

Comparatif

Assurances accident élèves

Accirance Élite – Desjardins



Primes		
Personne assurée	Prime selon la fréquence de paiement choisie	
	Mensuelle	Annuelle
Enfant de 0 à 17 ans inclusivement	5,95 \$	71,40 \$

Avec votre contrat, vous pouvez assurer :	• Vous-même (ou non) • Les membres de votre famille (à condition qu'ils soient âgés d'au moins 15 jours et qu'ils soient résidents canadiens* à la date de début de l'assurance (rabais de 10 % si 4 personnes et plus sur la même police)) • Assurance automatique pour les enfants à naître (qui est votre enfant, petit-enfant ou enfant ou petit-enfant de l'une des personnes suivantes : votre conjoint, une personne assurée ou le conjoint d'une personne assurée. L'enfant est assuré gratuitement jusqu'au prochain renouvellement annuel.)
Protections :	✓ Fracture accidentelle; ✓ Mutilation ou perte d'usage; ✓ Décès accidentel; ✓ Décès non accidentel d'un enfant; ✓ Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux (transport en ambulance); ✓ Frais de déplacement et de séjour; ✓ Frais dentaires; ✓ Frais de remplacement de lunettes ou lentilles cornéennes; ✓ Frais de transport aller-retour entre le domicile et l'école; ✓ Frais liés aux études; ✓ Coma.
Vous n'avez pas à répondre à des questions sur votre santé et sur celle des personnes que vous souhaitez assurer.	
Exclusions	
Pour souscrire	
Document intégral	

*Qu'est-ce qu'un « résident canadien »?

Un résident canadien est une personne autorisée par la loi à demeurer au Canada et qui y demeure pendant au moins 6 mois par année.

Accifamille – iA Groupe financier



Âge	Option de base				Option MACCIMUM			
	Prime 1 an		Prime 2 ans		Prime 1 an		Prime 2 ans	
	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin
15 jours à 4 ans	5,75 \$	6,75 \$	11,00 \$	12,00 \$	11,50 \$	13,50 \$	22,00 \$	24,00 \$
5 ans à 11 ans	8,00 \$	10,00 \$	13,00 \$	18,00 \$	16,00 \$	20,00 \$	26,00 \$	36,00 \$
12 ans à 17 ans	11,00 \$	18,00 \$	20,00 \$	32,00 \$	22,00 \$	36,00 \$	40,00 \$	64,00 \$

Avec votre contrat, vous pouvez assurer :	• Vous-même • Les membres de votre famille (à condition qu'ils soient âgés d'au moins 15 jours et d'au plus 75 ans et qu'ils soient résidents canadiens* à la date de début de l'assurance) • Assurance automatique pour les enfants à naître (qui est votre enfant ou l'enfant de votre conjoint). L'enfant est assuré gratuitement jusqu'au prochain renouvellement annuel.
Protections :	✓ Fracture accidentelle; ✓ Mutilation ou perte d'usage; ✓ Décès accidentel; ✓ Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux (transport en ambulance); ✓ Frais de déplacement et de séjour; ✓ Frais dentaires; ✓ Frais de remplacement de lunettes ou lentilles cornéennes; ✓ Frais de transport aller-retour entre le domicile et l'école; ✓ Soins d'urgence hors de la province de résidence; ✓ Frais de garde d'enfants.
Vous n'avez pas à répondre à des questions sur votre santé et sur celle des personnes que vous souhaitez assurer.	
Exclusions	
Pour souscrire	
Document intégral	
IMPORTANT : Coordination des prestations - frais dentaires, hospitaliers, paramédicaux, soins d'urgence	

Si l'assurance vous a été offerte au Québec

Sommaire Accirance Élite

Ce sommaire présente les principaux renseignements que vous devez connaître sur Accirance Élite.

Cliquez sur l'icône suivante pour accéder au document :



Fiche de renseignements de l'Autorité des marchés financiers (AMF)

Cette fiche de l'AMF vise à vous informer de certains de vos droits.

Cliquez sur l'icône suivante pour accéder au document :



Police Accirance Élite

Cette police sert à vous fournir toute l'information sur Accirance Élite et fait partie de votre contrat d'assurance.

Cliquez sur l'icône suivante pour accéder au document :



Avis de résolution d'un contrat d'assurance

Vous pouvez remplir ce formulaire et nous l'envoyer pour mettre fin à votre assurance.

Cliquez sur l'icône suivante pour accéder au document :



Si l'assurance vous a été offerte dans une autre province ou un autre territoire

Police Accirance Élite

Cette police sert à vous fournir toute l'information sur Accirance Élite et fait partie de votre contrat d'assurance.

Cliquez sur l'icône suivante pour accéder au document :





Sommaire

Accirance Élite

Assurance individuelle en cas de blessures ou de décès résultant d'un accident

À quoi sert ce sommaire?

Ce sommaire présente les principaux renseignements que vous devez connaître sur l'assurance Accirance Élite pour déterminer si ce produit vous convient.

Pour avoir toute l'information pertinente, nous vous invitons à consulter la Police Accirance Élite, que nous vous avons envoyée avec ce sommaire et qui est aussi disponible en ligne à www.desjardins.com/accirance.

Identification de l'assureur

Desjardins Assurances
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2

1 800 463-7838

Identification du distributeur

Fédération des caisses Desjardins du Québec
100, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 7N5

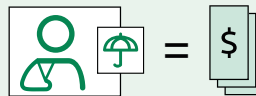
1 866 835-8444

Numéro de client auprès de l'Autorité des marchés financiers : 2000379948

Pour vérifier notre statut en tant qu'assureur sur le Registre de l'Autorité : www.lautorite.qc.ca

Accirance Élite en un coup d'oeil

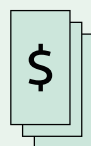
- 1 Cette assurance offre une protection contre les conséquences d'un **accident**.



- 2 Vous pouvez assurer **toute votre famille**.



- 3 Accirance Élite couvre plusieurs **conséquences liées à un accident**.



	Fracture, mutilation, perte d'usage, coma ou décès
	Frais médicaux et paramédicaux
	Frais de déplacement et de séjour
	Hospitalisation
	Frais dentaires
	Frais liés aux études
	Période d'invalidité pendant les vacances scolaires

- 4 Accirance Élite verse un montant de 20 000 \$ en cas de **décès non accidentel d'un enfant assuré**.



Table des matières

1. Qui peut acheter un contrat et être assuré	5
2. Pour acheter un contrat	5
3. Ce que nous considérons comme un « accident ».....	5
4. Protections de la police Accirance Élite.....	6
4.1 Protection en cas de fracture, mutilation, perte d'usage, coma ou décès	6
4.2 Protection pour les frais médicaux et paramédicaux	8
4.3 Protection pour les frais de déplacement et de séjour	8
4.4 Protection en cas d'hospitalisation.....	9
4.5 Protection pour les frais dentaires.....	9
4.6 Protection pour les frais liés aux études	9
4.7 Protection en cas d'invalidité pendant les vacances scolaires	9
4.8 Protection en cas de décès non accidentel d'un enfant.....	10
5. Exclusions générales et limite en cas de contrats multiples.....	10
5.1 Exclusions générales	10
5.2 Limite en cas de contrats multiples	11
6. Coût de votre assurance	11
7. Vous pouvez mettre fin à votre contrat en tout temps.....	11
7.1 Comment mettre fin à votre contrat	11
7.2 Si vous mettez fin à votre contrat dans les 30 jours après l'avoir reçu.....	12
7.3 Si vous mettez fin à votre contrat plus de 30 jours après l'avoir reçu	12
8. Réclamation.....	12
8.1 Comment faire une réclamation	12
8.2 Délais à respecter.....	13
8.3 Nous traitons votre réclamation dans les 60 jours	13
8.4 Personnes à qui nous versons les montants	13
8.5 Partage des remboursements de vos frais	14
9. Si vous n'êtes pas satisfait.....	14
9.1 Si vous n'êtes pas d'accord avec notre décision après votre réclamation	14
9.2 Comment faire une plainte sur votre assurance ou notre service	14

1 Qui peut acheter un contrat et être assuré

Deux conditions pour pouvoir acheter un contrat Accirance Élite

Vous devez :

- avoir 18 ans ou plus;
- être un **résident canadien** à la date du début du contrat.

En tant que personne qui achète un contrat Accirance Élite, vous êtes le « **preneur** » du contrat, c'est-à-dire son **propriétaire**.

Les personnes que vous pouvez assurer

Avec votre contrat, vous pouvez :

- vous assurer vous-même (ou non);
- assurer les membres de votre famille, à condition :
 - qu'ils soient âgés d'au moins 15 jours; et
 - qu'ils soient des **résidents canadiens** à la date du début de leur assurance.

Qu'est-ce qu'un « résident canadien »?

Un résident canadien est une personne autorisée par la loi à demeurer au Canada et qui y demeure pendant au moins 6 mois par année.

Assurance automatique pour les enfants à naître

Nous assurons automatiquement un enfant qui naît pendant que votre contrat est en vigueur et qui est votre enfant ou petit-enfant ou l'enfant ou le petit-enfant de l'une des personnes suivantes : votre conjoint, une personne assurée ou le conjoint d'une personne assurée.

L'enfant est assuré dès qu'il est âgé de 15 jours, à condition qu'il ait le statut de **résident canadien**.

Dans un tel cas, l'enfant est assuré gratuitement jusqu'au prochain renouvellement annuel de votre contrat. Par la suite, il demeurera assuré si vous l'ajoutez à votre contrat.

2 Pour acheter un contrat

Vous devez nous appeler au **1 877 888-4873**.

Vous n'avez pas à répondre à des questions sur votre santé et sur celle des personnes que vous souhaitez assurer.

3 Ce que nous considérons comme un « accident »

Lorsque Desjardins Assurances détermine si un montant est payable par l'assurance, le mot « **accident** » a le sens suivant :

Accident

Événement imprévu et soudain qui :

- provient exclusivement d'une cause extérieure;
- survient indépendamment de toute maladie ou autre cause; et
- entraîne une blessure corporelle ou un décès.

La blessure ou le décès doivent être constatés par un médecin et doivent résulter directement et seulement de l'accident.

Comme l'accident doit survenir « indépendamment de toute maladie ou autre cause », nous ne considérons pas une blessure ou un décès comme accidentels s'ils **résultent d'une maladie**.



Ce sommaire présente seulement un aperçu des protections

Pour avoir toute l'information pertinente, vous devez lire les sections décrivant ces protections dans la police Accirance Élite. Celle-ci vous a été transmise avec ce sommaire et est aussi disponible en ligne à www.desjardins.com/accirance.

Ce sommaire présente seulement quelques-unes des exclusions générales

Il est important de lire la section 12 de la police Accirance Élite, qui présente toutes les exclusions générales et la limite en cas de contrats multiples qui s'ajoutent aux exclusions et maximums propres à certaines protections.

4.1 Protection en cas de fracture, mutilation, perte d'usage, coma ou décès



→ Description complète à la section 4 de la police Accirance Élite

Cette protection vous couvre si, en raison d'un accident, vous subissez l'une ou plusieurs des conséquences suivantes : fracture, mutilation, perte d'usage, coma ou décès.

Les montants payables par l'assurance pour ces conséquences sont indiqués dans le tableau **Montants payables pour les conséquences d'un accident** à la page 7 et varient selon votre âge à la date de l'accident. Les maximums suivants s'appliquent aussi :

Montant maximum payable si vous subissez plus d'une conséquence en raison de l'accident sans décéder

Dans le cas où vous subissez plus d'une des conséquences indiquées dans le tableau, nous versons uniquement **le montant applicable le plus élevé**.

De plus, si vous avez deux conséquences ou plus donnant droit au même montant le plus élevé (par exemple : la fracture de 2 côtes), nous versons une seule fois ce montant.

Montant maximum payable advenant votre décès en raison de l'accident

Nous versons uniquement le montant applicable pour le décès si celui-ci survient dans l'année qui suit l'accident, même si vous avez subi d'autres conséquences.

Montants payables pour les conséquences d'un accident

 Si vous subissez **plus d'une conséquence** sans décéder, nous versons uniquement **le montant applicable le plus élevé**.
Si deux conséquences ou plus donnent droit au même montant le plus élevé, nous versons une seule fois ce montant.

Fracture

	Âge à la date de l'accident	
	Moins de 75 ans	75 ans ou plus
du crâne, de la colonne vertébrale (à l'exclusion du coccyx), du bassin ou de la hanche	3 500 \$	1 750 \$
d'une côte, du sternum, du coccyx, du larynx, de la trachée, de l'omoplate, de l'humérus, de la rotule, du tibia, du péroné ou du fémur	1 000 \$	500 \$
d'un os non mentionné ci-dessus	250 \$	125 \$

Mutilation ou perte d'usage

	Âge à la date de l'accident	
	Moins de 75 ans	75 ans ou plus
de 2 des parties du corps suivantes : main, pied, bras, jambe	500 000 \$	250 000 \$
de la vue d'un œil + (plus) • une main • un pied • un bras • ou une jambe	500 000 \$	250 000 \$
de la vue des 2 yeux	500 000 \$	250 000 \$
de l'ouïe des 2 oreilles + (plus) la parole	500 000 \$	250 000 \$
d'une main, d'un pied, d'un bras ou d'une jambe	250 000 \$	125 000 \$
de l'ouïe des deux oreilles ou de la parole	250 000 \$	125 000 \$
de la vue d'un œil ou de l'ouïe d'une oreille	75 000 \$	37 500 \$
d'un doigt complet ou d'un orteil complet (par doigt ou par orteil)	5 000 \$	2 500 \$

Coma

	Âge à la date de l'accident	
	Moins de 75 ans	75 ans ou plus
d'une durée de 96 heures continues ou plus	40 000 \$	20 000 \$

Décès

	Âge à la date de l'accident		
	Moins de 25 ans	25 ans à 74 ans	75 ans ou plus
 Advenant votre décès en raison de l'accident dans l'année qui suit celui-ci, nous versons uniquement le montant applicable pour le décès.			
décès résultant d'un accident survenu lorsque la personne assurée était un passager payant à bord d'un véhicule de transport public	1 000 000 \$	1 000 000 \$	500 000 \$
tout autre décès résultant d'un accident	40 000 \$	100 000 \$	50 000 \$

4.2 Protection pour les frais médicaux et paramédicaux



→ Description complète à la section 5 de la police Accirance Élite

Cette protection vous couvre si vous devez engager des frais pour les soins, services ou articles indiqués dans le tableau ci-après en raison d'une blessure résultant d'un accident. Nous versons un montant fixe ou remboursons ces frais selon ce qui est indiqué dans ce tableau.

