

Assurance accident vie quotidienne



La compagnie d'assurance AIG du Canada



Par l'intermédiaire de :
Lussier Dale Parizeau Inc.
Montréal, Québec

Table des matières

	Page
▶ Définitions	2
▶ Objet de l'assurance	4
▶ Capital assuré	5
▶ Prestations	5
▶ Prestations additionnelles exclusives aux membres CAA-Québec	9
▶ Limitations et exclusions	9
▶ Dispositions	10
▶ Identification des parties	11

Cette assurance est émise à l'intention de la personne désignée comme étant le titulaire sur l'attestation d'assurance. Le présent document ainsi que votre attestation d'assurance énoncent les conditions de votre assurance, certaines pouvant limiter les prestations et les montants payables. Nous vous recommandons de lire attentivement ces documents afin de bien comprendre les conditions de votre assurance.

Vous disposez de 10 jours à compter de la date de réception pour examiner ces documents. Si vous n'êtes pas entièrement satisfait et que vous communiquez avec le Cabinet en assurance de personnes CAA-Québec dans ce délai, votre prime vous sera intégralement remboursée. Votre signature est requise pour toute demande d'annulation.

Définitions

Accident signifie un événement soudain, inattendu, involontaire, externe et imprévisible, qui survient pendant la période de garantie et qui, indépendamment de toute autre cause, entraîne une blessure.

Accidentel signifie causé par un accident, tel que défini ci-dessus.

Activités de la vie quotidienne signifie les 6 activités suivantes :

1. Maintien de la continence : contrôle des urines et des selles, y compris l'habileté à utiliser des fournitures pour stomisés ou d'autres appareils, comme les cathéters;
2. Déplacement : se déplacer entre le lit et une chaise ou entre le lit et un fauteuil roulant;
3. Habillement : s'habiller et se déshabiller en mettant ou en enlevant tous les articles d'habillement nécessaires;
4. Toilettes : aller aux toilettes et en revenir, s'asseoir sur la cuvette et se lever et faire les gestes d'hygiène personnelle qui y sont associés;
5. Manger : effectuer toutes les tâches principales nécessaires pour se nourrir; et
6. Prendre une douche ou un bain : se laver dans une baignoire ou prendre une douche, y compris entrer dans la baignoire ou se placer sous la douche.

Assureur signifie la Compagnie d'Assurance AIG du Canada.

Attestation d'assurance signifie le document émis à votre intention en réponse à votre demande initiale ou lors de son renouvellement, en contrepartie du paiement de la prime.

Blessure signifie une lésion corporelle subie par une personne assurée pendant la période de garantie et résultant, directement et indépendamment de toute autre cause, d'un accident.

Capital assuré signifie le montant pour lequel la personne assurée est couverte selon la protection et de l'option choisies et de la prime que vous avez payée, tel qu'indiqué sur votre plus récente attestation d'assurance.

Conjoint signifie une personne de moins de 70 ans lors de la première souscription du titulaire et de moins de 80 ans à la date du renouvellement de l'assurance par la suite, qui est admissible à la RAMQ ou à tout autre régime d'assurance-maladie offert par un gouvernement provincial ou territorial canadien et avec qui vous êtes légalement marié ou uni civilement, ou avec qui vous vivez conjugalement et dont vous n'êtes pas séparé depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de votre union. Si plusieurs personnes sont admissibles à ce titre, votre conjoint aux fins de la présente assurance est la personne à qui vous êtes légalement marié ou uni civilement.

Date d'effet signifie la date d'effet indiquée sur votre plus récente attestation d'assurance.

Date d'expiration signifie la date d'expiration indiquée sur votre plus récente attestation d'assurance.

Enfant à charge signifie un enfant de sang, un enfant adopté ou un enfant né d'une autre union du conjoint ou un enfant pour qui vous tenez le rôle de parent, qui est admissible à la RAMQ ou à tout autre régime d'assurance-maladie offert par un gouvernement provincial ou territorial canadien, et qui :

- a) est âgé de moins de 23 ans, est célibataire et dépend de vous pour son soutien et sa subsistance et qui n'exerce pas d'emploi rémunéré de plus de 25 heures par semaine au moment de la perte; ou
- b) est âgé de moins de 26 ans, est célibataire, fréquente un établissement d'enseignement supérieur, dépend de vous pour son soutien et sa subsistance et n'exerce pas d'emploi rémunéré de plus de 25 heures par semaine au moment de la perte (excluant lors des congés scolaires et les stages rémunérés); ou
- c) en raison d'infirmité mentale ou physique, est incapable d'exercer un emploi lui permettant de subvenir à ses besoins et est considéré comme votre enfant à charge au sens de la Loi de l'impôt sur le revenu du Canada.

