

LLOYD'S

SUTTON

SPECIAL RISK

33 Yonge Street, #400
Toronto, ON M5E 1G4
Tel: 416.366.2223
Fax: 416.366.4608
suttonspecialrisk.com

CETTE POLICE CONTIENT UNE CLAUSE POUVANT LIMITER LE MONTANT PAYABLE

Important : Le présent document n'est pas une police d'assurance. Il s'agit d'une traduction depuis l'anglais de la police mère 056/028956A en date du 14 juillet 2025. En cas de différences entre le présent document et la version anglaise de la police mère, la version anglaise fait foi.

POLICE D'ASSURANCE ACCIDENT PERSONNEL

Aux fins de la *Loi sur les sociétés d'assurances* (Canada), le présent document a été établi dans le cadre des opérations d'assurance des **souscripteurs du Lloyd's** au Canada.

L'assureur convient avec le **titulaire de la police** nommé ci-dessous, en contrepartie du paiement de la prime et sous réserve des limites de responsabilité, des exclusions, des conditions et des autres modalités de la présente assurance, de verser les prestations décrites dans la présente police.

TITULAIRE DE LA POLICE : **Hertz Canada Limited and Dollar Thrifty Automotive Group Canada Inc.**

NUMÉRO DE POLICE : **056/028956A**

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA POLICE : **14 juillet 2021 La présente police a été de nouveau émise le 14 juillet 2025 et comprend toutes les modifications apportées à ce jour.**

DURÉE DE LA PROTECTION : **Du 14 juillet 2025 au 14 juillet 2025**
(À 00 h 01 heure normale locale à l'adresse du **titulaire de la police** pour ces deux dates)

IDENTIFICATION DE L'ASSUREUR / ACTION CONTRE L'ASSUREUR

La présente assurance a été souscrite conformément à l'autorisation accordée au Courtier mandataire par les Souscripteurs des Syndicats du Lloyd's dont les numéros et pourcentages figurent au tableau annexé à l'Accord contractuel n° **B1551056Y25** (ci-après appelés « les Souscripteurs »). Les Souscripteurs garantissent chacun pour sa part et sans solidarité entre eux, proportionnellement aux divers montants souscrits à l'Accord contractuel par chacun d'eux.

Dans toute action en exécution des obligations des Souscripteurs, la désignation « Les Souscripteurs du Lloyd's » sera une désignation qui liera les Souscripteurs comme si chacun d'eux avait été nommé individuellement comme défendeur. La signification de telles procédures peut être valablement faite au fondé de pouvoir au Canada pour Les Souscripteurs du Lloyd's, à : Royal Bank Plaza South Tower, 200 Bay Street, Suite 2930, P.O. Box 51 Toronto, Ontario M5J 2J2. De plus, pour les procédures judiciaires au Québec peuvent être signifiées à : c/o Blake, Cassels & Graydon LLP, One Place Ville Marie, Suite 3000, Montréal, Québec H3B 4N8.

AVIS :

Les avis destinés aux Souscripteurs peuvent être valablement donnés au Courtier mandataire.

En foi de quoi ce document a été signée avec l'autorisation des **Souscripteurs** par **Sutton Special Risk Inc.**

En date du 26 septembre 2025

Par _____

Le **titulaire de la police** doit lire la présente **police** et, en cas d'erreur, la renvoyer immédiatement pour modification. Dans l'éventualité d'un sinistre susceptible de donner lieu à une demande de règlement en vertu de la présente **assurance**, il est nécessaire d'en informer immédiatement le **courtier mandataire** dont le nom et l'adresse figurent ci-dessus. Toutes les demandes et tous les litiges doivent également être transmis au **courtier mandataire**.

TABLE DES MATIÈRES

	<u>PAGE</u>
TABLEAU DES PRESTATIONS	TABL
DÉFINITIONS	DÉF
ADMISSIBILITÉ	ADM
DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA PROTECTION D'UNE PERSONNE ASSURÉE	ADM
CESSATION DE LA PROTECTION D'UNE PERSONNE ASSURÉE	CES
DISPOSITIONS DE LA PRESTATION DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS	
Étendue de la protection	ÉTEND
Risques de catégorie 1 – Protection accident 24 h – affaires et loisirs	RIS1
Risques de catégorie 1- NL – Protection contre les accidents pour non-locataires	RIS1-NL
Prestation décès et mutilation accidentels – tableau des pertes assurées	DMA
Prestation invalidité totale permanente	ITP
Couverture des frais de soins médicaux liés à un accident	MEDA
Couverture des frais de soins dentaires liés à un accident	DENTA
Prestation coma	COMA
Prestation rapatriement	RAPAT
Prestation identification	IDENT
Prestation rééducation	RÉÉD
Prestation thérapie de réadaptation physique	TRP
Prestation obsèques	OBS
Prestation deuil	DEUIL
Prestation formation du conjoint	FC
Prestation enseignement supérieur	ES
Prestation garde de jour	GJ
Prestation transport de la famille	TF
Prestation adaptation du domicile et du véhicule	ADV
Prestation aménagement et adaptation du lieu de travail	AALT
Prestation revenu mensuel en cas d'hospitalisation	HOSP
Prestation psychothérapie	PSY
Prestation ceinture de sécurité	CS
Prestation voies de fait criminelles	VFC
Prestation parent à charge	PC
Prestation d'évacuation d'urgence	EVAC
Prestations pour les fractures	FRAC
Prestations coussin gonflable	CG
Prestations pour détournement de voiture	DV
Indemnité pour les biens personnels	IBP
Exclusions de la prestation décès et mutilation accidentels	DMA-EXCL
DISPOSITIONS DES PRIMES	PRIM
CONDITIONS STATUTAIRES RELATIVES AUX ACCIDENTS ET AUX MALADIES	COND
DISPOSITIONS SUPPLÉMENTAIRES	DS
PROTOCOLE DE PLAINTÉ DES TITULAIRES DE LA POLICE DES SOUSCRIPTEURS DU LLOYD'S	PLAIN
AVIS CONCERNANT LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	RENPE
CODE DES DROITS ET RESPONSABILITÉS DU CONSOMMATEUR	COD

TABLEAU DES PRESTATIONS

NUMÉRO DE POLICE :	056/028956A
TITULAIRE DE LA POLICE :	Hertz Canada Limited and Dollar Thrifty Automotive Group Canada Inc.
ADRESSE :	2 Convair Drive East Etobicoke, ON M9W 7A1
DURÉE DE LA PROTECTION :	Du 14 juillet 2025 au 14 juillet 2025 (À 00 h 01, heure normale locale à l'adresse du titulaire de la police pour ces deux dates)
PRIME :	À soumettre mensuellement en fonction des taux suivants : Décès et mutilation accidentels : 0,17 \$ par jour de location Biens personnels : 0,18 \$ par jour de location
DEVISE :	Tous les montants exprimés en dollars dans la présente police sont compris en dollars canadiens.