Montants payables pour des frais médicaux et paramédicaux		
Frais couverts	Montant payable	Maximum applicable
Les soins d'une infirmière ou d'un infirmier autorisés à exercer s'ils sont prescrits par le médecin traitant.	Montant fixe de 50 \$ par jour	30 jours par accident
Les soins d'un : • chiropraticien; • ergothérapeute; • ostéopathe; • physiothérapeute; ou • orthothérapeute. Ces professionnels doivent être membres en règle de leur corporation ou ordre professionnel.	Montant fixe de 25 \$ par traitement	250 \$ par accident pour l'ensemble de ces professionnels
Le transport d'urgence immédiatement après un accident.	Frais raisonnables	10 000 \$ par accident
L'achat ou la location d'une canne, de béquilles, de vêtements compressifs ou d'une marchette.	Frais raisonnables	500 \$ par accident
L'achat ou la location d'un fauteuil roulant.	Frais raisonnables	5 000 \$ par accident
L'achat d'un premier appareil auditif.	Frais raisonnables	700 \$ à vie
L'achat d'un premier œil artificiel.	Frais raisonnables	700 \$ par prothèse par accident
Le remplacement de lunettes ou de lentilles cornéennes servant à corriger la vue et qui ont été brisées lors d'un accident avec une ou des blessures.	Frais raisonnables	300 \$ par accident
L'achat ou la location d'une orthèse.	Frais raisonnables	400 \$ par accident

4.3 Protection pour les frais de déplacement et de séjour



→ Description complète à la section 6 de la police Accirance Élite

Cette protection donne droit à un montant de **75 \$ par jour**, pour un **maximum de 10 jours** par accident, pour l'ensemble des frais suivants :

- les frais de déplacement et de séjour que vous devez engager pour **suivre des traitements** à au moins 50 km de votre domicile en raison d'un accident;
- les frais de déplacement et de séjour engagés pour **demeurer au chevet d'un enfant** assuré hospitalisé à au moins 50 km de son domicile en raison d'un accident.

4.4 Protection en cas d'hospitalisation



→ Description complète à la section 7 de la police Accirance Élite

Cette protection vous couvre si vous devez être hospitalisé pendant plus de 24 heures en raison d'un accident.

Dans un tel cas, nous versons **75 \$ pour chaque période complète de 24 heures** continues d'hospitalisation qui suit les 24 premières heures continues d'hospitalisation.

Nous versons ce montant pour un **maximum de 30 jours par accident**.

4.5 Protection pour les frais dentaires



→ Description complète à la section 8 de la police Accirance Élite

Cette protection vous couvre si vous devez recevoir des soins dentaires indiqués dans le tableau ci-après en raison d'un accident. Nous remboursons ces frais selon ce qui est indiqué dans ce tableau.

Montants payables pour des frais dentaires		
Frais couverts	Montant payable	Maximum applicable
Le traitement ou le remplacement d'une dent saine et naturelle qui a été brisée lors de l'accident	250 \$ par dent	1 250 \$ par accident pour l'ensemble de ces soins
La réparation ou le remplacement d'une prothèse dentaire qui a été brisée lors de l'accident	250 \$ par prothèse	

4.6 Protection pour les frais liés aux études



→ Description complète à la section 9 de la police Accirance Élite

Cette protection couvre **seulement les étudiants âgés de moins de 25 ans**.

Cette protection vous couvre si, en raison d'un accident qui survient pendant que vous êtes étudiant, vous devez engager un ou plusieurs des types de frais suivants :

- frais pour des cours privés
- frais de transport scolaire
- frais de réorientation
- frais de scolarité

4.7 Protection en cas d'invalidité pendant les vacances scolaires



→ Description complète à la section 10 de la police Accirance Élite

Cette protection couvre **seulement les étudiants âgés de 16 à 24 ans inclusivement**.

Si vous êtes **invalide pendant vos vacances scolaires d'été** à cause d'un accident survenu pendant l'année scolaire, nous faisons des versements mensuels pour compenser la perte d'un emploi d'été.

Le montant payable est de **850 \$ par mois**, moins tout montant payable pour votre invalidité par une régie ou un organisme gouvernemental ou par un régime privé d'assurance.

4.8 Protection en cas de décès non accidentel d'un enfant



→ Description complète à la section 11 de la police Accirance Élite

Nous versons un montant de **20 000 \$** en cas de décès non accidentel d'un **enfant assuré âgé d'au moins 15 jours et de moins de 25 ans**.

Toutefois, nous ne payons aucun montant lorsque l'enfant assuré décède dans les 12 mois qui suivent la date de début ou de remise en vigueur de son assurance et que son décès est dû :

- à un suicide; ou
- à un trouble de santé pour lequel l'enfant assuré a été traité pendant les 6 mois précédant, selon le cas :
 - la date de début de son assurance; ou
 - la date de remise en vigueur de son assurance.

5

Exclusions générales et limite en cas de contrats multiples

La police Accirance Élite comporte des exclusions générales et une limite en cas de contrats multiples, qui **s'ajoutent aux exclusions et maximums propres à certaines protections**.

Les **exclusions générales** sont des situations dans lesquelles nous ne payons aucun montant. Elles s'appliquent aux protections en cas d'accident (protections 4.1 à 4.7 dans ce sommaire).

Quant à la **limite en cas de contrats multiples**, elle s'applique à l'ensemble des protections.

5.1 Exclusions générales (liste complète à la section 12 de la police Accirance Élite)



Voici quelques-unes des exclusions générales. Nous vous invitons à lire la liste complète de celles-ci dans la section 12 de la police, qui vous a été transmise avec ce sommaire et qui est aussi disponible en ligne à www.desjardins.com/accirance.

Nous ne payons aucun montant dans les cas suivants :

- si une maladie, une infirmité ou une infection a contribué à l'accident, à la blessure ou au décès;
- si l'accident, la blessure ou le décès résulte directement ou indirectement de blessures que vous vous infligez volontairement, d'une tentative de suicide ou d'un suicide;
- si l'accident résulte de votre pratique des activités suivantes :
 - vol plané ou vol libre
 - saut à l'élastique (« bungee jumping »)
 - parachutisme
 - rodéo
 - escalade ou alpinisme
 - go-kart
 - plongée sous-marine
- si l'accident survient lorsque vous :
 - participez à une activité sportive pour laquelle vous êtes payé;
 - prenez part à une compétition de véhicules motorisés; ou
 - vous entraînez en vue d'une telle compétition de véhicules;
- si l'accident survient lorsque vous avez fait une consommation abusive de médicaments ou d'alcool ou lorsque vous avez des traces de drogue dans le sang. La consommation abusive de médicaments est celle qui dépasse la posologie recommandée par un spécialiste de la santé. La consommation abusive d'alcool est celle qui entraîne un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à 80 mg d'alcool par 100 ml de sang;

- si vous êtes le preneur du contrat (c'est-à-dire son propriétaire) : si les soins ou services ont été fournis par une personne qui a un lien de parenté avec vous;
- si vous n'êtes pas le preneur du contrat : si les soins ou services ont été fournis par une personne qui a un lien de parenté avec vous ou avec le preneur du contrat.

5.2 Limite en cas de contrats multiples

En tout temps, peu importe le nombre et le type de contrats Accirance en vigueur qui vous couvrent, seuls deux de ces contrats peuvent donner droit à un paiement pour vous. Desjardins Assurances détermine le ou les montants payables en fonction des deux contrats les plus avantageux pour vous.

6 Coût de votre assurance

La prime est le montant que vous devez payer pour bénéficier de l'assurance offerte par votre contrat.

Votre prime varie selon :

- l'âge de chacune des personnes assurées à la date d'entrée en vigueur du contrat ou à la date de renouvellement du contrat par la suite;
- le sexe de chacune des personnes assurées;
- la fréquence de paiement que vous avez choisie, soit mensuelle ou annuelle.

Les primes applicables par personne assurée sont les suivantes :

Primes		
Personne assurée	Prime selon la fréquence de paiement choisie	
	Mensuelle	Annuelle
Enfant de 0 à 17 ans inclusivement	5,95 \$	71,40 \$
Femme de 18 ans ou plus	6,95 \$	83,40 \$
Homme de 18 ans ou plus	9,95 \$	119,40 \$

Nous pouvons modifier ces primes en tout temps.

7 Vous pouvez mettre fin à votre contrat en tout temps

7.1 Comment mettre fin à votre contrat

Voici les 3 façons de procéder :

- en nous appelant au **1 800 463-7838** pendant les heures d'ouverture
- en nous envoyant un courriel à l'adresse centrecontactsdesjardins@dsf.ca
- en nous envoyant un avis écrit à l'adresse suivante :
Desjardins Assurances
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2

Si vous choisissez d'envoyer un avis écrit, vous pouvez utiliser à cette fin l'Avis de résolution d'un contrat d'assurance qui vous a été remis avec le présent sommaire.

7.2 Si vous mettez fin à votre contrat dans les 30 jours après l'avoir reçu

Nous considérons que votre contrat n'a jamais débuté.

Nous vous remboursons toute prime que vous avez payée, à condition que vous n'ayez fait aucune réclamation.

7.3 Si vous mettez fin à votre contrat plus de 30 jours après l'avoir reçu

- **Si vous mettez fin à votre contrat pendant une période de renouvellement**
Votre contrat se termine alors à la fin de la période d'assurance d'un an en cours.
Nous ne remboursons aucune prime.
- **Si vous mettez fin à votre contrat en dehors d'une période de renouvellement**
Votre contrat prend alors fin le lendemain de l'appel téléphonique ou de la réception par Desjardins Assurances de votre courriel ou votre avis écrit, selon le cas.
Nous vous remboursons alors la portion de la prime (en jours) que vous avez payée en trop.

Qu'est-ce qu'une période de renouvellement?

Chaque période de renouvellement commence 45 jours avant la date du renouvellement annuel de votre contrat et se termine à la date du renouvellement annuel.



8

Réclamation

8.1 Comment faire une réclamation

Les documents à fournir

Si vous réclamez pour un **décès** ou une **mutilation ou perte d'usage** : vous devez nous téléphoner au **1 877 838-5423**. Nous vous enverrons les formulaires à remplir pour faire votre réclamation et vous indiquerons quels autres documents vous devez fournir.

Pour **toute autre réclamation**, vous pouvez obtenir le formulaire requis :

- en vous rendant au www.desjardins.com/accirance
- en nous téléphonant au **1 877 838-5423**

Où envoyer votre réclamation

Vous devez ensuite nous envoyer les documents requis à l'adresse suivante :

Desjardins Assurances
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2

8.2 Délais à respecter

Vous devez nous soumettre votre réclamation dans les **30 jours** qui suivent l'événement qui peut donner lieu au paiement d'un montant.

Quant aux renseignements, preuves ou documents supplémentaires que nous pouvons exiger, vous devez nous les fournir dans les **90 jours** qui suivent la date de la lettre dans laquelle nous vous les demandons.

Si vous ne respectez pas ces délais, nous pourrions tout de même accepter votre réclamation. Vous devrez toutefois nous démontrer pourquoi vous n'avez pas pu agir dans les délais prévus. Vous devrez alors nous faire parvenir tous les renseignements, preuves et documents requis dans l'année qui suit la date de l'événement qui peut donner lieu au paiement d'un montant.

8.3 Nous traitons votre réclamation dans les 60 jours

Si nous acceptons votre réclamation

Nous versons le paiement dans les **60 jours** après avoir reçu tous les renseignements, preuves et documents demandés.

Si nous refusons votre réclamation ou ne versons qu'une partie du montant réclamé

Nous vous envoyons une lettre pour vous expliquer les raisons de notre décision. Nous envoyons cette lettre dans les **60 jours** après avoir reçu tous les renseignements, preuves et documents demandés.

Conséquence de fournir des renseignements inexacts ou incomplets

Nous ne versons aucun montant si nous recevons une réclamation comprenant des fausses déclarations ou des omissions, qu'elles soient frauduleuses ou non. Une omission est le fait de ne pas déclarer des renseignements qui devraient l'être. Dans une telle situation, toute personne qui a reçu des montants auxquels elle n'avait pas droit devra les rembourser avec un taux d'intérêt raisonnable établi par Desjardins Assurances.

8.4 Personnes à qui nous versons les montants

Rappel! Le preneur du contrat est la personne qui en est le propriétaire.

Dans le cas du remboursement de frais engagés

Nous versons les remboursements au preneur du contrat.

Dans le cas du décès d'une personne assurée

Nous versons le montant applicable :

- a) au preneur du contrat, s'il est vivant; sinon
- b) au bénéficiaire désigné, s'il est vivant; sinon
- c) aux héritiers légaux de la personne assurée

Pour toute autre réclamation (par exemple : montant payable pour une fracture)

Nous versons le montant applicable :

- a) si la personne assurée a **moins de 18 ans** à la date du paiement :
 - au preneur du contrat s'il est vivant; sinon
 - au tuteur de la personne assurée
- b) si la personne assurée a **18 ans ou plus** à la date du paiement :
 - à la personne assurée

8.5 Partage des remboursements de vos frais

Si vous faites une réclamation pour des frais qui sont aussi couverts par une ou plusieurs autres assurances (privées ou publiques), Desjardins Assurances est le « dernier payeur ». Autrement dit, nous remboursons seulement la partie des frais non remboursable par ces autres assurances.

Par contre, si ces autres assurances prévoient aussi qu'elles sont les derniers payeurs ou si elles comportent une clause de coordination des remboursements, le remboursement est partagé entre celles-ci et votre contrat Accirance Élite, en fonction des montants qui auraient dû être payés par chacun.

Pour avoir toute l'information sur le processus de réclamation, veuillez lire la section 16 de la police Accirance Élite. Cette dernière vous a été transmise avec ce sommaire et est aussi disponible en ligne à www.desjardins.com/accirance.

9

Si vous n'êtes pas satisfait

9.1 Si vous n'êtes pas d'accord avec notre décision après une réclamation

Vous pouvez demander une nouvelle analyse de votre dossier

Si nous refusons votre réclamation, vous pouvez nous soumettre des renseignements supplémentaires et nous demander une nouvelle analyse de votre dossier.

Vous pouvez déposer une plainte auprès de l'équipe responsable du traitement des plaintes

Si vous n'êtes pas satisfait du résultat de la 2^e analyse, vous pouvez déposer une plainte auprès de l'équipe responsable du traitement des plaintes de Desjardins Assurances. Son rôle consiste à évaluer le bien-fondé des décisions et des pratiques de notre entreprise lorsqu'un de ses clients estime qu'il n'a pas obtenu le service auquel il avait droit.

Voici les coordonnées de l'équipe responsable du traitement des plaintes :

Desjardins Assurances
100, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 7N5

Courriel : plaintes@desjardins.com
Téléphone : 1 888 556-7212

Vos autres recours

Si vous voulez contester notre décision devant les tribunaux, vous devez le faire dans le délai maximal prévu par la loi de chaque province ou territoire. Ce délai maximal est de 3 ans au Québec et de 2 ans en Ontario.

Pour en savoir plus sur vos droits

Pour en savoir plus sur vos droits, vous pouvez communiquer avec l'organisme de réglementation de votre province ou territoire de résidence ou votre conseiller juridique.

9.2 Comment faire une plainte sur votre assurance ou notre service

Vous avez des préoccupations ou vous êtes insatisfait de votre contrat ou du service que nous vous avons donné? Faites-le-nous savoir en communiquant avec notre service à la clientèle au **1 800 463-7838**.

Si vous souhaitez faire une plainte officielle, vous avez deux options :

- communiquer avec notre équipe responsable du traitement des plaintes au 1 888 556-7212; ou
- utiliser le formulaire de plainte disponible sur notre site Internet à l'adresse :

www.desjardinsassurancevie.com/plainte

L'objectif de cette fiche de renseignements est de vous informer sur vos droits.
Elle ne dégage ni l'assureur ni le distributeur de leurs obligations envers vous.

PARLONS ASSURANCE !