Établissement d'enseignement supérieur signifie, sans s'y limiter, une université, un collège d'enseignement postsecondaire ou une école de métiers et tout collège d'enseignement général et professionnel (CÉGEP) reconnu par la province du Québec. Les établissements préscolaires, primaires et secondaires sont exclus.

Hôpital signifie 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 patient hospitalisé;
- c) fournit des services de soins infirmiers 24 heures par jour dispensés par des infirmiers autorisés ou des infirmiers diplômés;
- d) compte parmi son personnel au moins un 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.

Invalidité totale et permanente signifie un état résultant d'une blessure nécessitant un traitement dispensé par un médecin dans les 30 jours suivant la date de l'accident ayant causé la blessure qui empêche une personne assurée d'effectuer au moins 2 des 6 activités de la vie quotidienne sans l'aide d'une autre personne. De plus, il doit être déterminé, selon une preuve que l'assureur juge satisfaisante, que la personne assurée est et demeure, 12 mois après la date de la blessure, incapable d'effectuer au moins 2 des 6 activités de la vie quotidienne sans aide jusqu'à la fin de sa vie. Un médecin approuvé par l'assureur doit attester que l'invalidité est totale, permanente et irréversible. L'incapacité de la personne assurée à obtenir un emploi n'est pas un critère d'admissibilité aux prestations d'invalidité totale et permanente.

Médecin signifie un médecin praticien, autre que la personne assurée, qu'un membre de sa famille immédiate ou qu'une personne qui habite chez elle, autorisé à administrer des traitements médicaux et à prescrire des médicaments dans le lieu où il offre des services médicaux. Les personnes suivantes ne sont pas considérées comme un médecin: naturopathe, herboriste et homéopathe.

Membre de la famille immédiate signifie une personne qui a des liens de parenté avec la personne assurée en tant que : conjoint ou conjointe, beau-frère ou belle-sœur, beau-fils ou belle-fille, beau-père ou belle-mère, père ou mère (y compris le conjoint du père ou de la mère), frère ou sœur (y compris demi-frère ou demi-sœur) ou enfant (y compris légalement adopté et du conjoint).

Mort cérébrale signifie la perte complète et permanente d'activité cérébrale.

Nous fait référence à la compagnie 9099-0383 Québec inc. f.a.s. Cabinet en assurance de personnes CAA-Québec.

Période de garantie signifie la durée de la présente couverture d'assurance, à compter de la date d'effet jusqu'à la date d'expiration.

Personne assurée, dans le cadre d'une protection individuelle, signifie vous; dans le cadre d'une protection monoparentale, signifie vous et vos enfants à charge; dans le cadre d'une protection familiale, signifie vous, votre conjoint et vos enfants à charge.

Perte admissible signifie toute perte définie au tableau des pertes et spécifiée comme suit :

- **perte de la vie** signifie un décès accidentel;
- **perte de l'usage** signifie la perte totale et irrémédiable de l'usage d'un membre; continue pendant 12 mois et associée à des lésions nerveuses jugées permanentes;
- **perte d'un bras ou d'une jambe** signifie le sectionnement à l'articulation du coude ou du genou, ou au-dessus;

- **perte d'une main ou d'un pied** signifie le sectionnement à l'articulation du poignet ou de la cheville, ou au-dessus mais en dessous de l'articulation du coude ou du genou;
- **perte du pouce et de l'index d'une même main** signifie le sectionnement total à la première phalange ou au-dessus;
- **perte des quatre doigts d'une même main** signifie le sectionnement total à la première phalange ou au-dessus des quatre doigts;
- **perte de tous les orteils d'un pied** signifie le sectionnement total des deux phalanges de tous les orteils;
- **perte d'un doigt** signifie le sectionnement total à la première phalange ou au-dessus;
- **perte d'un orteil** signifie le sectionnement total de deux phalanges;
- **perte de la vue complète d'un oeil ou des deux yeux** signifie la perte totale et irrémédiable de la vue de façon à ce que l'acuité visuelle corrigée soit égale ou inférieure à 20/200 et que le champ visuel soit inférieur à 20 degrés. Un ophtalmologiste qualifié doit confirmer un tel diagnostic par écrit;
- **perte de l'ouïe d'une oreille ou des deux oreilles** signifie la perte totale et irrémédiable de l'ouïe, le seuil auditif excédant 90 décibels. Un oto-rhino-laryngologiste qualifié doit confirmer un tel diagnostic par écrit;
- **perte de la parole** signifie la perte totale et irrémédiable de la capacité d'émettre des sons intelligibles;
- **quadriplégie, paraplégie et hémiplégie** signifie la paralysie complète et irréversible des membres atteints.