CATÉGORIES DE PERSONNES ADMISSIBLES

Les personnes assurées de moins de 75 ans appartenant aux catégories ci-dessous :

Numéro de catégorie	Description des catégories
1	Toute personne qui loue une automobile auprès de la société de location participante et qui demande cette assurance. Locataire avec qui le contrat a été exécuté qui est connu comme le conducteur principal, peu importe s'il ou elle est au moment de la perte.
2	Toute personne qui n'est pas désignée comme le conducteur principal du véhicule, même s'il ou elle est le conducteur qui opère le véhicule au moment de la perte. Les conducteurs secondaires ne seront pas considéré comme le locataire, peu importe s'il opère ou non le véhicule au moment de la perte.

PRESTATION DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS :

Numéro de catégorie	Capital assuré	Catégorie de risques
1	100 000 \$	1
2	10 000 \$	1-NL

Cessation :

La protection prend fin à l'âge de 75 ans.

LIMITE GLOBALE DE GARANTIE :

Limite globale d'indemnité par incident connu :	250 000 \$
Limite globale d'indemnité par incident d'aéronef :	Néant

PRESTATIONS ACCIDENT SUPPLÉMENTAIRES

Toutes les prestations payables ci-dessous en vertu des **prestations accident supplémentaires** s'ajoutent à toute autre **prestation décès et mutilation accidentels** payable, sauf indication contraire.

Prestation invalidité totale permanente Montant de la prestation	Égal au capital assuré
Couverture des frais de soins médicaux liés à un accident Montant maximal de la prestation :	5 000 \$ par accident
Couverture des frais de soins dentaires liés à un accident Montant maximal de la prestation :	1 000 \$ par accident
Prestation coma Montant maximal de la prestation	Ne doit pas excéder le capital assuré
Prestation rapatriement Montant maximal de la prestation	Prestation payable en fonction des frais engagés 10 000 \$
Prestation identification Montant maximal de la prestation	Prestation payable en fonction des frais engagés 10 000 \$
Prestation rééducation Montant maximal de la prestation	Prestation payable en fonction des frais engagés 10 000 \$
Prestation thérapie de réadaptation physique Montant maximal de la prestation	Prestation payable en fonction des frais engagés 10 000 \$
Prestation obsèques Montant maximal de la prestation	Prestation payable en fonction des frais engagés 5 000 \$
Prestation deuil Nombre maximal de séances Montant maximal de la prestation	6 séances 1 500 \$
Prestation formation du conjoint Montant maximal de la prestation	Prestation payable en fonction des frais engagés 15 000 \$
Prestation enseignement supérieur Montant de la prestation Montant maximal de la prestation Nombre maximal de paiements annuels par Enfant à charge survivant	Frais réels demandés par un collège, une université ou tout autre établissement d'enseignement supérieur agréés, dans la limite d'un montant maximal de : 5 % du capital assuré 10 000 \$ par an 4
Prestation garde de jour Montant de la prestation Montant maximal de la prestation Nombre maximal de paiements annuels par Enfant à charge survivant	Frais réels demandés par une garderie agréée jusqu'à un maximum de : 5 % du capital assuré 5 000 \$ par an 4

Prestation transport de la famille Montant maximal de la prestation	Prestation payable en fonction des frais engagés 10 000 \$
Prestation adaptation du domicile et du véhicule Montant maximal de la prestation	Prestation payable en fonction des frais engagés 10 % du capital assuré de la personne assurée dans la limite d'un montant maximal de 10 000 \$
Prestation aménagement et adaptation du lieu de travail Montant maximal de la prestation	Prestation payable en fonction des frais engagés 5 000 \$
Prestation revenu mensuel en cas d'hospitalisation Montant de la prestation Montant maximal de la prestation	1 % du capital assuré 2 500 \$
Prestation psychothérapie Montant maximal de la prestation	Prestation payable en fonction des frais engagés 5 000 \$
Prestation ceinture de sécurité	10 % du capital assuré
Prestation voies de fait criminelles Montant de la prestation Montant maximal de la prestation	10 % du capital assuré 10 000 \$
Prestation parent à charge Montant de la prestation Montant maximal de la prestation	10 % du capital assuré 10 000 \$
Indemnité d'évacuation d'urgence Montant maximal des indemnités	Indemnité payable en fonction des frais engagés 10 000 \$ par personne assurée , 20 000 \$ au total
Prestations pour les fractures Montant maximal de la prestation	1 000 \$
Prestations coussin gonflable Montant de la prestation Montant maximal de la prestation	10 % du capital assuré 10 000 \$
Prestations pour détournement de voiture Montant de la prestation Montant maximal de la prestation	10 % du capital assuré 10 000 \$
Indemnité pour les effectifs personnels Deductible Pourcentage d'indemnité Montant maximal des indemnités	Indemnité payable en fonction des frais engagés 25 \$ pour chaque réclamation pour perte ou dommage 80 % 500 \$ par personne, jusqu'à un maximum de 1 500 \$ pour toute réclamation comprenant un locataire et des passagers d'une voiture de location.

LIMITES OU EXCLUSIONS SUPPLÉMENTAIRES

Outre les exclusions détaillées dans la partie « Exclusion » de la présente police, les limites ou exclusions suivantes s'appliquent également à la protection garantie en vertu de la présente **police**.