Nom du distributeur : Fédération des caisses Desjardins du Québec

Nom de l'assureur : Desjardins Assurances

Nom du produit d'assurance : Accirance Élite



LIBERTÉ DE CHOISIR

Vous n'êtes jamais obligé d'acheter une assurance :

- qui vous est offerte chez votre distributeur;
- auprès d'une personne que l'on vous désigne;
- ou pour obtenir un meilleur taux d'intérêt ou tout autre avantage.

Même si vous êtes tenus d'être assuré, **vous n'êtes pas obligé** d'acheter l'assurance que l'on vous offre présentement. **C'est à vous de choisir** votre produit d'assurance et votre assureur.



COMMENT CHOISIR

Pour bien choisir le produit d'assurance qui vous convient, nous vous recommandons de lire le sommaire qui décrit le produit d'assurance et que l'on doit vous remettre.



RÉMUNÉRATION DU DISTRIBUTEUR

Une partie de ce que vous payez pour l'assurance sera versée en rémunération au distributeur. Lorsque cette rémunération est supérieure à 30 %, il a l'**obligation** de vous le dire.



DROIT D'ANNULER

La Loi vous permet de mettre fin à votre assurance, **sans frais**, dans les 10 jours suivant l'achat de votre assurance. L'assureur peut toutefois vous accorder un délai plus long. Après ce délai, si vous mettez fin à votre assurance, des frais pourraient s'appliquer. **Informez-vous** auprès de votre distributeur du délai d'annulation **sans frais** qui vous est accordé.

Lorsque le coût de l'assurance est ajouté au montant du financement et que vous annulez l'assurance, il est possible que les versements mensuels de votre financement ne changent pas. Le montant du remboursement pourrait plutôt servir à **diminuer la durée du financement**. **Informez-vous** auprès de votre distributeur.

L'Autorité des marchés financiers peut vous fournir de l'information **neutre et objective**.
Visitez le www.lautorite.qc.ca ou appelez-nous au 1 877 525-0337.

Espace réservé à l'assureur :

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie

20038F

Police

Accirance Élite

Assurance individuelle en cas de blessures ou de décès résultant d'un accident



Document important
à conserver

À quoi sert cette police?

Cette police sert à vous fournir toute l'information sur Accirance Élite. Voici les sections les plus susceptibles de vous intéresser :

Ce que nous considérons comme un « accident »	7	Protection pour les frais dentaires	14
Protection en cas de fracture, mutilation, perte d'usage, coma ou décès	7	Protection pour les frais liés aux études	15
Protection pour les frais médicaux et paramédicaux	12	Protection en cas d'invalidité pendant les vacances scolaires	16
Protection pour les frais de déplacement et de séjour	13	Protection en cas de décès non accidentel d'un enfant	17
Protection en cas d'hospitalisation	13	Réclamation	23

Pour réclamer



Composez le
1 877 838-5423

ou



Rendez-vous à www.desjardins.com/accirance

Pour poser des questions ou modifier votre contrat

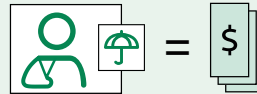


Composez le
1 800 463-7838

Accirance Élite en un coup d'oeil

1

Cette assurance offre une protection contre les conséquences d'un **accident**.



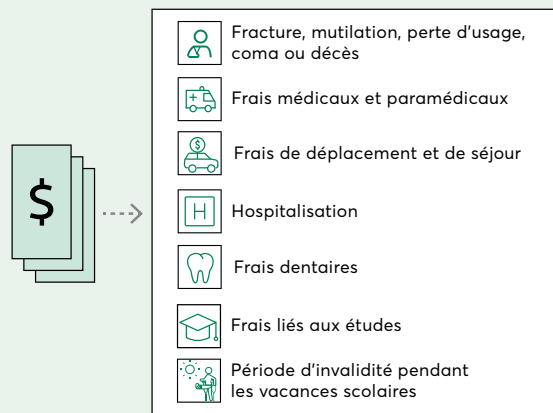
2

Vous pouvez assurer **toute votre famille**.



3

Accirance Élite couvre plusieurs **conséquences liées à un accident**.



4

Accirance Élite verse un montant de 20 000 \$ en cas de **décès non accidentel d'un enfant assuré**.



Table des matières

1. Qui peut acheter un contrat et être assuré	6
2. Pour acheter un contrat	7
3. Ce que nous considérons comme un « accident ».....	7
4. Protection en cas de fracture, mutilation, perte d'usage, coma ou décès	7
4.1 Montants payables par cette protection	7
4.2 Conditions applicables et définitions importantes	10
4.3 Autres montants maximums payables et exclusions	11
5. Protection pour les frais médicaux et paramédicaux	12
5.1 Montants payables par cette protection	12
5.2 Définitions importantes	12
6. Protection pour les frais de déplacement et de séjour	13
6.1 Montant payable par cette protection.....	13
6.2 Conditions applicables	13
7. Protection en cas d'hospitalisation.....	13
7.1 Montant payable par cette protection.....	13
7.2 Condition applicable	13
7.3 Exclusions.....	14
8. Protection pour les frais dentaires	14
8.1 Montants payables par cette protection	14
8.2 Qui peut constater les blessures	14
9. Protection pour les frais liés aux études	15
9.1 Montants payables par cette protection	15
9.2 Conditions applicables et définition importante	15
10. Protection en cas d'invalidité pendant les vacances scolaires	16
10.1 Montant payable par cette protection.....	16
10.2 Conditions applicables	16
11. Protection en cas de décès non accidentel d'un enfant.....	17
11.1 Montant payable par cette protection.....	17
11.2 Exclusions.....	17

12. Exclusions générales et limite en cas de contrats multiples.....	17
12.1 Exclusions générales	18
12.2 Limite en cas de contrats multiples	18
13. Coût de votre assurance	19
13.1 La prime à payer pour bénéficier de l'assurance	19
13.2 Comment nous calculons votre prime	19
13.3 Votre prime peut varier avec le temps	19
13.4 Le délai que vous avez pour payer vos primes.....	20
14. Début, renouvellement et fin de votre contrat	20
14.1 Début de votre contrat et de l'assurance.....	20
14.2 Durée et renouvellement de votre contrat.....	20
14.3 Fin de votre contrat.....	20
15. Modification de votre contrat.....	22
15.1 Vous pouvez modifier votre contrat.....	22
15.2 Nous pouvons modifier votre contrat.....	22
16. Réclamation.....	23
16.1 Qui peut faire une réclamation.....	23
16.2 Comment faire une réclamation	23
16.3 Délais à respecter.....	23
16.4 Conditions liées au paiement d'un montant.....	24
16.5 Nous traitons votre réclamation dans les 60 jours.....	24
16.6 Personnes à qui nous versons les montants	24
16.7 Monnaie.....	25
16.8 Partage des remboursements de vos frais	25
16.9 Transfert de vos droits de recours (droit de subrogation)	25
17. Si vous n'êtes pas satisfait	26
17.1 Si vous n'êtes pas d'accord avec notre décision après une réclamation	26
17.2 Comment faire une plainte sur votre assurance ou notre service	27
18. Documents formant votre contrat d'assurance.....	27
Annexe - Services d'accompagnement.....	29

Qui peut acheter un contrat et être assuré

Deux conditions pour pouvoir acheter un contrat Accirance Élite

Vous devez :

- avoir 18 ans ou plus;
- être un **résident canadien** à la date du début du contrat.

En tant que personne qui achète un contrat Accirance Élite, vous êtes le « **preneur** » du contrat, c'est-à-dire son **propriétaire**.

Les personnes que vous pouvez assurer

Avec votre contrat, vous pouvez :

- vous assurer vous-même (ou non);
- assurer les membres de votre famille, comme votre conjoint, vos enfants, vos petits-enfants et leur conjoint, à condition :
 - qu'ils soient âgés d'au moins 15 jours; et
 - qu'ils soient des **résidents canadiens** à la date du début de leur assurance.

Desjardins Assurances considère que votre conjoint ou le conjoint d'une personne assurée est la personne qui :

- est mariée ou unie civilement à vous ou à la personne assurée; ou
- peut prouver qu'elle vit maritalement avec vous ou avec la personne assurée depuis au moins 12 mois; ou
- peut prouver qu'elle vit maritalement avec vous ou avec la personne assurée et qu'elle a eu un enfant avec vous ou avec la personne assurée.

Cette personne ne doit pas être séparée de vous ou de la personne assurée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de l'union.

Les personnes assurées par votre contrat sont indiquées dans la Confirmation d'assurance que nous vous envoyons.

Assurance automatique pour les enfants à naître

Nous assurons automatiquement un enfant qui naît pendant que votre contrat est en vigueur et qui est votre enfant ou petit-enfant ou l'enfant ou le petit-enfant de l'une des personnes suivantes :

- votre conjoint;
- toute personne assurée ou son conjoint.

L'enfant est assuré dès qu'il est âgé de 15 jours, à condition qu'il ait le statut de **résident canadien**.

Dans un tel cas, l'enfant est assuré gratuitement jusqu'au prochain renouvellement annuel de votre contrat.

Pour que l'enfant demeure assuré par la suite

Vous devez le faire ajouter à votre contrat avant le renouvellement annuel suivant sa naissance en nous téléphonant au **1 800 463-7838**.

Après ce renouvellement, l'enfant demeurera assuré si :

- son nom est inscrit dans la plus récente Confirmation d'assurance; et que
- vous payez le coût de son assurance.

Qu'est-ce qu'un « résident canadien »?

Un résident canadien est une personne autorisée par la loi à demeurer au Canada et qui y demeure pendant au moins 6 mois par année.

Pour acheter un contrat

Vous devez nous appeler au **1 877 888-4873**.

Vous n'avez pas à répondre à des questions sur votre santé et sur celle des personnes que vous souhaitez assurer.

Ce que nous considérons comme un « accident »

Lorsque Desjardins Assurances détermine si un montant est payable par l'assurance, les mots « **accident** » et « **médecin** » ont le sens suivant :

Accident	Événement imprévu et soudain qui : • provient exclusivement d'une cause extérieure; • survient indépendamment de toute maladie ou autre cause; et • entraîne une blessure corporelle ou un décès. La blessure ou le décès doivent être constatés par un médecin et doivent résulter directement et seulement de l'accident.
Médecin	Toute personne, autre que la personne assurée, qui : • pratique la médecine et y est légalement autorisée; • n'habite pas avec la personne assurée ni avec le preneur du contrat (c'est-à-dire le propriétaire du contrat).

Comme l'accident doit survenir « indépendamment de toute maladie ou autre cause », nous ne considérons pas une blessure ou un décès comme accidentels s'ils **résultent d'une maladie**.

Par exemple, nous ne payons aucun montant :

- pour une blessure qui résulte d'une chute provoquée par une crise d'épilepsie;
- pour le décès d'une personne causé par le fait qu'elle a eu un malaise cardiaque au volant de son véhicule et en a perdu le contrôle.

Protection en cas de fracture, mutilation, perte d'usage, coma ou décès



4.1 Montants payables par cette protection

Cette protection vous couvre si, en raison d'un **accident**, vous subissez l'une ou plusieurs des conséquences suivantes : fracture, mutilation, perte d'usage, coma ou décès.

Les montants payables par l'assurance pour ces conséquences sont indiqués dans le tableau **Montants payables pour les conséquences d'un accident** à la page 8 et varient selon votre âge à la date de l'accident. Les maximums suivants s'appliquent aussi :

Montant maximum payable si vous subissez plus d'une conséquence en raison de l'accident sans décéder

Dans le cas où vous subissez plus d'une des conséquences indiquées dans le tableau, nous versons uniquement **le montant applicable le plus élevé**.

De plus, si vous avez deux conséquences ou plus donnant droit au même montant le plus élevé (par exemple : la fracture de 2 côtes), nous versons une seule fois ce montant.

Montant maximum payable advenant votre décès en raison de l'accident

Nous versons uniquement le montant applicable pour le décès si celui-ci survient dans l'année qui suit l'accident, même si vous avez subi d'autres conséquences.

Montants payables pour les conséquences d'un accident

 Si vous subissez **plus d'une conséquence** sans décéder, nous versons uniquement **le montant applicable le plus élevé**.
Si deux conséquences ou plus donnent droit au même montant le plus élevé, nous versons une seule fois ce montant.

Fracture

	Âge à la date de l'accident	
	Moins de 75 ans	75 ans ou plus
du crâne, de la colonne vertébrale (à l'exclusion du coccyx), du bassin ou de la hanche	3 500 \$	1 750 \$
d'une côte, du sternum, du coccyx, du larynx, de la trachée, de l'omoplate, de l'humérus, de la rotule, du tibia, du péroné ou du fémur	1 000 \$	500 \$
d'un os non mentionné ci-dessus	250 \$	125 \$

Mutilation ou perte d'usage

	Âge à la date de l'accident	
	Moins de 75 ans	75 ans ou plus
de 2 des parties du corps suivantes : main, pied, bras, jambe	500 000 \$	250 000 \$
de la vue d'un œil + (plus) • une main • un pied • un bras • ou une jambe	500 000 \$	250 000 \$
de la vue des 2 yeux	500 000 \$	250 000 \$
de l'ouïe des 2 oreilles + (plus) la parole	500 000 \$	250 000 \$
d'une main, d'un pied, d'un bras ou d'une jambe	250 000 \$	125 000 \$
de l'ouïe des deux oreilles ou de la parole	250 000 \$	125 000 \$
de la vue d'un œil ou de l'ouïe d'une oreille	75 000 \$	37 500 \$
d'un doigt complet ou d'un orteil complet (par doigt ou par orteil)	5 000 \$	2 500 \$

Coma

	Âge à la date de l'accident	
	Moins de 75 ans	75 ans ou plus
d'une durée de 96 heures continues ou plus	40 000 \$	20 000 \$

Décès

	Âge à la date de l'accident		
	Moins de 25 ans	25 ans à 74 ans	75 ans ou plus
 Advenant votre décès en raison de l'accident dans l'année qui suit celui-ci, nous versons uniquement le montant applicable pour le décès.			
décès résultant d'un accident survenu lorsque la personne assurée était un passager payant à bord d'un véhicule de transport public	1 000 000 \$	1 000 000 \$	500 000 \$
tout autre décès résultant d'un accident	40 000 \$	100 000 \$	50 000 \$

Exemples de montants versés selon les conséquences subies

1 – Fractures multiples (sans autres conséquences)

Alors qu'il est âgé de 27 ans, William subit un accident d'automobile et se fracture le fémur de la jambe droite et le bassin. Il n'a aucune autre blessure. Pour une personne de son âge à la date de l'accident, les montants applicables indiqués dans le tableau pour les fractures subies sont les suivants :

- fracture du fémur : 1 000 \$
- fracture du bassin : 3 500 \$

Nous versons pour William le montant applicable pour la fracture qui donne droit au montant le plus élevé, soit **3 500 \$**.

2 – Fractures du même type (sans autres conséquences)

Alors qu'elle est âgée de 32 ans, Marie-Pierre subit un accident et se fracture 2 côtes. Elle n'a aucune autre blessure. Pour une personne de son âge à la date de l'accident, le montant applicable indiqué dans le tableau pour le type de fracture subi est le suivant :

- fracture d'une côte : 1 000 \$

Même si Marie-Pierre a subi la fracture de 2 côtes, nous versons une fois ce montant, soit **1 000 \$**.