Protection familiale, si indiquée sur votre attestation d'assurance, signifie que vous, votre conjoint et vos enfants à charge êtes couverts par l'assurance. Si, ultérieurement, vous faites une demande pour une protection familiale, celle-ci prendra effet lorsque nous recevrons votre demande accompagnée de la prime applicable.

Protection individuelle, si indiqué sur votre attestation d'assurance, signifie que vous seul êtes couvert par l'assurance.

Protection monoparentale, si indiquée sur votre attestation d'assurance, signifie que vous et vos enfants à charge êtes couverts par l'assurance. Si vous faites une demande pour une protection monoparentale, celle-ci prendra effet lorsque nous recevrons votre demande accompagnée de la prime applicable.

Titulaire signifie un personne d'au moins 18 ans et de moins de 70 ans lors de sa première souscription et de moins de 80 ans à la date du renouvellement par la suite, de nationalité canadienne en vertu de son droit de citoyenneté ou de son statut d'immigrant reçu, qui est admissible à la RAMQ ou à tout autre régime d'assurance-maladie offert par un gouvernement provincial ou territorial canadien et qui a souscrit de son propre gré à la couverture d'assurance dont il est question dans ce document.

Thérapie psychologique signifie le traitement ou les conseils dispensés par un thérapeute ou un conseiller agréé, certifié ou accrédité, habilité à fournir un tel traitement en consultation externe ou dans un établissement médical autorisé à fournir un tel traitement, autre qu'un membre de la famille immédiate ou qu'une personne qui habite chez la personne assurée.

Vous et votre font référence à la personne désignée comme le titulaire sur l'attestation d'assurance.

Objet de l'assurance

L'assureur s'engage à verser les prestations prévues par cette assurance résultant, directement et indépendamment de toute autre cause, d'un accident qui survient pendant la période de garantie.

Capital assuré

Le capital assuré est le suivant selon la protection et l'option choisies :

Protection	Personne assuré	Capital assuré	
		Option 1	Option 2
Protection individuelle	Titulaire :	100 000 \$	200 000 \$
Protection monoparentale	Titulaire :	100 000 \$	200 000 \$
	Chaque enfant à charge :	15 000 \$	25 000 \$
Protection familiale	Titulaire :	100 000 \$	200 000 \$
	Conjoint :	100 000 \$	200 000 \$
	Chaque enfant à charge :	15 000 \$	25 000 \$

Réduction du capital assuré en raison de l'âge

Dès qu'elle atteint l'âge de 75 ans, la personne assurée voit sa couverture réduite à 25 % du capital assuré soit :

Option 1 : De 100 000 \$ à 25 000 \$

Option 2 : De 200 000 \$ à 50 000 \$

Décès, mutilation, paralysie et perte de l'usage par accident

Si une perte admissible survient dans les 365 jours suivant la date de l'accident qui en est la cause, l'assureur prévoit le versement d'un montant forfaitaire tel qu'indiqué dans le tableau des pertes suivant :

Tableau des pertes

- Perte de la vie Le capital assuré
- Perte ou perte de l'usage:
 - des deux mains ou des deux pieds Le capital assuré
 - de la vue complète des deux yeux Le capital assuré
 - d'une main et d'un pied Le capital assuré
 - d'une main ou d'un pied et de la vue complète d'un œil Le capital assuré
 - de la parole et de l'ouïe des deux oreilles Le capital assuré
 - d'un bras ou d'une jambe 4/5 du capital assuré
 - d'une main ou d'un pied ou de la vue complète d'un œil 3/4 du capital assuré
 - de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles 3/4 du capital assuré
 - de l'ouïe d'une oreille 2/3 du capital assuré
 - du pouce et de l'index de la même main ou de quatre doigts d'une main 1/3 du capital assuré
 - de tous les orteils d'un pied 1/4 du capital assuré
 - d'un doigt ou d'un orteil 1/20 par doigt ou orteil
- Mort cérébrale Le capital assuré
- Quadriplégie (membres inférieurs et supérieurs) Le capital assuré
- Paraplégie (membres inférieurs) Le capital assuré
- Hémiplegie (membre inférieur et membre supérieur du même côté du corps) Le capital assuré

Si, à la suite d'un même accident, une personne assurée subit plus d'une perte couverte, l'assureur payera le montant correspondant à chacune mais sans dépasser, au total, le montant prévu en cas de perte de la vie.

