appartenant à une personne autre que l'Assuré,

- a. à moins d'indication contraire expresse dans le contrat, ou
- b. à moins que l'intérêt de l'Assuré sur ces biens soit indiqué dans le contrat.

3. Changement d'intérêt

L'Assureur est responsable des pertes ou dommages survenant après une cession autorisée en vertu de la *Loi sur la faillite et l'insolvabilité* (Canada) ou un changement de titre par succession, par effet de la loi ou par décès.

4. Changement important du risque

1. L'Assuré doit informer sans délai et par écrit l'Assureur ou son mandataire d'un changement qui est
 - a. important relativement au risque, et
 - b. sous le dépendance et la connaissance de l'Assuré.
2. Si un Assureur ou son agent n'est pas informé rapidement d'un changement en vertu du sous-alinéa 1 de la présente condition, le contrat est nul pour la partie concernée par le changement.
3. Si une modification est notifiée à l'Assureur ou à son mandataire en vertu du sous-alinéa 1 de la présente condition, l'Assureur peut
 - a. résilier le contrat conformément à la condition légale 5, ou
 - b. informer l'Assuré par écrit que, s'il souhaite que le contrat reste en vigueur, l'Assuré doit, au plus tard 15 jours suivant la réception de l'avis, verser à l'Assureur une prime supplémentaire précisée dans l'avis.
4. Si l'Assuré ne paie pas de prime supplémentaire lorsqu'il est tenu de le faire en vertu du sous-alinéa 3) b) de la présente condition, le contrat est résilié à ce moment-là et la condition légale 5 (2) a) s'applique à la partie non acquise de la prime.

5. Résiliation du contrat d'assurance

1. Le contrat peut être résilié
 - a. par l'Assureur en donnant à l'Assuré un préavis de résiliation de 15 jours par courrier recommandé ou un préavis de résiliation écrit de 5 jours remis en mains propres, ou
 - b. par l'Assuré à tout moment sur demande.
2. Si le contrat est résilié par l'Assureur,
 - a. l'Assureur doit rembourser l'excédent de la prime effectivement payée par l'Assuré sur la prime calculée au prorata de la période écoulée, mais en aucun cas la prime calculée au prorata de la période écoulée ne peut être inférieure à toute prime minimale conservée spécifiée dans le contrat, et
 - b. le remboursement doit accompagner l'avis, sauf si le montant de la prime est sujet à modification ou à détermination de son montant, auquel cas le remboursement doit être effectué dès que possible.
3. Si le contrat est résilié par l'Assuré, l'Assureur doit rembourser dès que possible l'excédent de la prime effectivement payée par l'Assuré sur le taux courte durée pour la période écoulée spécifiée dans le contrat, mais en aucun cas le taux courte durée pour la période écoulée ne peut être inférieur à toute prime minimale conservée spécifiée dans le contrat.
4. Le délai de 15 jours visé au sous-alinéa 1, point a), de la présente condition commence à courir le jour où la lettre recommandée ou la notification de celle-ci est remise à l'adresse postale de l'Assuré.

6. Exigences à satisfaire après sinistre

1. En cas de sinistre ou de dommages aux biens Assurés, l'Assuré doit, si le sinistre ou les dommages sont couverts par le contrat, en plus de respecter la Condition légale 9,
 - a. notifier immédiatement par écrit l'Assureur,
 - b. envoyer dès que possible à l'Assureur une preuve de sinistre ou de dommages aux biens Assurés, vérifiée par déclaration solennelle,
 - i. en dressant un inventaire complet de ces biens et en indiquant en détail les quantités et le coût de ces biens et les détails du montant des indemnités demandées,
 - ii. en indiquant quand et comment le sinistre s'est produit, et s'il a été causé par un incendie ou une explosion causée par l'inflammation, comment l'incendie ou l'explosion a pris naissance, pour autant que l'Assuré le sache ou le croie,
 - iii. en précisant que le sinistre n'est pas causé par un acte ou à une négligence délibérés ni avec connivence de l'Assuré,
 - iv. en indiquant le montant des autres assurances et le nom des autres Assureurs,
 - v. en indiquant l'intérêt de l'Assuré et de toutes les autres personnes sur ces biens, avec mention de tous les privilèges, charges et autres droits sur ces biens,
 - vi. en indiquant tout changement de titre, d'utilisation, d'occupation, d'emplacement, de possession ou d'exposition du bien depuis l'émission du contrat, et
 - vii. en indiquant le lieu où se trouvait le bien Assuré au moment du sinistre,
 - c. si l'Assureur l'exige, fournir un inventaire complet des biens non endommagés indiquant en détail les quantités et le coût de ces biens
 - d. si l'Assureur l'exige et si cela est possible,
 - i. produire des livres de comptes et des listes d'inventaire,
 - ii. fournir des factures et autres pièces justificatives vérifiées par déclaration solennelle, et
 - iii. fournir une copie de la partie écrite de tout autre contrat pertinent.
2. Les preuves produites en vertu du sous-alinéa 1, points c) et d), de la présente condition ne doivent pas être considérées comme des preuves de sinistre au sens des conditions légales 12 et 13.