3 – Mutilation de 3 doigts (sans autres conséquences)

Alors qu'il est âgé de 54 ans, François perd 3 doigts lors d'un accident. Il n'a aucune autre blessure. Pour une personne de son âge à la date de l'accident, le montant applicable indiqué dans le tableau pour le type de mutilation subi est le suivant :

- mutilation d'un doigt (par doigt) : 5 000 \$

Comme le montant applicable est multiplié par le nombre de doigts perdus, nous versons **15 000 \$**.

4 – Fracture avec perte d'usage

Alors qu'elle est âgée de 78 ans, Micheline subit un accident qui entraîne une fracture du crâne et la perte de la vue d'un œil.

Pour une personne de son âge à la date de l'accident, les montants indiqués dans le tableau pour la fracture et la perte d'usage subies sont les suivants :

- fracture du crâne : 1 750 \$
- perte de la vue d'un œil : 37 500 \$

Nous versons uniquement le montant payable pour la perte de la vue d'un œil, soit **37 500 \$**, c'est-à-dire le plus élevé des montants applicables.

5 – Fracture et mutilation suivies d'un décès

Alors qu'il est âgé de 62 ans, Louis subit un grave accident de travail. Il perd un bras en plus de subir une fracture de la hanche. Il décède des suites de ses blessures un mois après l'accident.

Pour une personne de son âge à la date de l'accident, les montants indiqués dans le tableau pour les conséquences de l'accident sont les suivants :

- fracture de la hanche : 3 500 \$
- mutilation d'un bras : 250 000 \$
- décès non lié à un accident de véhicule de transport public : 100 000 \$

Nous versons uniquement le montant payable pour le décès de Louis, soit **100 000 \$**.

4.2 Conditions applicables et définitions importantes

Réclamation pour une fracture

- Votre fracture doit correspondre à la définition suivante :

Fracture	Rupture violente d'un os, du larynx ou de la trachée.
-----------------	---

- Votre fracture doit être diagnostiquée dans les 30 jours après l'accident.
- Dans le cas d'une fracture du crâne, les os couverts sont le frontal, le sphénoïde, l'ethmoïde, l'occipital et les os pariétaux et temporaux.

Réclamation pour une mutilation ou une perte d'usage

- La mutilation ou la perte d'usage que vous avez subie doit correspondre à la définition suivante :

Mutilation ou perte d'usage	Sectionnement définitif ou perte totale et définitive de l'usage : a) d'un doigt complet, c'est-à-dire de toutes ses phalanges, mais sans la perte de la main; b) d'une main et de l'articulation du poignet, mais sans la perte du bras; c) d'un bras et de l'articulation du coude; d) d'un orteil complet, c'est-à-dire de toutes ses phalanges, mais sans la perte du pied; e) d'un pied et de l'articulation de la cheville, mais sans la perte de la jambe; f) d'une jambe et de l'articulation du genou; g) de la vue d'un œil : un ophtalmologiste qui exerce sa profession au Canada doit établir que l'assuré a : ◦ une acuité visuelle corrigée de moins de 20/200; ou ◦ un champ visuel de moins de 20 degrés; h) de la parole; i) de l'ouïe : un oto-rhino-laryngologiste qui exerce sa profession au Canada doit établir que l'assuré a un seuil d'audition de plus de 90 décibels à l'intérieur d'une gamme de fréquences sonores allant de 500 à 3 000 Hz.
------------------------------------	---

- Dans le cas d'une perte d'usage, celle-ci doit être totale et définitive et persister pendant une période de 6 mois ou plus.

Réclamation pour un coma

- Le coma doit correspondre à la définition suivante :

Coma	État profond d'inconscience dans lequel une personne n'a plus aucune réaction aux stimulations extérieures ou aux besoins internes pendant une période continue d'au moins 96 heures.
-------------	---

- Cet état d'inconscience doit correspondre à un score de 4 ou moins à l'échelle de Glasgow pendant une période continue d'au moins 96 heures. Cette échelle est une méthode d'évaluation du niveau de conscience d'un patient dans le coma.
- Le coma doit faire l'objet d'un diagnostic définitif par un neurologue qui exerce sa profession au Canada.

Réclamation pour un décès

- Si votre décès résulte d'un accident de véhicule de transport public à bord duquel vous vous trouviez en tant que passager payant

Le véhicule de transport public doit répondre à la définition suivante :

Véhicule de transport public	Tout véhicule exploité par un transporteur autorisé pour le transport de passagers. Le véhicule de transport public peut utiliser les voies maritime, aérienne ou terrestre.
-------------------------------------	--

- Si votre décès résulte d'un accident de véhicule de transport public à bord duquel vous vous trouviez en tant que conducteur, pilote, membre d'équipage ou autre passager non payant

Nous versons le montant indiqué à la ligne « tout autre décès résultant d'un accident » du tableau **Montants payables pour les conséquences d'un accident**.

4.3 Autres montants maximums payables et exclusions

Montant maximum payable par la protection

- Le montant maximum payable est limité à 500 000 \$ par personne assurée, par accident.
- Toutefois, en cas de décès résultant d'un accident survenu lorsque la personne assurée était un passager payant à bord d'un véhicule de transport public, le montant maximum payable est limité à 1 000 000 \$ par personne assurée, par accident.

Montant maximum payable en cas de décès de plusieurs passagers payants d'un même véhicule de transport public

Si un même accident de véhicule de transport public entraîne le décès :

- de plus de deux personnes assurées couvertes par un même contrat Accirance Élite, le montant que nous payons pour l'ensemble de ces personnes est limité à 2 000 000 \$;
- de plusieurs personnes assurées couvertes par plusieurs contrats Accirance Élite, le montant que nous payons pour l'ensemble de ces personnes est limité à 10 000 000 \$.

Dans ces cas, nous réduisons en proportion le montant que nous payons pour chaque personne.

Exemple

Si 4 personnes couvertes par le même contrat Accirance Élite décèdent en raison d'un accident survenu pendant qu'elles étaient des passagers payants d'un avion, nous versons 500 000 \$ par personne, soit le maximum de 2 000 000 \$ divisé par 4.

Vous n'êtes pas couvert pour certains comas

Nous ne versons aucun montant pour les comas provoqués médicalement, causés par l'abus d'alcool ou de drogue et les diagnostics de mort cérébrale.

Si la mutilation, la perte d'usage ou le décès survient plus d'un an après l'accident

Nous ne versons aucun montant pour une mutilation, une perte d'usage ou un décès qui survient plus d'un an après l'accident.

Toutefois, cette exclusion ne s'applique pas si la personne assurée est dans le coma à la fin de la période d'un an qui suit l'accident. Dans un tel cas, Desjardins Assurances détermine le montant payable, s'il y a lieu, à la fin du coma.



Assurez-vous de consulter la section 12 aux pages 17 et 18 pour connaître les **exclusions générales** et la **limite en cas de contrats multiples** qui peuvent aussi s'appliquer.

5 Protection pour les frais médicaux et paramédicaux



5.1 Montants payables par cette protection

Cette protection vous couvre si vous devez engager des frais pour les soins, services ou articles indiqués dans le tableau ci-après en raison d'une blessure résultant d'un accident. Nous versons un montant fixe ou remboursons ces frais selon ce qui est indiqué dans ce tableau.

Montants payables pour des frais médicaux et paramédicaux		
Frais couverts	Montant payable	Maximum applicable
Les soins d'une infirmière ou d'un infirmier autorisés à exercer s'ils sont prescrits par le médecin traitant.	Montant fixe de 50 \$ par jour	30 jours par accident
Les soins d'un : • chiropraticien; • ergothérapeute; • ostéopathe; • physiothérapeute; ou • orthothérapeute. Ces professionnels doivent être membres en règle de leur corporation ou ordre professionnel.	Montant fixe de 25 \$ par traitement	250 \$ par accident pour l'ensemble de ces professionnels
Le transport d'urgence immédiatement après un accident.	Frais raisonnables	10 000 \$ par accident
L'achat ou la location d'une canne, de béquilles, de vêtements compressifs ou d'une marchette.	Frais raisonnables	500 \$ par accident
L'achat ou la location d'un fauteuil roulant.	Frais raisonnables	5 000 \$ par accident
L'achat d'un premier appareil auditif.	Frais raisonnables	700 \$ à vie
L'achat d'un premier œil artificiel.	Frais raisonnables	700 \$ par prothèse par accident
Le remplacement de lunettes ou de lentilles cornéennes servant à corriger la vue et qui ont été brisées lors d'un accident avec une ou des blessures.	Frais raisonnables	300 \$ par accident
L'achat ou la location d'une orthèse.	Frais raisonnables	400 \$ par accident

5.2 Définitions importantes

Frais pour lesquels le montant payable correspond aux frais raisonnables

Les frais engagés doivent correspondre à la définition suivante :

Frais raisonnables	Frais payés pour des services et qui ne dépassent pas ceux qui sont normalement demandés pour ces services dans la région où ils sont fournis.
---------------------------	--

Frais pour l'achat ou la location d'une orthèse

Votre orthèse doit correspondre à la définition suivante :

Orthèse	Appareillage orthopédique rigide destiné à protéger, à immobiliser ou à soutenir un membre ou une autre partie du corps. L'orthèse est directement fixée à la partie du corps à traiter.
----------------	--



Assurez-vous de consulter la section 12 **aux pages 17 et 18** pour connaître les **exclusions générales** et la **limite en cas de contrats multiples** qui peuvent aussi s'appliquer.

6 Protection pour les frais de déplacement et de séjour



6.1 Montant payable par cette protection

Cette protection donne droit à un montant de **75 \$ par jour**, pour un **maximum de 10 jours** par accident, pour l'ensemble des frais suivants :

- les frais de déplacement et de séjour que vous devez engager pour **suivre des traitements** en raison d'un accident;
- les frais de déplacement et de séjour engagés pour **demeurer au chevet d'un enfant** assuré hospitalisé en raison d'un accident.

6.2 Conditions applicables

Frais de déplacement et de séjour engagés pour suivre des traitements

Il doit s'agir de traitements qui ne sont pas offerts à moins de 50 km de votre domicile. Cette distance est établie sur la base d'un voyage aller seulement.

Frais de déplacement et de séjour engagés pour demeurer au chevet d'un enfant assuré hospitalisé

- L'enfant assuré doit avoir moins de 25 ans.
- Les frais peuvent être engagés par les parents de l'enfant ou par une autre personne.
- L'hôpital doit être situé à plus de 50 km du domicile de l'enfant assuré hospitalisé. Cette distance est établie sur la base d'un voyage aller seulement.



Assurez-vous de consulter la section 12 **aux pages 17 et 18** pour connaître les **exclusions générales** et la **limite en cas de contrats multiples** qui peuvent aussi s'appliquer.

7 Protection en cas d'hospitalisation



7.1 Montant payable par cette protection

Cette protection vous couvre si vous devez être hospitalisé pendant plus de 24 heures en raison d'un accident.

Dans un tel cas, nous versons **75 \$ pour chaque période complète de 24 heures** continues d'hospitalisation qui suit les 24 premières heures continues d'hospitalisation.

Nous versons ce montant pour un **maximum de 30 jours par accident**.

7.2 Condition applicable

Vous devez être hospitalisé dans un établissement de santé qui correspond à la définition du mot « centre » de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Dans cette loi, les centres sont des établissements qui reçoivent des personnes à des fins de prévention, de diagnostic médical, de traitement ou de réadaptation physique ou mentale. Ils comprennent entre autres :

- les hôpitaux
- les centres hospitaliers
- les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
- les centres de réadaptation
- les centres locaux de services communautaires (CLSC)

7.3 Exclusions

Les 24 premières heures ne donnent pas droit au montant payable

Nous ne versons aucun montant pour les 24 premières heures de toute hospitalisation.

Établissements qui ne donnent pas droit au montant pour une hospitalisation

Nous ne versons aucun montant pour un séjour dans :

- un cabinet privé de professionnels
- une infirmerie dans laquelle une institution religieuse ou d'enseignement reçoit les membres de son personnel ou ses élèves
- une maison de convalescence, de repos, de soins prolongés ou de soins pour les malades chroniques
- un foyer pour personnes âgées



Assurez-vous de consulter la section 12 **aux pages 17 et 18** pour connaître les **exclusions générales** et la **limite en cas de contrats multiples** qui peuvent aussi s'appliquer.

8

Protection pour les frais dentaires



8.1 Montants payables par cette protection

Cette protection vous couvre si vous devez recevoir des soins dentaires indiqués dans le tableau ci-après en raison d'un accident. Nous remboursons ces frais selon ce qui est indiqué dans ce tableau.

Montants payables pour des frais dentaires		
Frais couverts	Montant payable	Maximum applicable
Le traitement ou le remplacement d'une dent saine et naturelle qui a été brisée lors de l'accident	250 \$ par dent	1 250 \$ par accident pour l'ensemble de ces soins
La réparation ou le remplacement d'une prothèse dentaire qui a été brisée lors de l'accident	250 \$ par prothèse	

8.2 Qui peut constater les blessures

Pour cette protection, les blessures que vous avez subies peuvent être constatées par un dentiste ou par un médecin.



Assurez-vous de consulter la section 12 **aux pages 17 et 18** pour connaître les **exclusions générales** et la **limite en cas de contrats multiples** qui peuvent aussi s'appliquer.



Cette protection couvre seulement les étudiants.

9.1 Montants payables par cette protection

Si vous devez engager un ou plusieurs des types de frais ci-dessous en raison d'un accident qui survient pendant que vous êtes étudiant, nous remboursons les frais applicables indiqués dans le tableau ci-après, selon les maximums qui y sont précisés.

Montants payables pour les frais liés aux études	
Frais couverts	Maximums de remboursement
Cours privés – Les frais raisonnables payés pour des cours privés si : • votre invalidité vous oblige à interrompre vos études pendant une période continue d'au moins 30 jours • les cours privés font partie de votre programme d'études normal et sont donnés par un enseignant qui détient le brevet d'enseignement approprié	• Taux maximal de 30 \$ l'heure • 3 500 \$ par accident
Transport scolaire – Les frais raisonnables de transport scolaire que vous devez payer si vous êtes incapable d'utiliser votre moyen de transport habituel pour le trajet aller-retour entre votre domicile et votre établissement d'enseignement	• 15 \$ par jour • 150 \$ par accident
Réorientation – Les frais raisonnables que vous devez payer si vous devez obtenir une nouvelle formation à cause de votre invalidité	• 4 000 \$ à vie par assuré
Frais de scolarité – La portion des frais de scolarité non remboursée par l'établissement d'enseignement si votre invalidité survient pendant un trimestre pour lequel vous avez payé de tels frais	• 2 000 \$ par accident

9.2 Conditions applicables et définition importante

Pour toutes les réclamations

- À la date de l'accident qui vous rend invalide, vous devez :
 - avoir moins de 25 ans; et
 - fréquenter à temps plein, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement reconnu par l'organisme gouvernemental approprié.
- Votre invalidité doit résulter uniquement de l'accident.
- Votre état doit exiger des soins donnés ou prescrits par un médecin pendant toute la période d'invalidité. Si vous avez besoin de soins médicaux spécialisés, vous devez les recevoir d'un spécialiste approprié pour être considéré comme invalide.

Pour des frais de cours privés, de transport scolaire ou de réorientation

- Les frais engagés doivent correspondre à la définition suivante :

Frais raisonnables	Frais payés pour des services et qui ne dépassent pas ceux qui sont normalement demandés pour ces services dans la région où ils sont fournis.
---------------------------	--



Assurez-vous de consulter la section 12 **aux pages 17 et 18** pour connaître les **exclusions générales** et la **limite en cas de contrats multiples** qui peuvent aussi s'appliquer.