Disparition

Si le corps d'une personne assurée n'est pas retrouvé dans les 365 jours suivant l'atterrissage forcé, l'échouement, le naufrage ou la destruction d'un moyen de transport à bord duquel elle se trouvait, elle sera présumée, aux fins de la présente couverture d'assurance et en l'absence d'une preuve contraire, que cette personne a perdu la vie de façon accidentelle.

Prestations

Prestation pour invalidité totale et permanente

Si, dans les 365 jours suivant un accident couvert, une personne assurée de moins de 75 ans est frappée d'invalidité totale et permanente par suite de ses blessures et que cette invalidité continue de façon ininterrompue durant 12 mois, l'assureur versera la différence entre le montant qui, selon le tableau des pertes, aurait été payable si la personne assurée avait perdu la vie et toute autre prestation payée ou payable au titre de la présente couverture d'assurance en raison des blessures qu'elle a subies.

Prestation pour dépenses paramédicales en cas d'accident

Si, à la suite d'une blessure, et que dans les 30 jours suivant la date de l'accident à l'origine de la blessure, une personne assurée obtient un traitement paramédical au **Canada**, recommandé par un médecin légalement autorisé à exercer la médecine et qu'à la suite d'une telle blessure, cette personne doit engager des dépenses, l'assureur remboursera les frais raisonnables et nécessaires pour les services paramédicaux suivants :

- a) les frais de services infirmiers privés dispensés par une infirmière diplômée autorisée, autre qu'un membre de la famille immédiate ou qu'une personne qui habite chez la personne assurée . Ces prestations sont payables jusqu'à un maximum de 50 \$ par heure et jusqu'à concurrence de 5 000 \$ pour toutes les blessures découlant d'un 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 (recommandation d'un médecin non requise pour le transport initial vers l'hôpital). Ces prestations sont payables jusqu'à concurrence de 5 000 \$ pour toutes les blessures découlant d'un seul accident;
- c) les frais d'hôpital correspondant à la différence entre l'allocation pour un lit en salle commune de la RAMQ ou aux termes de tout autre régime d'assurance-maladie offert par un gouvernement provincial ou territorial canadien et les frais pour un lit dans une chambre semi-privée. Ces prestations sont payables jusqu'à concurrence de 5 000 \$ pour toutes les blessures découlant d'un 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 montant maximal de 500 \$ pour toutes les blessures découlant d'un seul accident;
- f) les frais pour les services d'un chiropraticien autorisé. Ces prestations sont payables jusqu'à un montant maximal de 500 \$ pour toutes les blessures découlant d'un seul accident;
- g) les frais pour les services d'un ergothérapeute autorisé. Ces prestations sont payables jusqu'à un montant maximal de 500 \$ pour toutes les blessures découlant d'un seul accident; et
- h) les frais pour les prothèses auditives, les béquilles, les attelles, les plâtres, les minerves et les supports orthopédiques, à l'exclusion de leur remplacement.

Le remboursement ne sera fait que si les frais sont :

- a) engagés au Canada;
- b) engagés dans les 52 semaines suivant la date de l'accident à l'origine de la blessure;
- c) engagés uniquement à des fins thérapeutiques et non de traitement facultatif ; et
- d) soumis à l'assureur avec les reçus originaux 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 collective, un régime d'assurance automobile et tout régime provincial ou territorial d'assurance-maladie, hospitalisation ou médicaments.

Le montant maximal est de 10 000 \$ pour toutes les blessures découlant d'un seul accident.

Prestation pour prothèse

Si, à la suite d'une perte admissible résultant de blessures accidentelles, une personne assurée doit se procurer un membre artificiel, une prothèse oculaire ou toute autre prothèse, excluant une prothèse auditive, prescrit par un médecin ou un chirurgien, l'assureur remboursera les frais raisonnables engagés à cette fin dans les 2 années suivant la date de l'accident. La prestation maximale est de 2 500 \$ par accident.

Prestation pour soins dentaires en cas d'accident

Si une personne assurée subit une blessure à des dents saines et entières et que, dans les 30 jours suivant la date de l'accident à l'origine de la blessure, cette personne obtient un traitement au Canada dispensé par un dentiste ou un chirurgien-dentiste légalement autorisé à exercer sa profession et que cette personne doit engager des dépenses liées aux soins dentaires, l'assureur remboursera 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 le traitement a été reçu.