7. Fraude

Toute fraude ou fausse déclaration délibérée dans une déclaration solennelle de renseignements exigés en vertu de la condition légale 6 invalide la demande de la personne qui a fait la déclaration.

8. Qui peut donner un avis et une preuve de sinistre

L'avis de perte en vertu de la condition légale 6 (1) (a) peut être donné et la preuve de sinistre en vertu de la condition légale 6 (1) (b) peut être faite

- a. par l'agent de l'Assuré, si
 - i. l'Assuré est absent ou incapable de donner l'avis ou d'apporter la preuve, et si
 - ii. l'absence ou l'incapacité est justifiée de manière satisfaisante, ou
- b. par une personne à laquelle une partie des fonds de l'assurance est payable, si l'Assuré refuse de le faire ou dans les circonstances décrites à la clause (a) de la présente condition.

9. Récupération

1. En cas de sinistre ou de dommages aux biens Assurés, l'Assuré doit prendre toutes les mesures raisonnables pour prévenir d'autres sinistres ou autres dommages à ces biens et aux biens Assurés en vertu du contrat, y compris, si nécessaire, l'enlèvement.
2. L'Assureur doit contribuer au prorata des frais raisonnables et appropriés liés aux démarches entreprises par l'Assuré en vertu du paragraphe 1 de la présente condition.

10. Entrée, contrôle, abandon

Après la perte ou l'endommagement des biens Assurés, l'Assureur a

- a. un droit d'accès et d'entrée immédiat permettant aux représentants autorisés d'inspecter et d'examiner les biens, et d'évaluer le sinistre ou les dommages, et
- b. après que l'Assuré ait mis les biens en sécurité, un autre droit d'accès et d'entrée pour permettre aux représentants autorisés d'évaluer le sinistre ou les dommages, mais
 - i. sans le consentement de l'Assuré, l'Assureur n'a pas le droit de contrôler ou de posséder les biens de l'Assuré, et
 - ii. sans l'accord de l'Assureur, les biens de l'Assuré ne peuvent pas être abandonnés.

11. En cas de désaccord

1. En cas de désaccord sur la valeur des biens Assurés, la valeur des biens sauvés, la nature et l'étendue des réparations ou des remplacements nécessaires ou, s'ils sont effectués, leur adéquation, ou le montant du sinistre ou des dommages, ces questions doivent être réglées à l'aide de la procédure de règlement des litiges en vigueur prévue par la *Loi sur les assurances*, que le droit de l'Assuré de récupérer en vertu du Contrat soit contesté ou non, et indépendamment de toute autre question.
2. Il n'y a pas de droit au règlement des litiges sous cette condition jusqu'à
 - a. une demande spécifique ait été présentée par écrit, et
 - b. la preuve du sinistre ait été remise à l'Assureur.

12. Versement des indemnités

À moins que le contrat ne prévoie un délai plus court, le sinistre est payable dans les 60 jours suivant l'établissement de la preuve du sinistre conformément à la condition légale 6 et sa remise à l'Assureur.

Réparation ou remplacement.

1. À moins qu'une procédure de règlement des litiges n'ait été engagée, l'Assureur peut, au lieu de payer, réparer, reconstruire ou remplacer les biens Assurés sinistrés ou endommagés, en donnant un avis écrit de son intention de le faire au cours des 30 jours suivant la réception de la preuve du sinistre.
2. Si l'Assureur donne un avis en vertu du sous-alinéa de la présente condition, il doit commencer à réparer, reconstruire ou remplacer les biens dans les 45 jours suivant la réception de la preuve du sinistre, et terminer les travaux dans un délai raisonnable.

13. Avis

1. L'avis écrit à l'Assureur peut être livré ou envoyé par poste recommandée à l'agence principale ou au siège social de l'Assureur dans la province.
2. L'avis écrit à l'Assuré peut être remis en personne ou envoyée par courrier recommandé à la dernière adresse connue de l'Assuré, telle qu'elle a été transmise à l'Assureur par l'Assuré.

01/07/12

LSW1815