Protection en cas d'invalidité pendant les vacances scolaires



Cette protection couvre seulement les étudiants.

10.1 Montant payable par cette protection

Si vous êtes **invalide pendant vos vacances scolaires d'été** à cause d'un accident survenu pendant l'année scolaire, nous faisons des versements mensuels pour compenser la perte d'un emploi d'été.

Le montant payable est de **850 \$ par mois**, moins tout montant payable pour votre invalidité par une régie ou un organisme gouvernemental ou par un régime privé d'assurance.

10.2 Conditions applicables

Conditions applicables à l'accident qui cause votre invalidité

- L'accident doit survenir pendant l'année scolaire qui précède la période de vacances d'été.
- À la date de l'accident, vous devez :
 - être âgé de 16 ans à 24 ans inclusivement;
 - fréquenter à temps plein, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement reconnu par l'organisme gouvernemental approprié.

Conditions applicables à votre invalidité

- Votre invalidité doit résulter uniquement de l'accident et vous rendre incapable d'occuper tout emploi payé ou de poursuivre vos études.
- Votre état doit exiger des soins donnés ou prescrits par un médecin pendant toute la période d'invalidité.
- Si vous avez besoin de soins médicaux spécialisés, vous devez les recevoir d'un spécialiste approprié pour être considéré comme invalide.

Conditions applicables aux versements mensuels

- Nous ne payons aucun montant pour les 7 premiers jours pendant lesquels vous êtes invalide. Vous devez donc être invalide pendant plus de 7 jours continus pour avoir droit à un ou plusieurs versements.
- Les versements mensuels sont payables pendant la période de vacances fixée par votre établissement d'enseignement comme période de vacances estivales. Toutefois, aucun montant n'est payable avant le 1^{er} mai ni après le 31 août d'une même année.
- Nous arrêtons les versements mensuels à la **première** des dates suivantes :
 - la date à laquelle votre état de santé ne correspond plus aux conditions requises pour être considéré comme invalide;
 - la date de la fin de la période de vacances.
- Si vous n'avez pas été invalide pendant tous les jours d'un mois donné, nous ajustons le montant payable pour ce mois en fonction du nombre de jours pendant lesquels vous avez été invalide.



Assurez-vous de consulter la section 12 **aux pages 17 et 18** pour connaître les **exclusions générales** et la **limite en cas de contrats multiples** qui peuvent aussi s'appliquer.

Protection en cas de décès non accidentel d'un enfant



11.1 Montant payable par cette protection

Nous versons un montant de **20 000 \$** en cas de décès non accidentel d'un **enfant assuré âgé d'au moins 15 jours et de moins de 25 ans**.

11.2 Exclusions

Nous ne payons aucun montant lorsque l'enfant assuré décède dans les 12 mois qui suivent la date de début ou de remise en vigueur de son assurance et que son décès est dû :

- à un suicide; ou
- à un trouble de santé pour lequel l'enfant assuré a été traité pendant les 6 mois précédant, selon le cas :
 - la date de début de son assurance; ou
 - la date de remise en vigueur de son assurance.

Nous considérons que l'enfant assuré a été traité pour le trouble de santé à l'origine de son décès s'il a :

- consulté un médecin, un autre professionnel de la santé ou un professionnel paramédical ou reçu des soins de l'une de ces personnes;
- subi des examens ou des tests médicaux;
- pris des médicaments; ou
- été hospitalisé.



Assurez-vous de consulter la section 12 à la page 18 pour connaître la limite en cas de **contrats multiples** qui peut aussi s'appliquer.

Exclusions générales et limite en cas de contrats multiples

La police Accirance Élite comporte des exclusions générales et une limite en cas de contrats multiples, qui s'ajoutent aux **exclusions et maximums propres à certaines protections**.

Les **exclusions générales** sont des situations dans lesquelles nous ne payons aucun montant. Elles s'appliquent aux protections en cas d'accident, c'est-à-dire les suivantes :

- protection en cas de fracture, mutilation, perte d'usage, coma ou décès;
- protection pour les frais médicaux et paramédicaux;
- protection pour les frais de déplacement et de séjour;
- protection en cas d'hospitalisation;
- protection pour les frais dentaires;
- protection pour les frais liés aux études;
- protection en cas d'invalidité pendant les vacances scolaires.

Quant à la **limite en cas de contrats multiples**, elle s'applique à l'ensemble des protections.

12.1 Exclusions générales

Nous ne payons aucun montant dans les cas suivants :

- a) si une maladie, une infirmité ou une infection a contribué à l'accident, à la blessure ou au décès;
- b) si la blessure ou le décès résulte d'une maladie ou d'une infection contractée par accident;
- c) si l'accident, la blessure ou le décès résulte d'un traitement, d'une intervention chirurgicale, d'une anesthésie, d'une erreur médicale ou de toute complication ou autres événements qui en découlent;
Dans cette exclusion, Desjardins Assurances donne le sens suivant au mot « traitement » : toute méthode employée pour lutter contre une maladie et tenter de la guérir.
- d) si l'accident, la blessure ou le décès résulte directement ou indirectement de blessures que vous vous infligez volontairement, d'une tentative de suicide ou d'un suicide;
- e) si l'accident résulte d'une guerre, déclarée ou non, d'une émeute, d'une révolution ou d'un acte de terrorisme;
- f) si l'accident survient lors de votre participation à tout acte criminel ou à tout acte qui y est lié;
- g) si l'accident résulte de votre pratique des activités suivantes :
 - vol plané ou vol libre
 - parachutisme
 - escalade ou alpinisme
 - plongée sous-marine
 - saut à l'élastique (« bungee jumping »)
 - rodéo
 - go-kart
- h) si l'accident survient lorsque vous :
 - participez à une activité sportive pour laquelle vous êtes payé;
 - prenez part à une compétition de véhicules motorisés; ou
 - vous entraînez en vue d'une telle compétition de véhicules;
- i) si l'accident survient lorsque vous avez fait une consommation abusive de médicaments ou d'alcool ou lorsque vous avez des traces de drogue dans le sang. La consommation abusive de médicaments est celle qui dépasse la posologie recommandée par un spécialiste de la santé. La consommation abusive d'alcool est celle qui entraîne un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à 80 mg d'alcool par 100 ml de sang;
- j) pour des frais engagés qui sont payables par :
 - tout organisme gouvernemental; ou
 - tout autre régime privé d'assurance;
- k) pour des frais engagés plus de 2 ans après l'accident;
- l) si vous êtes le preneur du contrat (c'est-à-dire son propriétaire) : si les soins ou services ont été fournis par une personne qui a un lien de parenté avec vous;
- m) si vous n'êtes pas le preneur du contrat : si les soins ou services ont été fournis par une personne qui a un lien de parenté avec vous ou avec le preneur du contrat;
- n) si le montant qui serait payable est inférieur à 5 \$.

12.2 Limite en cas de contrats multiples

En tout temps, peu importe le nombre et le type de contrats Accirance en vigueur qui vous couvrent, seuls deux de ces contrats peuvent donner droit à un paiement pour vous. Desjardins Assurances détermine le ou les montants payables en fonction des deux contrats les plus avantageux pour vous.

Cette section s'adresse au preneur du contrat, c'est-à-dire à la personne qui en est le propriétaire.

13.1 La prime à payer pour bénéficiaire de l'assurance

La prime est le montant que vous devez payer pour bénéficier de l'assurance offerte par votre contrat.

Au moment d'acheter votre contrat, vous nous autorisez à prélever la prime régulière requise sur un compte-chèques d'une institution financière au Canada ou sur une carte de crédit.

13.2 Comment nous calculons votre prime

Votre prime varie selon :

- l'âge de chacune des personnes assurées à la date d'entrée en vigueur du contrat ou à la date de renouvellement du contrat par la suite;
- le sexe de chacune des personnes assurées;
- la fréquence de paiement que vous avez choisie, soit mensuelle ou annuelle.

Les primes applicables par personne assurée sont les suivantes :

Primes		
Personne assurée	Prime selon la fréquence de paiement choisie	
	Mensuelle	Annuelle
Enfant de 0 à 17 ans inclusivement	5,95 \$	71,40 \$
Femme de 18 ans ou plus	6,95 \$	83,40 \$
Homme de 18 ans ou plus	9,95 \$	119,40 \$

De plus, lors de l'achat de votre contrat, nous pouvons vous accorder un rabais temporaire sur votre prime dans le cadre d'une promotion.

La prime à payer est celle qui est indiquée dans la plus récente **Confirmation d'assurance**.

Par ailleurs, si vous ajoutez une personne à votre contrat entre deux renouvellements, nous établissons la prime pour celle-ci en fonction de son âge à la date à laquelle elle devient assurée.

13.3 Votre prime peut varier avec le temps

Changement d'âge des personnes assurées ou fin d'un rabais

Si vous avez assuré un ou des enfants âgés de 15 jours à 17 ans inclusivement, votre prime augmentera à chaque renouvellement où l'un d'eux aura atteint 18 ans. Votre prime peut aussi augmenter en raison de la fin d'une période de rabais.

Prenez note toutefois que votre prime ne variera pas en raison du fait que :

- pour la protection en cas de fracture, mutilation, perte d'usage, coma ou décès, les montants payables dépendent de l'âge de la personne assurée à la date de l'accident;
- pour la protection en cas de décès non accidentel d'un enfant, aucun montant n'est payable pour une personne âgée de 25 ans ou plus.

Révision par Desjardins Assurances des primes applicables selon l'âge et le sexe

Nous pouvons modifier en tout temps les primes applicables selon l'âge et le sexe des personnes assurées. Dans un tel cas, nous vous indiquerons les nouvelles primes applicables dans la Confirmation d'assurance que vous recevrez avant le premier renouvellement suivant la modification. Les nouvelles primes s'appliqueront à votre contrat à compter de ce renouvellement.

13.4 Le délai que vous avez pour payer vos primes

Nous prélevons votre première prime dans les jours qui suivent l'achat du contrat.

Par la suite, vos primes sont payables selon la fréquence que vous avez choisie. Si vous ne payez pas une prime à la date qui était prévue pour son paiement, nous vous envoyons un avis écrit. Vous avez alors **30 jours** pour payer votre prime à compter de la date de l'avis. Votre contrat demeure en vigueur pendant ce délai.

14

Début, renouvellement et fin de votre contrat

Cette section s'adresse au preneur du contrat, c'est-à-dire à la personne qui en est le propriétaire.

14.1 Début de votre contrat et de l'assurance

Votre contrat et l'assurance des personnes que vous choisissez d'assurer initialement débutent le lendemain de la date de l'achat du contrat.

14.2 Durée et renouvellement de votre contrat

Votre contrat a une durée d'un an et se renouvelle automatiquement à la fin de chaque période d'un an, à condition que vous payiez la prime applicable. Les dates auxquelles cette « période d'assurance » d'un an commence et se termine sont indiquées dans la Confirmation d'assurance.

Quarante-cinq (45) jours avant la date de chaque renouvellement de votre contrat, nous vous envoyons un « avis de renouvellement » (qui constitue une nouvelle Confirmation d'assurance). À moins d'avis contraire de votre part, nous renouvelons votre contrat selon les modalités de paiement qui s'appliquaient au début de votre contrat ou au dernier renouvellement.

14.3 Fin de votre contrat

Votre droit de mettre fin au contrat

Vous pouvez mettre fin à celui-ci en tout temps de l'une des façons suivantes :

- en nous appelant au **1 800 463-7838** pendant les heures d'ouverture
- en nous envoyant un courriel à l'adresse centrecontactsdesjardins@dsf.ca
- en nous envoyant un avis écrit à l'adresse suivante :
Desjardins Assurances
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2

Si vous choisissez d'envoyer un avis écrit, vous pouvez utiliser à cette fin l'Avis de résolution d'un contrat d'assurance qui vous a été remis avec la présente police.

Si vous mettez fin à votre contrat dans les 30 jours après l'avoir reçu

Nous considérons que votre contrat n'a jamais débuté.

Nous vous remboursons toute prime que vous avez payée, à condition que vous n'ayez fait aucune réclamation.

Si vous mettez fin à votre contrat plus de 30 jours après l'avoir reçu

- **Si vous mettez fin à votre contrat pendant une période de renouvellement**
Votre contrat se termine alors à la fin de la période d'assurance d'un an en cours.
Nous ne remboursons aucune prime.
- **Si vous mettez fin à votre contrat en dehors d'une période de renouvellement**
Votre contrat prend alors fin le lendemain de l'appel téléphonique ou de la réception par Desjardins Assurances de votre courriel ou votre avis écrit, selon le cas.
Nous vous remboursons alors la portion de la prime (en jours) que vous avez payée en trop.

Qu'est-ce qu'une période de renouvellement?

Chaque période de renouvellement commence 45 jours avant la date du renouvellement annuel de votre contrat et se termine à la date du renouvellement annuel.



Notre droit de mettre fin au contrat

Votre contrat prend fin dans les situations suivantes :

Si vous ne payez pas une prime (autre que la première)

Dans ce cas, votre contrat prend fin 30 jours après la date à laquelle nous vous avons envoyé un avis pour vous rappeler de payer votre prime, si celle-ci demeure alors impayée.

Si nous recevons une réclamation comprenant des déclarations ou des omissions frauduleuses (une omission est le fait de ne pas déclarer un renseignement qui devrait l'être)

Nous vous avisons par écrit que nous mettons fin à votre contrat pour cette raison. Dans ce cas, votre contrat prend fin le premier jour du **mois d'assurance** qui suit l'envoi de cet avis.

Nous vous remboursons alors la portion de la prime pour les jours restants, s'il y a lieu.

Si nous décidons de mettre fin à tous les contrats Accurance Élite

Nous devons alors mettre fin à votre contrat au moment de son renouvellement et vous aviser par écrit au moins 30 jours à l'avance.

Dans ce cas, votre contrat se termine à la fin de la période d'assurance en cours.

Qu'est-ce qu'un mois d'assurance?

Les mois d'assurance sont établis en fonction de la date du début de la période d'assurance d'un an de votre contrat. Par exemple, si la période d'assurance commence le 17 février, les mois d'assurance commencent le 17^e jour de chaque mois.



Modification de votre contrat

Cette section s'adresse au preneur du contrat, c'est-à-dire à la personne qui en est le propriétaire.

15.1 Vous pouvez modifier votre contrat

Vous pouvez modifier celui-ci en tout temps de l'une des façons suivantes :

- en nous appelant au **1 800 463-7838** pendant les heures d'ouverture
- en nous envoyant un courriel à l'adresse centrecontactsdesjardins@dsf.ca
- en nous envoyant une demande écrite à l'adresse suivante :
Desjardins Assurances
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2

Pour l'ajout ou le retrait d'une personne assurée

- **Si vous faites votre demande pendant une période de renouvellement**
La modification s'applique alors à compter de la date du prochain renouvellement.
- **Si vous faites votre demande en dehors d'une période de renouvellement**
La modification s'applique à compter du lendemain de l'appel téléphonique ou de la réception par Desjardins Assurances de votre courriel ou votre demande écrite, selon le cas.

Qu'est-ce qu'une période de renouvellement?