Le remboursement ne sera fait que si les frais sont :

- a) engagés au Canada;
- b) engagés dans les 52 semaines suivant la date de l'accident à l'origine de la blessure;
- c) engagés uniquement à des fins thérapeutiques et non de traitement facultatif ou esthétique; et
- d) soumis à l'assureur avec un formulaire original standard prévu à cet effet, dûment rempli.

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 collective, une police d'assurance automobile et tout régime provincial ou territorial d'assurance-maladie, hospitalisation ou médicaments.

Le montant maximal payable pour toutes les blessures découlant d'un seul accident est :

- Option 1 : 500 \$
- Option 2 : 1 000 \$

Prestation pour fractures

Si une personne assurée subit une blessure qui entraîne une fracture ou une luxation décrite dans le tableau des fractures ci-dessous et qu'une telle fracture ou luxation est diagnostiquée dans les 30 jours suivant la date de l'accident qui en est à l'origine, l'assureur payera le montant précisé dans le tableau des fractures.

Le montant maximal pour toutes les blessures découlant d'un seul accident est :

- Option 1 : 1 000 \$
- Option 2 : 2 000 \$

Tableau des fractures

Fracture complète (y compris la fracture en bois vert) :	Option 1	Option 2
• Crâne (enfonceur localisé) • Colonne vertébrale (plus d'une vertèbre)	1 000 \$	2 000 \$
• Crâne (sans enfonceur localisé) • Colonne vertébrale (une vertèbre)	400 \$	800 \$
• Mâchoire inférieure (mandibule) • Mâchoire supérieure (maxillaire) • Bassin • Hanche (fémur)	350 \$	700 \$
• Rotule (patella)	270 \$	540 \$
• Omoplate (scapula) • Avant-bras (fracture ouverte ou comminutive) • Poignet (fracture de Pouteau-colles) • Jambe (tibia ou péroné) • Cheville (fracture de Pott)	250 \$	500 \$
• Colonne vertébrale (fracture par compression)	200 \$	400 \$
• Sternum • Bras, entre le coude et l'épaule • Sacrum ou coccyx	170 \$	340 \$
• Clavicule • Avant-bras (fracture non ouverte)	150 \$	300 \$
• Nez	120 \$	240 \$
• Au moins deux côtes	100 \$	200 \$
• Os du visage • Main (Un ou plusieurs os, excluant les doigts) • Pied (Un ou plusieurs os, excluant les orteils)	80 \$	160 \$
• Côte (par côte)	50 \$	100 \$
• Tout autre os	30 \$	60 \$

Par « crâne », on entend la voûte crânienne qui comprend les os suivants : frontal, pariétal, occipital, temporel, sphénoïde et ethmoïde.

Luxation complète :	Option 1	Option 2
• Hanche	420 \$	840 \$
• Genou (réparation chirurgicale primaire)	400 \$	800 \$
• Épaule (réduction de fracture par traitement chirurgical)	250 \$	500 \$
• Poignet	170 \$	340 \$
• Cheville		
• Coude	120 \$	240 \$
• Os de la main, sauf les doigts	80 \$	160 \$
• Os du pied, sauf les orteils		

Prestation pour thérapie psychologique

Si, à la suite d'une perte admissible résultant de blessures accidentelles, une personne assurée doit suivre une thérapie psychologique prescrite par un médecin et si ces frais sont engagés dans les 2 années suivant l'accident, l'assureur remboursera les frais usuels et raisonnables jusqu'à un montant maximal de 2 500 \$.

Prestation pour réadaptation professionnelle

Si, à la suite d'une perte admissible résultant de blessures accidentelles, une personne assurée encourt des frais de formation professionnelle dans les 3 années suivant l'accident, l'assureur remboursera ces frais jusqu'à un montant maximal de 25 000 \$. Les frais de chambre, de pension et de subsistance ne sont pas remboursables.

Prestation pour frais de garderie (applicable aux protections monoparentale et familiale seulement)

Si, à la suite d'une perte admissible résultant de blessures accidentelles, vous ou votre conjoint décédez, l'assureur s'engage à rembourser les frais de garderie si l'enfant à charge, au moment du décès ou dans les 90 jours suivant, est inscrit à temps plein dans une garderie commerciale agréée et est âgé de moins de 13 ans. Ce montant est payable annuellement jusqu'à un maximum de 4 paiements consécutifs par enfant à charge et jusqu'à un montant maximal de 5 000 \$ par année.