Exclusion de l'alcool et des drogues

Cette assurance ne couvre aucune réclamation découlant d'un préjudice corporel causé ou contribué par :

1. l'abus d'alcool ou la toxicomanie ou le fait d'être sous l'influence de l'alcool tel que défini par le Code de la route de l'État ou de la province où l'accident s'est produit;
2. être sous l'influence de drogues ou de stupéfiants non légalement disponibles, sauf s'ils sont utilisés comme prescrit par un médecin autorisé pour une maladie autre que la toxicomanie.

Exclusion de transport à des fins de location ou illégales

Cette assurance ne s'applique à aucun accident, blessure corporelle accidentelle ou perte couverte causée par ou résultant, directement ou indirectement, d'une **personne assurée** transportant des personnes ou des biens à titre onéreux ou à des fins illégales.

DÉFINITIONS

Aux fins de la présente **police**, certains termes au sens particulier figurent en gras dans tout le document. La définition d'un tel terme figure au **tableau des prestations** ou dans la partie « Définitions », si celui-ci n'est pas défini dans le texte où il est utilisé.

ACCIDENT ASSURÉ désigne un **accident** qui se produit alors que la protection d'une **personne assurée** est en vigueur et dont il découle une **perte** ou une **blessure assurée** pour lesquelles des prestations sont payables.

ACCIDENT désigne un événement unique soudain et inattendu qui entraîne une **blessure corporelle** de la **personne assurée** au moment où l'événement survient, découle d'une source extérieure à la **personne assurée** et se produit à un moment et dans un lieu donnés identifiables.

ACTIVITÉ ASSURÉE désigne toute activité figurant au **tableau des prestations** et assurée en vertu de la **police**.

ANNÉE DU RÉGIME désigne la période de douze (12) mois consécutifs établie pour le **titulaire de la police** pendant laquelle la protection s'applique, à compter de la date d'entrée en vigueur ou de la date anniversaire de la **police**.

BLESSURE désigne une **blessure corporelle** découlant directement d'un **accident** dont la **personne assurée** a été victime pendant la période de protection de la **police**. La **blessure** est la base d'une demande de règlement qui occasionne directement et indépendamment de toute autre cause une **perte assurée**.

ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR désigne un institut, un collège, une université, un cégep ou une école de métiers accrédités.

FRAIS ASSURÉS désigne les frais réellement engagés par ou pour le compte de la **personne assurée** pour les traitements, services et biens assurés par la présente **police**. La protection en vertu de la **police** du **titulaire** doit être en vigueur de façon continue de la date de l'**accident assuré** jusqu'à la date de réception du traitement, des services ou des biens pour que ces frais soient considérés comme des **frais assurés**. Les **frais assurés** sont considérés comme engagés à la date à laquelle le traitement, le service ou le bien qui a occasionné les frais a été reçu ou obtenu.

FRAIS HABITUELS (RAISONNABLES) ET COURANTS désigne le montant facturé habituellement par la plupart des fournisseurs pour le traitement, les services ou les biens dans la zone géographique dans laquelle ils sont fournis.

HÔPITAL désigne un établissement qui :

- 1) fonctionne en tant qu'**hôpital** conformément à la loi pour fournir des soins, des traitements et des services d'hospitalisation aux personnes malades ou blessées, et est un établissement dûment accrédité et géré légalement dans sa région;
- 2) fournit des services infirmiers 24 h/24 assurés par des infirmiers autorisés de garde ou d'astreinte;
- 3) emploie au moins un **médecin** autorisé disponible en permanence;
- 4) dispose d'installations aménagées pour le diagnostic, le traitement et la chirurgie, soit :
 - a) dans ses locaux;
 - b) dans des établissements qui lui sont accessibles sur la base d'un arrangement préalable;
- 5) n'a pas pour fonction principale d'être un établissement de soins infirmiers, une maison de repos, une maison de convalescence ou un établissement similaire, ni une aile, une section ou un service distinct d'un **hôpital** utilisé en tant que tel;
- 6) n'est pas un établissement spécialisé dans le traitement de la toxicomanie ou de l'alcoolisme, ni dans les traitements gériatriques.

Nous ne refuserons pas une demande de règlement pour des services que fournit un **hôpital** accrédité par au moins un des organismes ci-dessous pour la seule raison que l'**hôpital** ne dispose pas des installations

DÉFINITIONS

chirurgicales nécessaires et se spécialise dans la rééducation, si la rééducation est destinée au traitement de l'invalidité physique.

- 1) la Joint commission on Accreditation of Hospitals;
- 2) l'American Osteopathic Association;
- 3) la Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities.

HOSPITALISÉ ou HOSPITALISATION désigne toute période facturée par un **hôpital** pour une chambre et une pension, ou toute période pendant laquelle la **personne assurée** engage des **frais médicaux assurés** découlant de soins d'urgence dans un délai de 72 heures suivant une **blessure corporelle accidentelle**, ou toute période pendant laquelle une **personne assurée** engage des **frais médicaux assurés** découlant d'une opération chirurgicale effectuée en ambulatoire à l'**hôpital**.

LOCATAIRE désigne toute personne qui loue une automobile auprès de la Société de location participante et qui demande cette assurance

MÉDECIN désigne une personne exerçant en tant que docteur en médecine qualifié. En tant que telle, cette personne doit respecter le champ d'application de sa licence en vertu de la législation qui s'applique dans la région dans laquelle elle exerce et offrir uniquement les services médicaux qui rentrent dans le champ d'application de sa licence ou de son certificat. Ce terme exclut une **personne assurée** ou le conjoint, le fils, la fille, le père, la mère, le frère, la sœur, le beau-fils, la belle-fille, le beau-père, la belle-mère, le beau-frère, la belle-sœur (tout ce qui précède comprend les relations biologiques, par adoption ou par alliance), le petit-fils, la petite-fille, le grand-père, la grand-mère ou tout autre parent de la **personne assurée**.

MOYEN DE TRANSPORT désigne toute embarcation, tout véhicule ou tout moyen de transport motorisés autorisés ou immatriculés par une autorité gouvernementale compétente.

NOUS, NOS, NOTRE désignent l'**assureur** délivrant la présente assurance ou son représentant autorisé, Sutton Special Risk Inc.