Chaque période de renouvellement commence 45 jours avant la date du renouvellement annuel de votre contrat et se termine à la date du renouvellement annuel.



Nous rajustons votre prime à la hausse ou à la baisse :

- à compter de la date à laquelle la modification s'applique; et
- selon le nombre de jours restant jusqu'au prochain prélèvement de votre prime.

Dans le cas d'une hausse de prime, vous devez payer le montant de l'augmentation pour que la modification s'applique.

Pour d'autres types de modification

La modification s'applique à compter de la date de votre appel ou de la réception par Desjardins Assurances de votre courriel ou votre demande écrite, selon le cas.

Les autres types de modification comprennent, entre autres, la désignation ou le changement de bénéficiaires ainsi que la modification de la fréquence ou du mode de paiement de votre prime.

15.2 Nous pouvons modifier votre contrat

Lors du renouvellement de votre contrat, nous pouvons le modifier à condition d'apporter les mêmes modifications à tous les contrats Accirance Élite. Nous devons alors vous aviser par écrit au moins 30 jours à l'avance.

Nous considérons que vous avez accepté les modifications 30 jours après avoir reçu notre avis.

Les modifications s'appliquent à compter de la date du renouvellement de votre contrat.

16.1 Qui peut faire une réclamation

C'est le preneur qui doit soumettre la réclamation. Toutefois, si cette personne est décédée, la réclamation peut alors être soumise par toute personne majeure qui prétend avoir droit au paiement.

16.2 Comment faire une réclamation

Les documents à fournir

Si vous réclamez pour un **décès** ou une **mutilation ou perte d'usage** : vous devez nous téléphoner au **1 877 838-5423**. Nous vous enverrons les formulaires à remplir pour faire votre réclamation et vous indiquerons quels autres documents vous devez fournir.

Pour toute autre réclamation, vous pouvez obtenir le formulaire requis :

- en vous rendant au www.desjardins.com/accirance
- en nous téléphonant au **1 877 838-5423**

Où envoyer votre réclamation

Vous devez ensuite nous envoyer les documents requis à l'adresse suivante :

Desjardins Assurances
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2

Vous pouvez fournir certains documents de façon électronique

Vous pouvez nous envoyer la plupart de vos documents de manière électronique et sécuritaire en vous rendant à l'adresse suivante :

www.desjardinsassurancevie.com/envoi

Vous ne pouvez toutefois pas utiliser cette adresse lorsque nous demandons les documents originaux. Vous devez obligatoirement nous envoyer ces documents par la poste.

Ce que nous pouvons exiger

Après avoir reçu votre réclamation, nous pouvons exiger tout renseignement, toute preuve ou tout document que nous jugeons nécessaires pour étudier votre réclamation.

Nous pouvons aussi demander que la personne assurée pour laquelle vous présentez la réclamation soit examinée par un médecin de notre choix.

16.3 Délais à respecter

Vous devez nous soumettre votre réclamation dans les **30 jours** qui suivent l'événement qui peut donner lieu au paiement d'un montant.

Quant aux renseignements, preuves ou documents supplémentaires que nous pouvons exiger, vous devez nous les fournir dans les **90 jours** qui suivent la date de la lettre dans laquelle nous vous les demandons.

Si vous ne respectez pas ces délais, nous pourrions tout de même accepter votre réclamation. Vous devrez toutefois nous démontrer pourquoi vous n'avez pas pu agir dans les délais prévus. Vous devrez alors nous faire parvenir tous les renseignements, preuves et documents requis dans l'année qui suit la date de l'événement qui peut donner lieu au paiement d'un montant.

16.4 Conditions liées au paiement d'un montant

Pour donner droit au paiement d'un montant, un événement doit survenir pendant que votre contrat est en vigueur. De plus, nous nous basons sur les conditions de votre contrat applicables au moment où s'est produit l'événement pour déterminer :

- si une personne est assurée ou si un montant est payable; et
- le montant du paiement, s'il y a lieu.

16.5 Nous traitons votre réclamation dans les 60 jours

Une fois que nous avons reçu tous les documents demandés, nous étudions votre réclamation.

Si nous acceptons votre réclamation

Nous versons le paiement dans les **60 jours** après avoir reçu tous les renseignements, preuves et documents demandés.

Si nous refusons votre réclamation ou ne versons qu'une partie du montant réclamé

Nous vous envoyons une lettre pour vous expliquer les raisons de notre décision. Nous envoyons cette lettre dans les **60 jours** après avoir reçu tous les renseignements, preuves et documents demandés.

Conséquence de fournir des renseignements inexacts ou incomplets

Nous ne versons aucun montant si nous recevons une réclamation comprenant des fausses déclarations ou des omissions, qu'elles soient frauduleuses ou non. Une omission est le fait de ne pas déclarer des renseignements qui devraient l'être. Dans une telle situation, toute personne qui a reçu des montants auxquels elle n'avait pas droit devra les rembourser avec un taux d'intérêt raisonnable établi par Desjardins Assurances.

16.6 Personnes à qui nous versons les montants

Rappel! Le preneur du contrat est la personne qui en est le propriétaire.

Dans le cas du remboursement de frais engagés

Nous versons les remboursements au preneur du contrat.

Dans le cas du décès d'une personne assurée

Nous versons le montant applicable :

- a) au preneur du contrat, s'il est vivant; sinon
- b) au bénéficiaire* désigné, s'il est vivant; sinon
- c) aux héritiers légaux de la personne assurée

* Vous pouvez désigner un ou des bénéficiaires si vous êtes le preneur du contrat. Pour désigner un bénéficiaire, vous devez utiliser le formulaire que nous fournissons à cette fin. Le bénéficiaire est alors valable pour la durée de votre contrat. Vous pouvez aussi changer un bénéficiaire en tout temps en nous avisant par écrit.

Nous n'assumons aucune responsabilité quant à vos désignations de bénéficiaire.

Pour toute autre réclamation (par exemple : montant payable pour une fracture)

Nous versons le montant applicable :

- a) si la personne assurée a **moins de 18 ans** à la date du paiement :
 - au preneur du contrat s'il est vivant; sinon
 - au tuteur de la personne assurée
- b) si la personne assurée a **18 ans ou plus** à la date du paiement :
 - à la personne assurée

16.7 Monnaie

Les montants indiqués dans la police sont en monnaie canadienne. Pour des frais admissibles engagés à l'extérieur du Canada, nous utilisons le taux de change en vigueur à la date du paiement.

16.8 Partage des remboursements de vos frais

Une personne ne peut jamais se faire rembourser un montant plus élevé que le total des frais qu'elle a payés, même s'ils sont couverts par plus d'une assurance.

Si vous faites une réclamation pour des frais qui sont aussi couverts par une ou plusieurs autres assurances (privées ou publiques), Desjardins Assurances est le « dernier payeur ». Autrement dit, nous remboursons seulement la partie des frais non remboursable par ces autres assurances.

Par contre, si ces autres assurances prévoient aussi qu'elles sont les derniers payeurs ou si elles comportent une clause de coordination des remboursements, le remboursement est partagé entre celles-ci et votre contrat Accirance Élite, en fonction des montants qui auraient dû être payés par chacun.

16.9 Transfert de vos droits de recours (droit de subrogation)

En cas de réclamation en raison d'un dommage causé par un tiers, vous nous cédez votre droit de poursuivre ce dernier et tout autre droit que vous pourriez exercer contre lui. Nous exercerons ce recours en votre nom et à nos frais, pour un montant maximum équivalant à celui que nous vous avons payé pour le dommage en question.

17.1 Si vous n'êtes pas d'accord avec notre décision après une réclamation

Vous pouvez demander une nouvelle analyse de votre dossier

Si nous refusons votre réclamation, vous pouvez nous soumettre des renseignements supplémentaires et nous demander une nouvelle analyse de votre dossier.

Vous pouvez déposer une plainte auprès de l'équipe responsable du traitement des plaintes

Si vous n'êtes pas satisfait du résultat de la 2^e analyse, vous pouvez déposer une plainte auprès de l'équipe responsable du traitement des plaintes de Desjardins Assurances. Son rôle consiste à évaluer le bien-fondé des décisions et des pratiques de notre entreprise lorsqu'un de ses clients estime qu'il n'a pas obtenu le service auquel il avait droit.

Vous pouvez lui écrire à l'adresse suivante :

Équipe responsable du traitement des plaintes

Desjardins Assurances
100, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 7N5

Vous pouvez aussi lui envoyer un courriel à : plaintes@desjardins.com

Ou la joindre par téléphone au **1 888 556-7212**

Vos autres recours

Si vous voulez contester notre décision devant les tribunaux, vous devez le faire dans le délai maximal prévu par la loi de chaque province ou territoire. Ce délai maximal est de 3 ans au Québec et de 2 ans en Ontario.

Pour en savoir plus sur vos droits

Pour en savoir plus sur vos droits, vous pouvez communiquer avec l'organisme de réglementation de votre province ou territoire de résidence ou votre conseiller juridique. À titre d'information, les organismes de réglementation du Québec et de l'Ontario sont les suivants :

Pour les résidents du Québec

Autorité des marchés financiers

Place de la Cité, Tour Cominar
2640, boul. Laurier, bureau 400
Québec (Québec) G1V 5C1
Site Internet : www.lautorite.qc.ca
Téléphone : 418 525-0337 ou 1 877 525-0337
Télécopieur : 418 525-9512

Pour les résidents de l'Ontario

**Autorité ontarienne de réglementation
des services financiers**

5160, rue Yonge
CP 85
Toronto (Ontario) M2N 6L9
Courriel : contactcentre@fsrao.ca
Site Internet : www.fsrao.ca
Téléphone : 416 250-7250 ou 1 800 668-0128
Télécopieur : 416 590-7070

17.2 Comment faire une plainte sur votre assurance ou notre service

Vous avez des préoccupations ou vous êtes insatisfait de votre contrat ou du service que nous vous avons donné ? Faites-le-nous savoir en communiquant avec notre service à la clientèle au **1 800 463-7838**.

Si vous souhaitez faire une plainte officielle, vous avez deux options :

- communiquer avec l'équipe responsable du traitement des plaintes au 1 888 556-7212; ou
- utiliser le formulaire de plainte disponible sur notre site Internet à l'adresse :
www.desjardinsassurancevie.com/plainte

18 Documents formant votre contrat d'assurance

Cette section s'adresse au preneur du contrat, c'est-à-dire à la personne qui en est le propriétaire.



À quoi servent ces documents?

Ces documents expliquent vos droits et obligations. Ils forment une entente entre 2 parties, c'est-à-dire vous et nous, Desjardins Assurances.

Police et Confirmation d'assurance

La **police** est un document non personnalisé qui fournit toute l'information sur Accirance Élite. La **Confirmation d'assurance** indique les renseignements propres à votre contrat, comme le nom des personnes assurées, la période d'assurance, la prime à payer et le mode de paiement que vous avez choisi.

Votre contrat peut également comprendre un avenant ou une annexe qui sert à modifier celui-ci ou à le mettre à jour.

Nous vous envoyons votre police et une Confirmation d'assurance lorsque vous achetez votre contrat.

Nouvelle Confirmation d'assurance à chaque renouvellement

Nous vous envoyons un avis 45 jours avant chaque renouvellement de votre contrat pour vous confirmer les conditions qui s'appliqueront pour la prochaine période d'assurance. Cet avis constitue une nouvelle Confirmation d'assurance, qui remplace la précédente.

Nouvelle Confirmation d'assurance lors d'une modification de votre contrat

Si vous modifiez votre contrat, nous vous envoyons une nouvelle Confirmation d'assurance, qui remplace la précédente.

Personnes assurées et preneur du contrat

Les personnes assurées par votre contrat Accirance Élite sont les suivantes :

- toute personne dont le nom est inscrit dans la plus récente Confirmation d'assurance, à condition que vous ayez payé la prime applicable pour son assurance;
- tout enfant couvert par l'assurance automatique décrite à la section 1.

En tant que preneur du contrat, vous êtes la personne à qui nous envoyons les Confirmations d'assurance. Comme il est possible de changer le preneur du contrat, ce dernier est toujours la personne à qui la plus récente Confirmation d'assurance a été adressée.

Vous devez nous communiquer tout changement d'adresse ou d'institution financière

Vous avez la responsabilité de nous aviser de tout changement lié à votre adresse ou à l'institution financière avec laquelle vous faites affaire pour le paiement de votre prime.

Si nous ne sommes pas avisés de tels changements et que nous ne pouvons pas prélever votre prime, nous considérerons que vous désirez mettre fin à votre contrat. Dans une telle situation, votre contrat prendra fin 30 jours après la date à laquelle nous vous aurons envoyé un avis pour vous rappeler de payer votre prime, si celle-ci demeure impayée.

Impossibilité d'hypothéquer votre contrat

Vous ne pouvez pas hypothéquer votre contrat (c'est-à-dire le donner en garantie).



Denis Dubois
Président et chef de l'exploitation



Chantal Gagné
Vice-présidente principale
Assurance de personnes

Annexe

Services d'accompagnement

Desjardins Assurances vous offre gratuitement des services d'accompagnement pour vous guider, vous protéger et vous soutenir dans votre vie de tous les jours. Vous avez accès à ces services dès que votre assurance débute.

Vous ne vous sentirez jamais seul!

Nous vous accompagnons et nous vous aidons au moment où vous en avez le plus besoin! Les services d'accompagnement, qui sont offerts par des experts, sont confidentiels et gratuits.

Des services indispensables!

Que ce soit pour obtenir une aide psychologique ou des soins lors d'une convalescence, ou pour vos questions d'ordre juridique, les services d'accompagnement vous seront d'une grande utilité.

Vous avez besoin d'aide?

Visitez le www.desjardins.com ou composez le **1 877 477-3033**, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Voici une brève description des services d'accompagnement offerts :

Assistance psychologique

Service d'assistance téléphonique confidentiel offrant un nombre limité de consultations auprès de professionnels en santé psychologique et visant à vous aider à traverser des périodes difficiles.

Par exemple :

« Ma femme vient d'apprendre qu'elle a une tumeur cancéreuse. J'aimerais avoir quelques trucs pour l'annoncer à mes enfants sans qu'ils aient trop peur. »

Assistance à l'autonomie

Service d'assistance téléphonique offert à une personne en perte d'autonomie ainsi qu'à ses proches aidants. Il s'agit d'un guichet unique pour proposer et coordonner des services d'aide à la vie domestique et d'aide à la vie quotidienne (les frais pour ces services sont toutefois à votre charge).

Par exemple :

« Je viens d'être opérée et je reviens à la maison. J'aurais besoin d'aide pour l'entretien de ma maison et pour changer mes pansements. Pouvez-vous m'aider à coordonner tout ça? »

Assistance succession

Service personnalisé, souple et facilement accessible visant à vous appuyer si vous devez assumer le rôle de liquidateur d'une succession. Il vous permet d'obtenir des renseignements juridiques sans frais par téléphone auprès d'avocats membres du Barreau.

Par exemple :

« Mon père est décédé et j'ai été nommé liquidateur de la succession. Quelles sont mes obligations et responsabilités? »

Avis de résolution d'un contrat d'assurance

Annexe 5

(a.31)

Avis donné par le distributeur

Article 440 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers (chapitre D-9.2)

La Loi sur la distribution de produits et services financiers vous donne des droits importants.