Prestation pour étude des enfants (applicable aux protections monoparentale et familiale seulement)

Si, à la suite d'une perte admissible résultant de blessures accidentelles, vous ou votre conjoint décédez, l'assureur s'engage à rembourser les frais de scolarité annuels réels facturés par un établissement d'enseignement supérieur, à l'exclusion des frais de chambre, de pension et de subsistance, jusqu'à un montant maximal de 5 000 \$ par année scolaire, si l'enfant à charge, au moment du décès, est inscrit à temps plein dans un tel établissement et qu'il continue de le fréquenter sans interruption. Ce montant est payable annuellement jusqu'à un maximum de 4 paiements consécutifs par enfant à charge et jusqu'à un montant maximal de 125 000 \$ par famille.

Prestation pour formation professionnelle (applicable à la protection familiale seulement)

Si, à la suite d'une perte admissible résultant de blessures accidentelles, vous ou votre conjoint décédez, l'assureur remboursera à la personne survivante les frais engagés pour suivre une formation professionnelle ou un métier spécialisé dans le but d'obtenir une source de soutien et de subsistance indépendante, s'ils sont engagés dans les 3 années suivant la date à laquelle la personne assurée décède, à l'exclusion des frais de chambre, de pension et de subsistance, jusqu'à un montant maximal de 15 000 \$.

Prestation pour rapatriement du corps

Si, à la suite d'une perte admissible résultant de blessures accidentelles, une personne assurée décède à plus de 50 kilomètres de sa ville de résidence et si le décès survient dans les 365 jours suivant de la date de l'accident à l'origine de la perte, l'assureur remboursera les frais engagés pour la préparation du corps en vue de l'inhumation ou de la crémation et pour le retour de la dépouille jusqu'à sa ville de résidence, jusqu'à un montant maximal de 15 000 \$ par personne assurée.

Prestation pour frais funéraires

Si, à la suite d'une perte admissible résultant de blessures accidentelles, une personne assurée décède, l'assureur remboursera la personne ayant engagé les frais relatifs aux services de crémation, d'enterrement ou de funérailles, jusqu'à un montant maximal de 5 000 \$ par personne assurée et ce même si des préarrangements funéraires avaient été faits.

Prestation pour personnes en deuil

Si, à la suite d'une perte admissible résultant de blessures accidentelles, une personne assurée décède, l'assureur remboursera les frais usuels et raisonnables pour les services de counseling aux endeuillés à condition que le counseling soit destiné à votre conjoint, à vos enfants à charge ou vos parents et si ces frais sont engagés dans l'année qui suit la date de l'accident à l'origine du décès, jusqu'à un montant maximal total de 1 000 \$.

Les services doivent être fournis par un thérapeute ou un conseiller, autre qu'un membre de la famille immédiate ou qu'une personne qui habite chez la personne assurée.

Prestations additionnelles exclusives aux membres CAA-Québec

Si, à la suite d'une perte admissible résultant de blessures accidentelles, vous ou votre conjoint, dans le cadre d'une protection familiale, êtes membre CAA-Québec au moment de l'accident, ces deux prestations sont offertes exclusivement :

Prestation pour l'aménagement de la résidence et d'un véhicule

Si la personne assurée a obligatoirement besoin d'un fauteuil roulant pour se déplacer, l'assureur remboursera, sur présentation d'une preuve de paiement :

- a) les frais ponctuels pour la modification de la résidence dans laquelle la personne assurée habite pour la rendre accessible et habitable en fauteuil roulant, à condition que ces aménagements soient recommandés par un organisme reconnu offrant de l'assistance aux utilisateurs de fauteuils roulants et qu'ils soient faits par des personnes expérimentées dans ce travail;
- b) le moins élevé des :
 - i) frais ponctuels des modifications nécessaires pour adapter le véhicule dans lequel la personne assurée se déplace habituellement pour le rendre accessible ou pour le conduire, à condition que les aménagements soient faits par des personnes expérimentées dans ce travail et qu'ils soient approuvés par le bureau d'immatriculation des véhicules de la province où elle est domiciliée;
 - ii) frais non récurrents pour l'achat d'un véhicule spécialement modifié pour le rendre accessible en fauteuil roulant.

Le montant maximal au titre des alinéas a) et b) combinés est de 15 000 \$ par accident.

Prestation pour hospitalisation

Si une personne assurée est hospitalisée, l'assureur remboursera les frais jusqu'à un montant maximal de :

- a) 2 500 \$ par mois, pour une période d'hospitalisation de plus de 30 nuits et ce pour une période maximale de 12 mois d'hospitalisation; ou
- b) 35 \$ par jour pour une période d'hospitalisation de plus de 5 nuits mais moins de 30 nuits.