PERSONNE À CHARGE désigne :

1. le **conjoint légitime** de la **personne assurée** âgé de moins de 75 ans, ou un partenaire de moins de 75 ans de même sexe ou du sexe opposé qui a résidé avec la **personne assurée** pendant au moins un an immédiatement avant la perte et qui a été publiquement présenté comme le partenaire de la **personne assurée** pendant ladite période;
2. les **enfants non mariés** de la **personne assurée** âgés de moins de 21 ans;
3. les **enfants non mariés** de la **personne assurée** âgés d'au moins 21 ans, mais de moins de 25 ans qui :
 - (a) n'ont pas d'emploi régulier à temps plein;
 - (b) dépendent principalement de l'**assuré** pour l'entretien;
 - (c) sont inscrits comme étudiants à temps plein dans un collège, une université ou tout autre établissement d'enseignement supérieur agréés, ou dans une école professionnelle ou technique accréditée.

Les limites d'âge ne s'appliquent pas à un **enfant non marié** de la **personne assurée** incapable de subvenir à ses besoins seul pour cause d'invalidité mentale ou physique. Une preuve de cette incapacité doit **nous** être fournie directement lors de la souscription ou dans un délai de 31 jours après que l'**enfant** a atteint l'âge limite. Par la suite, une preuve doit être fournie dès que raisonnablement nécessaire, sans toutefois excéder une fois par an après une période de 2 ans à compter de la date à laquelle l'âge limite est atteint.

Le terme « enfant » utilisé dans les présentes désigne un enfant de la **personne assurée**, biologique ou légalement adopté, un enfant placé au domicile de la **personne assurée** à des fins d'adoption, un enfant en famille d'accueil, un enfant du conjoint ou tout autre enfant dont la **personne assurée** est le tuteur légal (une preuve sera requise). L'enfant doit résider avec la **personne assurée** dans une relation parent-enfant et être admissible à une exemption sur la déclaration de revenus fédérale de la **personne assurée**.

REMARQUE : Dans l'éventualité où la **personne assurée** partage la garde physique de l'enfant avec un autre parent, l'exigence de résidence de l'enfant avec la **personne assurée** ne s'applique pas.

DÉFINITIONS

PERSONNE ASSURÉE désigne une personne admissible qui appartient aux catégories assurées listées dans la **police** et qui s'est acquittée de la prime requise à échéance.

PERTE ASSURÉE ou PERTES ASSURÉES désigne une **blessure** occasionnée ou une **maladie** qui se manifeste pour la première fois au cours de la période de protection de la **personne assurée** en vertu de la présente **police**.

PROCHE PARENT désigne la **personne assurée**, son **conjoint**, les parents de la **personne assurée**, ses enfants (y compris les enfants légalement adoptés ou les enfants du **conjoint**), ses frères et sœurs ou ceux de son **conjoint**.

SÉJOUR À L'HÔPITAL désigne un séjour d'au moins 24 heures consécutives par une personne inscrite comme malade hospitalisé dans un **hôpital**.

SINISTRE désigne toutes les pertes ou tous les dommages attribuables directement ou indirectement à une cause ou à une série de causes similaires. Toutes ces pertes sont additionnées et leur montant total est traité comme un seul sinistre sans tenir compte de leur période ou lieu de survenue.

SOCIÉTÉ DE LOCATION PARTICIPANTE désigne Hertz Canada Limited et Dollar Thrifty Automotive Group Canada Inc.

VOITURE DE LOCATION désigne un véhicule à moteur privé à quatre roues conçu pour circuler sur des routes publiques et loué auprès d'une société de location participante. Cela n'inclut pas les campeurs, les remorques, les véhicules à quatre roues motrices lorsqu'ils sont utilisés hors des surfaces de route pavées ou entretenues, les véhicules de loisirs ou les véhicules à moteur propulsant ou tractant une remorque ou tout autre objet, les fourgonnettes ou mini-fourgonnettes fabriquées pour accueillir plus de 16 occupants (y compris le conducteur) ou lorsque le véhicule est utilisé pour transporter, déplacer ou transporter tout type de cargaison ou de propriété en échange d'une récompense.

VOYAGE désigne un voyage par voie aérienne, terrestre ou maritime.

ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE

Si la **personne assurée** appartient à l'une des **catégories de personnes admissibles** figurant au **tableau des prestations** de la **police**, elle peut bénéficier de la protection à compter de la date d'entrée en vigueur de la **police** ou à compter de la date à laquelle se termine la période d'attente pour l'admissibilité, le cas échéant et selon la dernière des éventualités. **Nous** nous réservons le droit d'enquêter sur le statut d'admissibilité et les antécédents de présence pour confirmer que les exigences d'admissibilité sont respectées. Si **nous** découvrons que les exigences d'admissibilité ne sont pas respectées, **nous** sommes seulement contraints au remboursement de toute prime payée par cette personne.

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA PROTECTION D'UNE PERSONNE ASSURÉE

La protection d'une **personne assurée** en vertu de la présente **police** prend effet selon la dernière des éventualités suivantes :

- 1) la **date d'entrée en vigueur de la police**;
- 2) le premier jour de l'**année du régime**;
- 3) la date à laquelle ladite **personne assurée** devient admissible, sous réserve de la période d'attente requise, comme détaillé dans le **tableau des prestations**.

CESSATION DE LA PROTECTION D'UNE PERSONNE ASSURÉE

La protection d'une **personne assurée** en vertu de la présente **police** prend fin selon la première des éventualités suivantes :

- 1) La date de cessation de la présente **police** ou de l'assurance pour une **catégorie de personnes admissibles**;
- 2) La date d'entrée de la **personne assurée** dans le service actif à temps plein des forces armées de tout pays ou de toute autorité internationale;
- 3) La date de fin d'admissibilité de la **personne assurée** telle que décrite dans la présente **police**, à condition que toutes les primes obligatoires aient été versées;
- 4) Le dernier jour de la dernière période pour laquelle des primes ont été versées;
- 5) La prochaine échéance de prime après la date à laquelle la **personne assurée** n'appartient plus à une **catégorie de personnes admissibles** ou ne répond plus aux exigences d'admissibilité en vertu de la présente **police**; ou
- 6) La prochaine échéance de prime après que la **personne assurée** a atteint l'âge limite d'admissibilité à l'assurance en vertu de la présente **police**, comme détaillé dans le **tableau des prestations**.