La Loi vous permet de mettre fin au contrat d'assurance, **sans pénalité**, dans les 10 jours suivant la date de la signature du contrat d'assurance. L'assureur peut toutefois vous accorder un délai plus long.

Pour mettre fin au contrat, vous devez donner à l'assureur, à l'intérieur de ce délai, un avis par poste recommandée ou par tout autre moyen vous permettant de recevoir un accusé de réception.

Malgré l'annulation du contrat d'assurance, le premier contrat conclu demeurera en vigueur. Attention, il est possible que vous perdiez des conditions avantageuses qui vous ont été consenties en raison de cette assurance; informez-vous auprès du distributeur ou consultez votre contrat.

Après l'expiration du délai applicable, vous avez la faculté d'annuler le contrat d'assurance en tout temps, mais des pénalités pourraient s'appliquer.

Pour de plus amples informations, communiquez avec l'Autorité des marchés financiers au 1 877 525-0337 ou visitez le www.lautorite.qc.ca.

Avis de résolution d'un contrat d'assurance

À : _____ (nom de l'assureur)

_____ (adresse de l'assureur)

Date : _____ (date d'envoi de cet avis)

En vertu de l'article 441 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers, j'annule le
contrat d'assurance numéro : _____ (numéro du contrat, s'il est indiqué)

conclu le : _____ (date de la signature du contrat)

à : _____ (lieu de la signature du contrat)

Nom du client : _____

Signature du client : _____

Accifamille

VOTRE POLICE
D'ASSURANCE



L'assurance accidents

Accifamille est un contrat d’assurance individuelle qui prévoit le versement d’une prestation si l’assuré subit un accident.

Dispositions générales

Le présent document ainsi que les Dispositions particulières constituent votre police d’assurance. Conservez ces documents pour toute la durée de la protection que vous avez choisie (celle-ci est indiquée aux Dispositions particulières). Les prestations sont payables selon les conditions de cette police.

1. Admissibilité

Est admissible comme assuré toute personne âgée d’au moins 15 jours et d’au plus 75 ans qui réside de façon permanente au Canada pendant la période de protection et dont le nom figure sur la demande d’adhésion déposée au siège social de l’Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., ci-après appelée « la Compagnie ». Toutefois, le contractant doit être majeur selon les lois de sa province de résidence. Tout enfant qui naît durant la période de protection de ce contrat sera assuré gratuitement jusqu’à la fin de la période de protection, à compter du 15^e jour de vie.

2. Entrée en vigueur et renouvellement automatique

Le contrat entre en vigueur rétroactivement à la plus tardive des dates suivantes : la date de réception de la demande d’adhésion au siège social de la Compagnie, la date à laquelle le contractant a adhéré au contrat par téléphone ou la date de prélèvement de la prime indiquée par le contractant, pour autant que la prime totale pour toute la période de protection soit payée dans les 15 jours suivant l’adhésion du contractant.

Chaque assuré dont le nom est inscrit aux plus récentes *Dispositions particulières* est couvert à compter de la date à laquelle la prime est payée pour cet assuré, et ce, jusqu’à l’échéance de la période choisie par le contractant. À moins d’indications contraaires formulées par écrit par le contractant, à l’échéance de cette période, la Compagnie s’engage à renouveler automatiquement le contrat pour une période de même durée, pourvu que la prime échue pour ladite période soit payée en totalité dans le délai requis.

La protection est en vigueur 24 heures sur 24 partout dans le monde.

3. Prélèvement de la prime et délai de paiement

La prime du contrat initial et, le cas échéant, de tout renouvellement de celui-ci, est perçue au début de chaque période d’assurance par prélèvement autorisé par chèque (PAC) (pour les clients qui ont déjà opté pour ce mode de paiement avant le 1^{er} août 2013), par retrait sur carte de crédit ou par chèque conformément aux instructions données par le contractant. La prime échue et la date d’échéance sont indiquées aux *Dispositions particulières*. La prime à payer est établie en fonction de l’âge et du sexe de chacun des assurés, du type de protection et de la durée choisie, le tout selon la grille de tarification en cours à la date d’entrée en vigueur du contrat et, par la suite, à la date de renouvellement du contrat.

Sauf pour la première prime, le contractant dispose d’une période de 30 jours pour payer les primes lors d’un renouvellement, période durant laquelle le contrat demeure en vigueur. Si les primes sont payées après ce délai, le contrat prend fin automatiquement. Un nouveau contrat sera émis et entrera en vigueur à la date de paiement des primes dues au siège social.

4. Limitations

Cette police contient une disposition qui retire le droit à l’assuré ou restreint le droit de l’assuré de désigner des personnes à qui ou au bénéfice de qui les sommes assurées seront versées.

En vertu de certaines lois, nous sommes tenus de vous informer que la demande en justice soumise en vertu du présent contrat est régie par un délai de prescription stipulé dans la *Loi sur les assurances* ou dans toute autre loi provinciale similaire qui s’applique dans votre province (par exemple, la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* en Ontario et le Code civil au Québec). Cela signifie que vous ne pouvez plus intenter de poursuites après l’expiration de ce délai.

5. Prestations

	Option de BASE	Option MACCIMUM
A. En cas de décès accidentel :		
À bord d’un véhicule scolaire ou d’un transport public	15 000 \$	60 000 \$
Autres circonstances (assuré de 25 ans ou plus à la date du décès)	10 000 \$	40 000 \$
Autres circonstances (assuré de moins de 25 ans à la date du décès)	5 000 \$	20 000 \$
B. En cas de décès naturel :		
Assuré de moins de 18 ans à la date du décès ou de moins de 25 ans à la date du décès pour un étudiant	2 500 \$	10 000 \$
C. En cas de mutilation ou de perte d’usage à la suite d’un accident* :		
	Option de BASE	Option MACCIMUM
de deux membres ou d’un membre et de la vue d’un œil ou de la vue des deux yeux	50 000 \$	200 000 \$
de l’ouïe des deux oreilles et de la parole	50 000 \$	200 000 \$
de l’ouïe des deux oreilles ou de la parole	25 000 \$	100 000 \$
d’un membre ou de la vue d’un œil	12 500 \$	50 000 \$

de l’ouïe d’une oreille	3 000 \$	12 000 \$
d’un doigt ou d’un orteil (séparation complète)	1 000 \$	4 000 \$
Maximum payable en vertu de la présente clause	50 000 \$	200 000 \$
* Restriction – La prestation en cas de mutilation ou de perte d’usage est payable 365 jours après la date de l’accident aux conditions suivantes :		
- la mutilation ou la perte d’usage survient dans les 365 jours suivant la date de l’accident, et;		
- l’assuré n’est pas décédé des suites de l’accident dans les 365 jours suivant la date de l’accident.		
Seule la prestation de décès est payable si le décès résulte de l’accident dans les 365 jours.		

D. Fracture accidentelle* :	Option de BASE	Option MACCIMUM
Du crâne avec enfoncement, de la colonne avec déplacement des vertèbres, du bassin	250 \$	1 000 \$
Autres os	50 \$	200 \$
* Restriction – La fracture doit être diagnostiquée au cours des 30 jours suivant l’accident, sinon aucune prestation n’est payable en vertu de cette garantie.		

En cas de fractures multiples à la suite d’un même accident, la Compagnie verse la prestation pour la fracture subie donnant droit au montant le plus élevé.

E. Invalidité totale à la suite d’un accident pour l’assuré ayant le statut d’étudiant au moment de l’accident**:

Frais de réorientation* : jusqu’à 3 000 \$ pour les frais engagés pour l’étudiant en raison d’une invalidité totale, dans le but d’obtenir une autre formation rendue nécessaire en raison de l’accident.

* Restriction – Les frais de réorientation doivent être engagés dans les deux ans suivant l’accident.

Cours de rattrapage* : à raison de 10 \$ l’heure, payables à compter de la 31^e journée d’absence des cours normaux, jusqu’à 1 000 \$.

* Restriction – Les cours de rattrapage doivent être donnés par un professeur approuvé par la direction de l’établissement scolaire que fréquente l’étudiant.

Rente d’invalidité* : si un accident est la cause directe d’une invalidité totale et continue, reconnue par un médecin, la Compagnie verse une rente mensuelle de 200 \$, jusqu’à un maximum de 5 000 \$, à partir de la 31^e journée de la période d’invalidité.

* Restriction – La rente mensuelle en cas d’invalidité est payable aussi longtemps que l’assuré est vivant et ne peut reprendre ses activités normales d’étudiant. Toutefois, aucun paiement n’est effectué pendant la période où l’assuré occupe un travail rémunérateur.

** Restriction – Aucune prestation pour frais de réorientation, cours de rattrapage ou rente d’invalidité n’est payable si l’assuré a reçu une prestation en cas de mutilation ou de perte d’usage de membres, de la vue, de l’ouïe ou de la parole.

F. Frais dentaires par dent endommagée lors d’un accident :

Jusqu’à 300 \$, pour les frais raisonnables occasionnés par une blessure à une dent saine et entière, pour les radiographies ou les traitements effectués par un dentiste au cours des 260 semaines qui suivent l’accident.

Les frais dentaires sont remboursés au contractant selon les frais engagés pour l’assuré qui n’excèdent pas le tarif suggéré par l’association des chirurgiens dentistes de la province où les services sont fournis.

Jusqu’à un maximum de 250 \$, pour le coût de remplacement ou la réparation d’une prothèse dentaire à la suite d’un accident qui a nécessité des traitements d’un médecin ou d’un dentiste reconnu.

G. Frais hospitaliers et paramédicaux à la suite d’un accident* :

Remboursement des frais raisonnables engagés dans la province de résidence de l’assuré au cours des 104 semaines qui suivent l’accident pour les services, les soins et les traitements fournis par suite d’un accident pour :

- les frais supplémentaires pour une chambre privée ou semi-privée pendant le séjour dans un hôpital, jusqu’à un maximum de 55 \$ par jour;

- une indemnité de 25 \$ par nuit d’hospitalisation (payée en sus des frais mentionnés précédemment), dès la première nuit, jusqu’à un maximum de 1 000 \$;

- les médicaments nécessaires à la thérapeutique, qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance écrite d’un médecin

et qui sont vendus par un pharmacien (excédent des frais non remboursables par tout autre régime (régime public, privé ou assurance collective);

- la location d’un fauteuil roulant, de béquilles ou d’appareils orthopédiques, ou l’achat (mais non le remplacement) si la location est plus chère ou impossible. Les appareils orthopédiques doivent être recommandés par un médecin et être médicalement nécessaires pour la guérison;

- l’achat (mais non le remplacement) d’un plâtre en fibre de verre;

- l’achat (mais non le remplacement) de prothèses (membres artificiels), sauf les prothèses dentaires et les prothèses auditives, jusqu’à un maximum de 3 000 \$;

- l’achat (mais non le remplacement) d’une prothèse auditive, jusqu’à un maximum de 500 \$;

- les traitements reçus d’un physiothérapeute, d’un chiropraticien, d’un ergothérapeute, d’un podiatre, d’un ostéopathe, d’un audiologiste ou d’un orthophoniste, à raison de 15 \$ par visite (y compris tous les coûts lors de la visite), jusqu’à un maximum de 180 \$ par année de contrat pour l’ensemble de ces traitements. Le spécialiste de la santé qui prodigue les soins doit être un membre en règle de sa corporation professionnelle;

- les services d’une infirmière, hors de l’hôpital, lorsqu’ils sont recommandés par un médecin;

- les frais de transport dans les 24 heures suivant l’accident, par le moyen le plus économique, compte tenu de l’état de l’assuré, jusqu’à un maximum de 1 000 \$, pour :

- le transport d’urgence (ambulance, taxi ou automobile privée) de l’assuré au bureau du médecin ou à l’hôpital le plus près qui est raisonnablement équipé pour fournir les soins requis;

- le transport (taxi ou automobile privée) de l’assuré de l’hôpital ou du bureau du médecin à son domicile;

- les frais de stationnement, au montant de 10 \$;

- le transport au moyen d’une automobile privée, à raison de 0,28 \$ le kilomètre.

- les frais de séjour pour la personne responsable de l’assuré pendant son hospitalisation à la suite d’un accident avec une indemnité de 100 \$ par jour, jusqu’à un maximum de 500 \$, payables si l’assuré est hospitalisé à plus de 50 kilomètres de sa résidence;

- les frais de réparation ou de remplacement de lunettes ou de lentilles cornéennes endommagées servant à corriger la vue à la suite d’un accident constaté par un médecin, jusqu’à un maximum de 100 \$ par année de contrat.

* Restriction – La somme maximale totale payable pour les frais hospitaliers et paramédicaux à la suite d’un accident est de 25 000 \$ par accident.

H. Soins d’urgence hors de la province de résidence

Jusqu’à un maximum de 5 000 \$ par accident pour le transport par ambulance, les services d’un médecin ainsi que les soins hospitaliers (y compris les soins infirmiers, les analyses de laboratoire, les radiographies ou autres tests à des fins de diagnostic) obtenus hors de la province de résidence de l’assuré à la suite d’un accident. La Compagnie paie l’excédent des frais remboursables par tout autre régime (régime public, privé ou assurance collective) s’il était impossible d’obtenir ces soins ou ces services dans la province de résidence de l’assuré.

I. Indemnité de convalescence (assuré de 18 ans ou plus)

Cette indemnité est payable, jusqu’à concurrence d’un montant de 500 \$ par année de contrat, si l’assuré est hospitalisé au moins une nuit à l’hôpital ou subit une chirurgie d’un jour à la suite d’un accident :

- une chirurgie d’un jour donne droit à un jour de convalescence, soit à une indemnité de convalescence de 50 \$;

- chaque nuit donne droit à un jour de convalescence, soit à une indemnité de convalescence de 50 \$ pour chaque nuit d’hospitalisation.

J. Frais de garde d’enfants*

Les frais engagés par le contractant jusqu’à concurrence de 10 \$ l’heure et d’un maximum de 100 \$ par année de contrat pour faire garder :

- l’enfant assuré de moins de 18 ans qui doit rester à la maison à la suite d’un accident que ce dernier a subi;

- les autres enfants de moins de 18 ans s’il doit accompagner un enfant assuré de moins de 18 ans pour un suivi médical à la suite d’un accident que l’enfant a subi.

* Restriction – Les frais de garde sont remboursables si le gardien est âgé de 18 ans ou plus et n’est pas un membre de la famille immédiate de l’assuré.

Votre police d’assurance

K. Frais de transport (aller-retour) entre le domicile et l’école*

Les sommes payées par le contractant à la suite d’un accident survenu à un étudiant assuré, pour le transport de l’étudiant entre son domicile et son établissement d’enseignement, jusqu’à concurrence de **10 \$ par jour et d’un maximum de 100 \$** par année de contrat.

Les frais de transport au moyen d’une automobile privée sont remboursés à raison de 0,28 \$ le kilomètre.

* **Restriction** — L’étudiant assuré ne doit pas pouvoir se rendre à son établissement d’enseignement par son moyen de transport usuel et la personne qui effectue le transport aller-retour de l’étudiant doit être âgée de 18 ans ou plus.

6. Définitions

A. Accident — Atteinte corporelle provenant directement d’une cause externe, soudaine, violente, involontaire et indépendante de tout autre facteur, subie alors que la victime était assurée en vertu du contrat, et requérant des soins médicaux ou une intervention chirurgicale dans les 30 jours de sa survenance.