Limitations et exclusions

Limite globale d'indemnisation par accident

L'assureur limitera le paiement des prestations au titre de tous les contrats émis dans le cadre de l'Assurance accident vie quotidienne de CAA-Québec à un total de 20 000 000 \$ par accident, quel que soit le nombre de personnes assurées qui en sont victimes. Si la somme des prestations payables par suite d'un même accident dépasse 20 000 000 \$, la prestation de chaque personne assurée sera réduite de façon à permettre une répartition proportionnelle de ce montant.

Double assurance

Il ne doit pas y avoir de double assurance. Dans l'éventualité où une personne est couverte sous un contrat d'Assurance accident DMA24+ et d'Assurance accident vie quotidienne en qualité de « personne assurée », cette personne sera réputée couverte uniquement par le contrat qui lui procure le montant de prestation le plus élevé.

Exclusions

L'assurance ne couvre aucune perte causée ou entraînée, directement ou indirectement, en tout ou en partie, par ce qui suit :

- 1) le suicide ou toute tentative de suicide par la personne assurée, si elle est saine d'esprit;
- 2) une blessure que la personne assurée s'inflige de façon intentionnelle, ou toute tentative en ce sens, si elle est saine d'esprit ou non;
- 3) la guerre, déclarée ou non, ou tout acte de guerre;
- 4) une maladie, une affection, une incapacité mentale ou une infirmité corporelle;
- 5) un accident ou événement cérébrovasculaire, un accident ou événement cardiovasculaire, un infarctus du myocarde, une crise cardiaque, une thrombose coronaire ou un anévrisme;
- 6) une blessure subie pendant que la personne assurée reçoit un traitement médical ou chirurgical pour soigner une maladie, une affection, une incapacité mentale ou une infirmité corporelle;
- 7) (i) un voyage à bord d'un appareil utilisé pour la navigation aérienne, y compris à l'embarquement et au débarquement, si la personne assurée :
 - a) est passager dans 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.

- (ii) un voyage à bord de tout aéronef ou de tout engin conçu pour voler, planer ou se mouvoir en altitude au-dessus de la surface du sol, y compris à l'embarquement et au débarquement :
 - a) s'il est utilisé pour l'épandage, la pulvérisation, l'ensemencement, la lutte contre le feu, la patrouille de la circulation, l'avion-ambulance, l'inspection des pipelines ou des lignes électriques, la photographie aérienne, l'exploration, les courses, les tests d'endurance ou les vols acrobatiques; ou
 - b) s'il est opéré vers ou depuis un site d'atterrissage en mer; ou
 - c) s'il est 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).
- 8) 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, une coupure ou une blessure accidentelle indépendante et en l'absence de tout autre maladie, infection ou condition sous-jacente, y compris mais sans s'y limiter, le diabète;
- 9) lorsque la personne assurée est au service actif à plein temps des forces armées ou des forces de réserve organisées d'un pays ou d'une autorité internationale quelconque;
- 10) lorsque la personne assurée conduit un véhicule de promenade ou tout autre moyen de transport ou de déplacement sous l'effet de substance intoxicante ou que votre niveau d'alcool dans le sang est supérieur à 80 milligrammes par 100 millilitres de sang;
- 11) lorsque la personne assurée est sous l'effet d'une drogue (excluant le cannabis) ou d'une substance contrôlée telle que désignée par les autorités et les lois en vigueur là où l'accident a eu lieu. L'intoxication doit être telle qu'elle cause ou contribue à la perte, à moins que la drogue ou la substance contrôlée soit prise strictement en conformité aux conseils et à l'ordonnance d'un médecin autorisé;
- 12) lorsque la personne assurée commet ou tente de commettre, un acte qui, s'il fait l'objet d'un jugement du tribunal, constituerait un acte illégal en vertu des autorités et des lois en vigueur à l'endroit où l'acte a été commis;
- 13) toute cause naturelle.

Dispositions

Renouvellements, délai de grâce

Le présent contrat est annuel et est émis moyennant le paiement anticipé de la prime de la période de garantie initiale. Il peut être renouvelé de période de garantie en période de garantie, si vous êtes âgé de moins de 80 ans à la date de renouvellement, en payant la prime annuelle avant la date d'expiration en cours ou pendant le délai de grâce de 45 jours. Le coût de la prime annuelle n'est pas garanti et peut changer au renouvellement. Dans ce cas, vous recevrez un avis vous en avisant.