DISPOSITIONS DE LA PRESTATION DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

ÉTENDUE DE LA PROTECTION

Par la présente, l'**assureur** convient avec le **titulaire de la police**, dans les limites et selon les dispositions ci-après, que si, à tout moment pendant la période de protection de la présente **assurance**, la **personne assurée** subit une **blesseure corporelle** causée par un **accident** qui, dans un délai de 12 mois à compter de la date de l'**accident** à l'origine de la **blesseure** et indépendamment de toute autre cause, entraîne son décès ou son invalidité comme défini ci-après, l'**assureur** doit verser la prestation correspondante à la **personne assurée** ou aux bénéficiaires, exécuteurs ou administrateurs de la **personne assurée** sur la base du **tableau des prestations** ci-joint, sous réserve que ladite **blesseure** ait été causée dans les circonstances et de la manière détaillées dans la partie « Risque » de la présente **police** qui s'applique à la **personne assurée**.

EXPOSITION

Si, pendant la période de protection de la présente **police**, la **personne assurée** ne peut éviter d'être exposée aux éléments à la suite d'un **accident** assuré, et que suite à une telle exposition et dans un délai de 365 jours à compter de l'**accident**, la **personne assurée** subit une perte pour laquelle des prestations peuvent normalement être versées, cette perte est couverte par la présente **police**.

DISPARITION

Si, pendant la période de protection de la présente **police**, la **personne assurée** disparaît et que son corps n'est pas retrouvé dans un délai d'un an à compter de sa disparition, et que des preuves suffisantes et satisfaisantes présentées à l'**assureur** mènent à la conclusion inévitable que la **personne assurée** a subi une **blesseure corporelle accidentelle** ayant causé son décès, l'**assureur** doit immédiatement procéder au paiement du **capital assuré** en vertu de la présente **assurance**, sous réserve que la ou les récipiendaires signent un engagement par lequel ils acceptent de rembourser à l'**assureur** le montant versé si la **personne assurée** est par la suite retrouvée vivante.

LIMITE GLOBALE DE GARANTIE

Le montant maximal dont l'**assureur** doit s'acquitter pour toutes les **pertes assurées** découlant du même **accident** assuré ne peut pas excéder la **limite globale de garantie** figurant au **tableau des prestations**.

Si le montant total payable pour toutes les **pertes assurées** d'un **accident** quelconque excède la **limite globale de garantie**, chaque **perte assurée** de la **personne assurée** doit être payée selon le même coefficient que la **limite globale de garantie** pour le montant total des **pertes assurées**. L'**assureur** ne peut être tenu responsable des montants excédant la **limite globale de garantie**.

DISPOSITIONS DE LA PRESTATION DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

RISQUES DE CATÉGORIE 1

PROTECTION ACCIDENT 24 H – AFFAIRES ET LOISIRS

Les **risques** détaillés dans la présente partie concernent uniquement les **personnes assurées** appartenant à la catégorie à laquelle ces **risques** s'appliquent, comme précisé dans le **tableau des prestations**.

DESCRIPTION DU RISQUE

L'assurance qui est offerte à une **personne assurée** à laquelle s'applique le présent risque 1 ne s'applique qu'aux blessures, telles qu'elles sont définies dans la présente police, qui sont subies par cette personne n'importe où dans le monde pendant la durée du contrat de location de la **société de location participante**.

DISPOSITIONS DE LA PRESTATION DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

RISQUE 1-NL

PROTECTION CONTRE LES ACCIDENTS POUR NON-LOCATAIRE

Les **risques** détaillés dans la présente partie concernent uniquement les **personnes assurées** appartenant à la catégorie à laquelle ces **risques** s'appliquent, comme précisé dans le **tableau des prestations**.

DESCRIPTION DU RISQUE

L'assurance accordée à une **personne assurée** à laquelle s'applique le présent Risque 1-NL ne s'applique qu'aux blessures, telles que définies dans la présente police, subies par cette personne alors qu'elle se trouve dans ou sur la **voiture de location** de la **société de location participante**, ou qu'elle monte ou descend de celle-ci.

Cette assurance accordée par cette police s'appliquera à toute réclamation ou action intentée contre une **personne assurée** par une autre **personne assurée**. Toute violation d'une condition de cette police par un assuré n'affectera pas la protection accordée par cette police à toute autre **personne assurée**.

DISPOSITIONS DE LA PRESTATION DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

Les dispositions suivantes détaillent les **prestations décès et mutilation accidentels** offertes en vertu de la présente **police**. Toutes les **prestations payables** figurent au **tableau des prestations**.

PRESTATION DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

Tableau des pertes assurées

Si une **blessure** subie par la **personne assurée** entraîne l'une des pertes suivantes dans un délai de 365 jours à compter de la date de l'**accident**, l'**assureur** doit verser le pourcentage du **capital assuré** fixé pour une telle perte. Si la **personne assurée** subit plus d'une des pertes suivantes à la suite d'un seul **accident**, le montant total payable pour ces pertes ne peut pas dépasser le **capital assuré**.

Le **capital assuré** est le montant du **capital assuré** qui s'applique à la **personne assurée** comme fixé dans le **tableau des prestations**.

<u>Perte :</u>	<u>Prestation</u> (pourcentage du capital assuré)
Décès	100 %
Perte des deux bras	100 %
Perte des deux jambes	100 %
Perte des deux mains	100 %
Perte des deux pieds	100 %
Perte totale de la vue des deux yeux	100 %
Perte d'une main et d'un pied	100 %
Perte d'une main ou d'un pied et de la vue d'un œil	100 %
Perte de la parole et surdité des deux oreilles	100 %
Perte d'un bras	75 %
Perte d'une jambe	75 %
Perte d'une main	67 %
Perte d'un pied	67 %
Perte de la vue d'un œil	67 %
Perte de la parole	67 %
Surdité des deux oreilles	67 %
Surdité d'une oreille	25 %
Perte du pouce et de l'index d'une main	33 %
Perte de quatre doigts d'une main	33 %
Perte de tous les orteils d'un pied	25 %
Tétraplégie	100 %
Paraplégie	100 %
Hémiplégie	100 %
Mort cérébrale	100 %
Perte de l'usage des deux bras	100 %
Perte de l'usage des deux jambes	100 %
Perte de l'usage des deux mains	100 %
Perte de l'usage des deux pieds	100 %
Perte de l'usage d'une main et d'un pied	100 %
Perte de l'usage d'une main ou d'un pied et perte totale de la vue d'un œil	100 %
Perte de l'usage d'un bras	75 %
Perte de l'usage d'une jambe	75 %
Perte de l'usage d'une main	67 %
Perte de l'usage d'un pied	67 %