B. Appareil orthopédique — Appareil appliqué à un membre ou à une partie du corps pour corriger une blessure.

C. Blessure — Lésion corporelle résultant d’un accident.

D. Conjoint — La personne légalement mariée ou unie civilement au contractant ou qui vit maritalement de façon continue depuis au moins douze mois avec le contractant.

E. Décès accidentel — Décès résultant des suites d’un accident.

F. Décès naturel — Décès résultant des suites d’une maladie.

G. Enfant — Tout descendant du contractant ou de son conjoint.

H. Étudiant — Personne inscrite à un programme d’études à temps plein dans un établissement scolaire reconnu par l’organisme gouvernemental approprié.

I. Fracture accidentelle — Rupture violente d’un os à la suite d’un accident. Les fractures découlant indirectement d’une maladie sont exclues.

J. Hôpital — Établissement reconnu et accrédité comme hôpital ou centre hospitalier de courte durée par les autorités gouvernementales dont relève l’établissement. Sont exclus : les établissements réservés aux convalescents ou aux personnes atteintes de maladies chroniques.

K. Hospitalisation — Désigne l’occupation d’une chambre d’hôpital ou un séjour à l’urgence sous observation

L. Invalidité — Atteinte à la capacité physique ou mentale, résultant directement d’un accident, qui altère fortement et de façon durable le fonctionnement du corps ou de l’esprit de l’assuré et l’empêche de s’adonner à toutes les activités normales d’un étudiant de son âge.

M. Membre — Une main ou un pied

N. Membre de la famille immédiate — Père, mère, grands-parents, sœur, frère, enfant ou conjoint de l’assuré.

O. Mutilation ou perte d’usage — Séparation complète d’un membre ou perte totale et définitive de l’usage d’un membre, de la vue, de l’ouïe ou de la parole résultant d’un accident. Pour la perte d’usage de la vue, l’assuré doit avoir une acuité visuelle corrigée de moins de 20/200 ou un champ visuel de moins de 20 degrés. Pour la perte d’usage de l’ouïe, l’assuré doit avoir un seuil d’audition de plus de 90 décibels à l’intérieur d’une gamme de fréquences sonores allant de 500 à 3 000 Hz.

La perte d’usage d’un doigt ou d’un orteil signifie la séparation complète à l’articulation métacarpophalangienne ou métatarsophalangienne selon le cas.

P. Transport public — Véhicule de transport public pourvu d’un permis de transport de passagers contre rémunération, alors que l’assuré y voyageait comme passager payant.

7. Exclusions, restrictions et limitations

En plus des restrictions déjà mentionnées dans le présent contrat, aucune prestation n’est payable pour :

A. Le décès d’un assuré résultant d’un suicide. Toutefois, si le décès d’un assuré admissible à la prestation « En cas de décès naturel » résulte d’un suicide et que l’assurance est en vigueur auprès de la Compagnie depuis deux années, sans interruption, un montant équivalent à cette prestation est payable. Dans un tel cas, toute augmentation du capital assuré résultant de la souscription à l’option MACCIMUM est assujettie à une période d’exclusion de deux années sans interruption d’assurance à compter de la prise d’effet de l’augmentation.

B. Le décès naturel, résultant des suites d’une maladie pour laquelle l’assuré a consulté un médecin ou subi un traitement médical au cours des douze mois précédant la date d’entrée en vigueur de ce contrat, **sauf si**, pendant cette même période, l’assuré était protégé par un contrat similaire d’assurance accidents émis par la Compagnie. Dans ce cas, la prestation payable est la moins élevée entre celle payable en vertu du présent contrat et celle prévue au contrat similaire.

C. Le décès, les mutilations ou pertes d’usage, les fractures, l’invalidité ou tous autres frais résultant de l’une des causes suivantes :

- tentative de suicide, blessure ou mutilation volontaire, que l’assuré ait été ou non conscient de ses actes;
- inhalation de gaz, empoisonnement, absorption volontaire de médicaments ou de drogues à moins que pris tels que prescrits par un médecin;
- alors que l’assuré est sous l’influence de stupéfiants ou que la concentration d’alcool dans son sang excède 80 milligrammes d’alcool par 100 millilitres de sang;
- alors que l’assuré conduit un véhicule motorisé et que la concentration d’alcool dans son sang excède les limites prescrites par la loi;
- alors que l’assuré conduit un véhicule motorisé en excédant la limite de vitesse permise par la loi ou sans détenir la preuve de compétence, le permis ou le certificat valide exigé par la loi;
- un acte criminel que l’assuré a commis, se préparait à commettre, a tenté de commettre ou une provocation de sa part ou sa participation à une émeute, à une manifestation contre l’ordre public, à une opération militaire, à un acte de terrorisme ou à une guerre, déclarée ou non;
- un vol ou une tentative de vol à bord d’un avion ou d’un autre aéronef si l’assuré est membre de l’équipage ou s’il exerce une fonction quelconque se rapportant au vol;
- alors que l’assuré participe à des activités sportives ou à des acrobaties pour lesquelles il est rémunéré, à une course de véhicules motorisés ou à la pratique du football avec contact s’il est membre d’une équipe faisant partie d’une ligue de compétition de niveau collégial ou universitaire ou encore s’il est rémunéré pour cette activité, de la plongée sous-marine, du parachutisme, du ski alpin de compétition, du vol libre, de l’alpinisme ou du saut à l’élastique.

D. Les soins ou les services fournis par un membre de la famille immédiate de l’assuré (sauf pour les frais de transport).

E. Les appareils orthopédiques utilisés uniquement dans le but de pratiquer des activités sportives.

F. Les frais engagés pour les examens de résonance magnétique, une tomographie par ordinateur (*CT scan*), les radiographies et les frais engagés en clinique privée.

Les restrictions suivantes s’appliquent :

A. Pour les assurés âgés de 65 ans ou plus au moment de l’accident, les prestations en cas de décès accidentel, de mutilation, de perte d’usage ou de fracture accidentelle correspondent à 50 % des sommes indiquées.

B. Lorsqu’une personne est assurée au titre de plusieurs contrats d’assurance accidents émis par la Compagnie, les prestations ne sont payables qu’en vertu du contrat le plus avantageux. La Compagnie rembourse les primes des autres contrats qui ont été payées, pour cet assuré, au cours de la dernière année seulement.

8. Coordination des prestations pour les frais dentaires, hospitaliers, paramédicaux et pour soins d’urgence

En tout temps, l’assuré doit d’abord demander d’être remboursé en vertu des autres régimes (régimes publics, privés ou assurance collective) plutôt qu’en vertu du présent contrat. La responsabilité de la Compagnie se limite à la partie des frais non remboursés par ces autres régimes.

En ce qui concerne les régimes publics, la responsabilité de la Compagnie se limite à la partie des frais qui excède les frais remboursables par ces régimes publics, peu importe qu’ils soient remboursés ou non.

QUOI FAIRE EN CAS D’ACCIDENT

9. Demande de règlement

Pour faire une demande de règlement, le contractant doit communiquer avec le **Service à la clientèle d’ACCIFAMILLE au 418 684-5405 ou, sans frais, au 1 888 266-2224** afin d’obtenir un formulaire de règlement.

Ce formulaire de même que les preuves de la nature et de l’étendue des pertes subies exigées par la Compagnie doivent être transmis **dans les 90 jours** suivant l’accident.

Les originaux des factures et des reçus dont le remboursement est demandé doivent être présentés à la Compagnie au cours de ce délai sauf en ce qui concerne les paragraphes F et G de la section 5, dont les délais sont précisés auxdits paragraphes.

La Compagnie a le droit de faire examiner l’assuré par un médecin ou un dentiste de son choix et d’obtenir tout renseignement de tout médecin traitant ou de tout hôpital où l’assuré a été admis, aussi souvent qu’elle le juge nécessaire.

La Compagnie verse les sommes dues, au titre du présent contrat, au contractant ou à ses ayants droit.

Les sommes dues selon les conditions de ce contrat sont payables en monnaie ayant cours légal au Canada.

10. Résiliation du contrat par le contractant

Le contractant peut annuler son contrat sans frais sur demande écrite dans les 30 jours suivant la réception de la police émise à la suite de son adhésion initiale ou de son renouvellement. Après ce délai, il peut quand même demander la résiliation de son contrat en faisant parvenir un avis écrit à la Compagnie. Sur réception de cet avis, la Compagnie mettra fin à l’assurance et remboursera la portion de prime non utilisée (nombre de mois entre la date de la fin de l’assurance et la date d’expiration de la police prévue initialement) **si ce montant excède 25 \$ et qu’aucune demande de règlement n’a été acceptée.**

11. Responsabilité du contractant de transmettre une mise à jour de ses coordonnées

Il appartient au contractant de transmettre à la Compagnie ses nouvelles coordonnées en cas de changement de son adresse personnelle ou de celle de l’institution financière à laquelle il a recours pour le paiement de sa prime. Si la Compagnie ne reçoit pas les nouvelles coordonnées et qu’elle ne peut procéder au prélèvement de la prime, elle mettra fin au contrat à l’expiration du délai prévu au présent contrat.

12. Dispositions légales

Les dispositions légales varient quelque peu dans chaque autorité législative. En cas de divergence entre les dispositions légales annexées au présent contrat et les dispositions légales pertinentes dans l’autorité législative applicable au présent contrat, ces dernières sont applicables au présent contrat. Les dispositions légales ne sont pas applicables dans la province de Québec.

12.1. Contrat

La proposition, demande d’adhésion, les dispositions générales, les dispositions particulières, tout document annexé à la présente police lors de son établissement ainsi que toute modification au contrat convenue par écrit après l’établissement de la présente police constituent le contrat intégral et nul agent n’est autorisé à modifier le contrat ni à renoncer à l’une de ses dispositions.

12.2. Renonciation (applicable dans les juridictions où cela n’est pas expressément exclu par la loi)

La Compagnie est réputée n’avoir renoncé à aucune disposition du présent contrat, en totalité ou en partie, à moins que la renonciation ne soit clairement exprimée par écrit et signée par la Compagnie.

12.3. Copie de la demande d’adhésion

La Compagnie est tenue de fournir, sur demande, au contractant ou à un assuré en vertu du contrat, une copie de la demande d’adhésion.

12.4. Circonstances constitutives

Il est interdit d’invoquer comme défense à l’égard d’une demande de règlement présentée au titre du contrat, ou pour se soustraire à celui-ci, une déclaration faite par le contractant ou par l’assuré lors de l’établissement de la demande d’adhésion relative au contrat, à moins que cette déclaration ne figure dans la demande d’adhésion ou dans toute autre demande d’adhésion ou réponse écrite fournie comme preuve d’assurabilité.

12.5. Avis et preuve de sinistre

- (1) Le contractant ayant le droit de présenter une demande de règlement, ou son mandataire, doit :
- Au plus tard 90 jours après la date à laquelle une demande de règlement survient en vertu du contrat à la suite d’un accident, donner un avis écrit de la demande de règlement à la Compagnie : (i) soit en le lui remettant ou en l’envoyant par courrier recommandé à son siège social ou à son agence principale dans la province, (ii) soit en le remettant à son agent autorisé dans la province;
 - Dans un délai de 90 jours qui suit la date à laquelle une demande de règlement survient en vertu du contrat à la suite

d’un accident fournir à la Compagnie les preuves qui peuvent raisonnablement être fournies, compte tenu des circonstances, à l’égard : (i) de la survenance de l’accident, (ii) des pertes attribuables à l’accident, (iii) du droit du contractant aux prestations, et (iv) de l’âge du contractant;

c) Si la Compagnie l’exige, fournir un certificat établissant de façon satisfaisante la cause ou la nature de l’accident ou de l’invalidité faisant l’objet de la demande de règlement en vertu du contrat et, le cas échéant, la durée de l’invalidité, ainsi que toute autre preuve que la Compagnie peut exiger comme preuve de sinistre.

(2) Le défaut de donner avis du sinistre ou de fournir une preuve du sinistre dans le délai prévu par la présente disposition n’invalide pas la demande de règlement, si : a) l’avis est donné ou la preuve fournie dès qu’il est raisonnablement possible de le faire, mais au plus tard un an après la date de l’accident ou la date à laquelle une demande de règlement survient en vertu du contrat à la suite d’une maladie ou d’une invalidité, et s’il est démontré qu’il n’était pas raisonnablement possible de donner l’avis ou de fournir la preuve dans le délai prévu; b) lorsque l’assuré décède et qu’une déclaration de présomption de décès est nécessaire, l’avis est donné ou la preuve est fournie au plus tard un an après la date à laquelle un tribunal fait la déclaration.

12.6. Obligation pour la Compagnie de fournir les formulaires de preuve de sinistre

La Compagnie fournit les formulaires de preuve de sinistre dans un délai de 15 jours qui suit la réception de l’avis de sinistre. Si l’assuré ne reçoit pas les formulaires dans ce délai, il doit soumettre à la Compagnie une preuve du sinistre sous la forme d’une déclaration écrite indiquant la cause ou la nature de l’accident donnant lieu à la demande de règlement.

12.7. Droit d’examen

Comme condition préalable au recouvrement des sommes assurées au titre du contrat : a) la Compagnie doit pouvoir faire examiner l’assuré aussi souvent qu’il le faut, tant qu’aucune décision n’a pas été prise à l’égard de la demande de règlement; b) si l’assuré décède, la Compagnie peut exiger qu’une autopsie soit pratiquée, sous réserve des lois de l’autorité législative ayant trait aux autopsies.

12.8. Délai de versement des sommes non liées à l’invalidité

Toutes les prestations à verser en vertu du présent contrat, à l’exclusion des prestations invalidité, sont versées par la Compagnie dans un délai de 60 jours une fois qu’elle a reçu des preuves satisfaisantes du sinistre et que toutes les autres dispositions contractuelles ont été satisfaites.

12.9. Prescription des actions

Toute action ou procédure contre la Compagnie en recouvrement de sommes assurées en vertu du contrat doit être engagée au plus tard un an après la date à laquelle la somme assurée est devenue exigible ou serait devenue exigible si la demande de règlement avait été valide, ou au cours d’une période plus longue selon ce que la loi pertinente applicable à la demande de règlement peut prescrire.

Constitution d’un dossier et protection des renseignements personnels

Dans le but d’assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, l’Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. constituera :

Un dossier ayant pour objet de permettre de vous offrir des produits d’assurance, de rentes, de crédit et d’autres services complémentaires selon vos besoins, dans lequel seront consignés les renseignements nécessaires recueillis à cette fin.

Seuls les employés ou les représentants qui en ont besoin pour accomplir leur travail auront accès à ce dossier, ainsi que toute autre personne que vous aurez autorisée.

Votre dossier sera gardé dans les bureaux de l’Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

Vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier en formulant une demande écrite à l’adresse suivante :

Industrielle Alliance,
Assurance et services financiers inc.
Responsable de l’accès à l’information
1080, Grande Allée Ouest
C. P. 1907, succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 7M3

L’Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. peut se constituer une liste de ses clients, pour sa propre utilisation ou celle des compagnies de son groupe, à des fins de prospection commerciale. Vous avez cependant le droit d’en faire rayer votre nom en faisant parvenir une demande écrite à cet effet au responsable de l’accès à l’information à l’adresse donnée ci-dessus.



Denis Ricard
Président et chef de la direction



Renée Laflamme
Vice-présidente exécutive
Assurance, Épargne et retraite individuelles

Adhérez dès maintenant en ligne