Bénéficiaire

C'est à vous que seront versées tous les montants dus au titre de cette assurance, sauf advenant votre décès, auquel cas ils seront versés à votre bénéficiaire désigné sur votre attestation d'assurance. S'il n'y a pas de désignation, les montants seront versés à votre succession.

Au Québec, la désignation comme bénéficiaire d'un conjoint avec lequel vous êtes légalement marié ou uni civilement est irrévocable, sauf indication contraire dans votre demande d'assurance.

Date de terminaison

L'assurance prend fin à la première des dates suivantes :

- a) la date de résiliation de la police par l'assureur ;
- b) la date d'expiration indiquée sur votre attestation d'assurance si le paiement de la prime n'est pas reçu dans 45 jours suivant cette date;
- c) la date à laquelle vous ne répondez plus à la définition de titulaire.

Résiliation par vous

Vous pouvez en tout temps résilier cette assurance en expédiant par la poste un avis écrit en ce sens ou en communiquant avec le Cabinet en assurance de personnes CAA-Québec. Nous rembourserons l'excédent de la prime acquittée sur la prime acquise pour la période écoulée, le calcul se faisant d'après notre table de terminaison en vigueur à ce moment. Votre signature est requise pour toute demande d'annulation.

Résiliation par nous

Nous pouvons en tout temps résilier cette assurance en vous expédiant un avis écrit en ce sens. Cet avis doit être accompagné du remboursement de l'excédent de la prime acquittée sur la prime acquise, calculée proportionnellement à la période écoulée.

L'avis de résiliation peut vous être livré en mains propres ou être expédié sous pli recommandé à votre dernière adresse connue au dossier. La résiliation prend effet 15 jours après la date de livraison de l'avis ou 15 jours à compter du lendemain de son expédition par courrier recommandé, selon le cas.

Déclaration de sinistre et demande de règlement

En cas de sinistre, vous, un bénéficiaire ayant le droit de présenter une demande de règlement, ou un mandataire d'une de ces personnes, devez :

- a) le déclarer par écrit ou en communiquant avec le Cabinet en assurance de personnes CAA-Québec, dans les 30 jours suivant la date de l'accident; et
- b) présenter à l'assureur, dans les 90 jours suivant la perte, les éléments de justification qu'il est raisonnablement possible de fournir dans les circonstances.

Retard dans la déclaration d'un sinistre ou dans la transmission d'une demande de règlement

Un retard dans la déclaration d'un sinistre ou dans la transmission d'une demande de règlement n'invalide pas la réclamation s'il est démontré que la déclaration ou la demande est faite dans les meilleurs délais mais, au plus tard, un an après la date de l'accident

Examens et autopsie

Préalablement au versement des montants dus,

- a) le demandeur doit permettre à l'assureur de faire passer à la personne assurée un examen médical quand et aussi souvent qu'il est raisonnable; et
- b) en cas de décès d'une personne assurée, l'assureur peut exiger de faire pratiquer une autopsie si la loi le permet.

Prescription

Toute action contre nous et/ou l'assureur découlant de cette assurance doit être entamée dans un délai d'un an à compter de la date où la réclamation est devenue payable, ou le serait devenue si la demande de règlement avait été valide.

Avis relatif aux renseignements personnels

En souscrivant cette assurance, vous consentez à la cueillette, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels vous concernant, y compris ceux que nous avons recueillis précédemment, en vue de communiquer avec vous, d'évaluer votre proposition d'assurance et de souscrire votre contrat.

Nous pouvons également à l'occasion, vous informer d'offres et avantages portant sur les biens ou services de CAA-Québec ou de ses partenaires. Cependant, si vous ne voulez pas être informé de ces offres, ou si vous voulez consulter les renseignements personnels que nous détenons à votre égard, vous pouvez communiquer avec notre agent à la protection de la vie privée en écrivant à :

CAA-Québec
444, rue Bouvier
Québec (Québec) G2J 1E3

Votre dossier d'assurance est conservé de façon confidentielle à nos bureaux. Les informations s'y trouvant peuvent cependant être partagées avec la Compagnie d'Assurance AIG du Canada en cas de réclamation.

Identification des parties

Cette assurance est souscrite par : La Compagnie d'Assurance AIG du Canada
2000, avenue McGill College, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 3H3

Cette assurance est distribuée par :

Cabinet en assurance de personnes CAA-Québec
1180, rue Drummond
Montréal (Québec) H3G 2R7

Téléphone : 1 888-296-0001
Courriel : assurances@caaquebec.com