Perte de l'usage du pouce et de l'index d'une main	33 %
Perte de l'usage de quatre doigts d'une main	33 %

« **Perte d'une main ou d'un pied** » désigne la section complète au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville. « **Perte de la vue** » désigne une perte totale, permanente et incurable de la vue, y compris par des moyens chirurgicaux ou artificiels. « **Perte de la parole** » désigne une perte totale, permanente et incurable de la communication orale, y compris par des moyens naturel, chirurgicaux ou artificiels. « **Surdité** » désigne une surdité totale permanente des deux oreilles ne pouvant être corrigée par aucun type d'accessoire ou d'appareil. « **Perte du pouce et des doigts d'une main** » désigne la section complète de tous les doigts d'une même main au niveau ou au-dessus de l'articulation métacarpophalangienne. « **Perte des orteils d'un pied** » désigne la section complète au niveau de l'articulation métatarsophalangienne. « **Section** » désigne la séparation complète et le démembrement total d'une partie du corps.

« **Paralysie** » désigne la perte totale de l'usage.

« **Hémiplégie** » désigne la paralysie totale des membres supérieurs et inférieurs d'un côté du corps.

« **Paraplégie** » désigne la paralysie totale des deux membres inférieurs.

« **Tétraplégie** » désigne la paralysie totale des deux membres supérieurs et des deux membres inférieurs.

« **Perte de l'usage** » désigne la perte de l'usage fonctionnel, normal ou caractéristique, ou la paralysie totale du bras, de la jambe, de la main ou du pied (notamment, mais pas exclusivement, la tétraplégie, la paraplégie ou l'hémiplégie) qui persiste sans interruption pendant 12 mois consécutifs et est diagnostiquée par un médecin à la fin de cette période comme étant continue, permanente et incurable. Le diagnostic final du caractère permanent et incurable de la « Perte de l'usage » sera posé sur la base de la plus récente édition des *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment* publiés par l'American Medical Association. (Dans l'éventualité où le guide de référence ne serait plus publié, **nous** sélectionnerons d'autres valeurs appropriées pour l'évaluation de l'invalidité.) Le diagnostic doit être posé par un médecin. **Nous** nous réservons le droit de faire réaliser à **nos** frais un diagnostic certifié par un médecin de **notre** choix.

Concernant la **mort cérébrale**, le terme « **perte** » désigne un état d'inconscience irréversible accompagné de la perte complète des fonctions cérébrales et l'absence totale d'activité électrique dans le cerveau, même si le cœur bat toujours.

DISPOSITIONS DE LA PRESTATION DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

PRESTATION INVALIDITÉ TOTALE PERMANENTE

Si, à la suite d'une **blessure**, la **personne assurée** est en état d'invalidité totale et continue et ne peut pas remplir les fonctions principales de son poste ou de sa profession pendant 52 semaines consécutives, que cette période débute dans un délai de 365 jours à compter de la date de l'**accident** dont découle ladite **blessure** et que :

- (a) à l'expiration de cette période de 52 semaines, la **personne assurée** est en état **d'invalidité permanente**, comme défini par les présentes;
- (b) dans le cas où la protection en vertu de la présente **police** est étendue pour garantir des **indemnités hebdomadaires d'accident** et qu'à la dernière des éventualités suivantes :
 - (i) expiration du nombre de semaines payables figurant au **tableau des prestations**,
 - (ii) après 52 semaines,

la **personne assurée** est en état **d'invalidité permanente**, comme défini par les présentes,

l'**assureur** doit s'acquitter de la **prestation** figurant au **tableau des prestations**, si cette **prestation** peut s'appliquer à la **personne assurée**.

Le terme « **invalidité permanente** » utilisé dans les présentes désigne l'état d'invalidité totale et permanente de la **personne assurée** qui l'empêche pour le restant de sa vie d'exercer toute profession, tout métier ou tout emploi rémunérateur pour lesquels elle est raisonnablement ou pourrait raisonnablement devenir qualifiée grâce à ses études, sa formation ou son expérience.

Si, à la suite d'une telle **blessure**, la **personne assurée** est couverte en vertu de cette **prestation** et en vertu d'une **prestation** fournie dans le cadre de la **prestation décès et mutilation accidentels**, la limite totale de garantie de l'**assureur** envers la **personne assurée** conformément auxdites **prestations** est la limite de garantie de celle des **prestations** qui accorde le montant le plus important pour une telle **blessure**.

APPROBATIONS D'EXPERTS

- (1) Toute demande de règlement soumise en vertu de la présente **police** pour une **prestation invalidité totale permanente** doit être approuvée par deux experts indépendants et faire l'objet du consentement mutuel de l'**assureur** et de l'**assuré**. L'un des experts doit être un médecin ou un chirurgien légalement qualifié et indépendant et l'autre doit être un expert indépendant et reconnu dans la profession de la **personne assurée**. Les experts doivent déterminer si la **personne assurée** est en état d'invalidité permanente et totale selon la définition de la présente **assurance**. La décision des deux experts lie toutes les parties.
- (2) Dans l'éventualité où les deux experts ne parviennent pas à un accord, ils nomment alors un arbitre dont la décision est définitive et lie toutes parties.

DISPOSITIONS RELATIVES AUX PRESTATIONS POUR DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

COUVERTURE DES FRAIS DE SOINS MÉDICAUX LIÉS À UN ACCIDENT

Si, à la suite d'une **blessure**, la **personne assurée** engage des frais dans les trente jours suivant la date de l'**accident** pour un traitement fourni par un **médecin** agréé, l'**assureur** paiera les frais engagés, mais sans dépasser les frais habituels, coutumiers et courants dans la région géographique concernée pour les traitements nécessaires :

- a) les honoraires des **médecins**, chirurgiens ou anesthésistes;
- b) les soins ou services fournis par un **hôpital**, y compris les radiographies et les médicaments;
- c) les services d'une infirmière diplômée autorisée (infirmière autorisée [IA] ou infirmière auxiliaire autorisée [IAA]) qui n'est pas liée à l'assuré par le sang ou le mariage;
- d) le service d'ambulance professionnel;
- e) les services d'un physiothérapeute, d'un ostéopathe, d'un chiropraticien ou d'un podiatre qualifié, à concurrence de 500 \$ par accident et par année de couverture;
- f) la location d'un fauteuil roulant ou d'un autre équipement durable approuvé pour un traitement temporaire, mais sans dépasser le prix d'achat en vigueur au moment où cette location est devenue nécessaire;
- g) l'achat de prothèses auditives, de béquilles, de bandages herniaires, d'appareils orthopédiques, de plâtres et d'attelles, à l'exclusion du coût de leur remplacement;
- h) les appareils orthopédiques; ou
- i) les médicaments prescrits par écrit par un **médecin** agréé,

reçus par la **personne assurée** au cours de la période de cinquante-deux semaines suivant immédiatement la date de l'**accident**, mais sans dépasser, au total, le montant maximal indiqué dans le **tableau des prestations** pour un même **accident**.

Sous réserve des conditions, des limites et des exclusions de la présente **police**, il est convenu que tous les assurés doivent être couverts par un régime d'assurance-maladie provincial pour être admissibles à la présente couverture, et que la responsabilité de l'**assureur** à l'égard des prestations ou des frais payables en vertu de la présente couverture sera supérieure aux prestations offertes à la **personne assurée** à titre de « services assurés » en vertu de toute loi d'une province ou d'un territoire du Canada concernant l'assurance de ses résidents contre le coût des services hospitaliers ou médicaux, mais seulement dans la mesure où ces coûts excédentaires sont autorisés par la loi.

Les prestations au titre de la couverture des frais de soins médicaux liés à un **accident** de la présente **police** sont réduites de tout montant payé ou payable au titre de toute autre police offrant des prestations de remboursement de frais similaires.

DISPOSITIONS DE LA PRESTATION DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

COUVERTURE DES FRAIS DE SOINS DENTAIRES LIÉS À UN ACCIDENT

Si en raison d'une **blessure** :

- (a) la **personne assurée** engage des frais de soins dentaires pour traiter une **blessure** accidentelle aux dents entières ou saines, y compris les dents coiffées ou couronnées et les prothèses intercalées; et
- (b) nécessite un traitement dans les 30 jours et est engagée dans les 52 semaines suivant la date de l'**accident**, qui est payable par la **personne assurée**, ou le parent ou le tuteur de la **personne assurée**, jusqu'à concurrence des frais indiqués dans le guide des frais dentaires en vigueur dans la province où le traitement est réalisé; toutefois, pour les frais engagés à l'extérieur du Canada, le maximum sera fondé sur le guide des frais de l'Association dentaire de l'Ontario en vigueur.

Si, en raison de l'âge de la **personne assurée**, le développement dentaire n'est pas suffisant pour permettre l'achèvement du traitement dans les 52 semaines suivant la date de l'**accident**, un rapport du dentiste traitant sera exigé dans les 90 jours suivant la date de l'**accident**, rapport dans lequel sont exposés les faits pertinents concernant les dommages et les raisons empêchant l'achèvement du traitement requis. Dès la réception d'un rapport satisfaisant et l'achèvement de ce traitement, l'**assureur** paiera les frais dentaires nécessaires, sous réserve toutefois des limites énoncées plus loin.

- (c) Si la **personne assurée** a droit, en vertu d'un autre contrat, au paiement de tout ou partie de ces frais et charges, l'**assureur** ne sera responsable que de l'excédent de ces frais et charges, sans toutefois dépasser le montant maximum indiqué dans le **tableau des prestations** pour un même **accident**.

Les prestations au titre de la couverture des frais de soins dentaires liés à un accident de la présente **police** sont réduites de tout montant payé ou payable au titre de toute autre police offrant des prestations de remboursement de frais similaires.

DISPOSITIONS DE LA PRESTATION DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

PRESTATION COMA

Si, à la suite d'une **blesseure**, la **personne assurée** tombe dans un état comateux tel que défini ci-dessous, et ce, dans un délai de 365 jours à compter de la date de l'**accident**, l'**assureur** doit payer le **capital assuré** moins tout autre montant versé ou payable en vertu de la présente **police** suite au même **accident**, à condition que l'état persiste pendant 31 jours consécutifs et soit total, continu et permanent à la fin de cette période.

« **Comateux** » désigne l'état d'inconscience totale exempt de toute réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes, persistant de manière continue avec l'utilisation de systèmes de maintien des fonctions vitales, découlant d'un déficit neurologique qui, selon le diagnostic d'un **médecin autorisé** et l'opinion de l'**assureur**, est de nature permanente.

DISPOSITIONS DE LA PRESTATION DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

PRESTATION RAPATRIEMENT

Si une indemnité pour **décès accidentel** est versée suite à une **blessure** subie par une **personne assurée** et que la **blessure** est survenue à plus de 50 kilomètres du domicile de la **personne assurée**, l'**assureur** doit s'acquitter également de toutes les dépenses courantes et raisonnables occasionnées par la préparation de la **personne assurée** pour l'inhumation ou la crémation, ainsi que par le transport de la **personne assurée** du lieu de l'**accident** à son domicile, dans la limite du montant maximal figurant au **tableau des prestations**.

Dans l'éventualité où une **personne assurée** est couverte par deux **polices** ou plus gérées par le même **assureur**, la **limite globale de garantie** pour la perte subie par la **personne assurée** ne se cumule pas et ne peut en aucun cas excéder le montant maximal prévu en vertu d'une de ces **polices**.

DISPOSITIONS DE LA PRESTATION DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

PRESTATION IDENTIFICATION

Si la **personne assurée** décède loin de son domicile à la suite d'un **accident**, l'**assureur** couvre, aux fins d'identification du corps et dans la limite du montant maximal figurant au **tableau des prestations**, l'hébergement et la pension d'un **proche parent** ou d'un représentant autorisé pendant le trajet et durant le séjour dans la ville où se trouve le corps de la **personne assurée**, ainsi que le transport vers cette ville avec un transporteur commun agréé par le trajet aller-retour le plus direct.

Si le transport s'effectue au moyen d'un véhicule autre qu'un transporteur commun agréé, le remboursement des frais de transport est alors limité à un maximum de 0,25 \$ par kilomètre parcouru.

Le paiement est versé si, à la suite d'un **accident**, la **personne assurée** décède à au moins 50 kilomètres de la ville de son domicile principal.

Dans l'éventualité où une **personne assurée** est couverte par deux **polices** ou plus gérées par le même **assureur**, la **limite globale de garantie** pour la perte subie par la **personne assurée** ne se cumule pas et ne peut en aucun cas excéder le montant maximal prévu en vertu d'une de ces **polices**.

DISPOSITIONS DE LA PRESTATION DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

PRESTATION RÉÉDUCATION

Si une **blessure** subie par une **personne assurée** entraîne le paiement d'une indemnité autre que pour le **décès accidentel**, l'**assureur** doit également s'acquitter des dépenses suivantes :

les dépenses raisonnables et nécessaires réellement engagées, dans la limite du montant maximal figurant au **tableau des prestations**, pour la rééducation de la **personne assurée**, sous réserve des conditions suivantes :

1. la rééducation est nécessaire pour une telle **blessure** et pour que la **personne assurée** soit capable d'exercer un emploi qu'elle ne pourrait sinon exercer du fait de sa **blessure**;
2. les dépenses sont engagées dans un délai de trois ans à compter de la date de l'**accident**;
3. aucun paiement n'est versé pour l'hébergement, la pension ou tous autres frais ordinaires de subsistance, de transport ou d'habillement.

Dans l'éventualité où une **personne assurée** est couverte par deux **polices** ou plus gérées par le même **assureur**, la **limite globale de garantie** pour la perte subie par la **personne assurée** ne se cumule pas et ne peut en aucun cas excéder le montant maximal prévu en vertu d'une de ces **polices**.

DISPOSITIONS DE LA PRESTATION DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

PRESTATION THÉRAPIE DE RÉADAPTATION PHYSIQUE

Dans l'éventualité où l'**assureur** verse un paiement à une **personne assurée** ayant soumis une demande de règlement en vertu de la **prestation décès et mutilation accidentels** pour une raison autre que le **décès**, l'**assureur** paie également :

les dépenses raisonnables et nécessaires réellement engagées, dans la limite du montant maximal figurant au **tableau des prestations**, pour la **thérapie de réadaptation physique** de la **personne assurée**, sous réserve des conditions suivantes :

1. la **thérapie de réadaptation physique** est prescrite et recommandée par le médecin traitant;
2. les dépenses sont engagées dans un délai de trois (3) ans à compter de la date de l'**accident**;
3. aucun paiement n'est versé pour l'hébergement, la pension ou tous autres frais ordinaires de subsistance, de transport ou d'habillement.

« **Thérapie de réadaptation physique** » désigne le ou les traitements à base d'exercices et d'équipement spécialement conçus pour améliorer le processus de retour à un état aussi normal que possible à la suite d'une **blesseure accidentelle**. Les interventions chirurgicales sont notamment exclues.

Dans l'éventualité où une **personne assurée** est couverte par deux **polices** ou plus gérées par le même **assureur**, la **limite globale de garantie** pour la perte subie par la **personne assurée** ne se cumule pas et ne peut en aucun cas excéder le montant maximal prévu en vertu d'une de ces **polices**.

DISPOSITIONS DE LA PRESTATION DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

PRESTATION OBSÈQUES

Si la **personne assurée** décède accidentellement loin de son domicile, l'**assureur** paie, dans la limite du montant maximal figurant au **tableau des prestations**, pour les services et les biens fournis par un thanatologue, un entrepreneur de pompes funèbres, un crématorium ou un salon funéraire pour l'inhumation ou à la crémation de la **personne assurée** décédée. L'**assureur** prend également en charge l'achat de la concession ou du mausolée pour l'inhumation de la dépouille de la **personne assurée**, y compris toute stèle ou monument funéraire. Le paiement est versé si, suite à l'**accident**, les dépenses sont réellement engagées au moment du décès de la **personne assurée**, déduction faite des frais de préparation de la dépouille pour le transport, qui sont remboursés dans le cadre de la **prestation rapatriement**.

Dans l'éventualité où une **personne assurée** est couverte par deux **polices** ou plus gérées par le même **assureur**, la **limite globale de garantie** pour la perte subie par la **personne assurée** ne se cumule pas et ne peut en aucun cas excéder le montant maximal prévu en vertu d'une de ces **polices**.

DISPOSITIONS DE LA PRESTATION DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

PRESTATION DEUIL

Si une **blesseure** entraîne le **décès** d'une **personne assurée**, l'**assureur** s'acquitte des dépenses raisonnables et nécessaires réellement engagées par le **conjoint** et les **enfants à charge** de la **personne assurée** pour un maximum de six (6) séances d'accompagnement des personnes en deuil assurées par un **conseiller professionnel**, dans la limite du montant maximal figurant au **tableau des prestations**.

DISPOSITIONS DE LA PRESTATION DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

PRESTATION FORMATION DU CONJOINT

Dans l'éventualité du décès accidentel de l'**employé assuré**, si la perte doit être indemnisée en vertu des dispositions de la présente **assurance**, l'**assureur** s'acquitte des dépenses raisonnables et nécessaires réellement engagées dans un délai de trois ans à compter de la date de l'**accident** par le **conjoint** de l'**employé assuré** qui commence un programme officiel de formation professionnelle dans le but précis d'obtenir les qualifications nécessaires à un emploi effectif pour lequel il ou elle n'aurait autrement pas été qualifié(e). Le montant global de ces dépenses ne doit pas excéder le montant maximal figurant au **tableau des prestations**. Aucun paiement n'est versé pour l'hébergement, la pension ou tous autres frais ordinaires de subsistance, de transport ou d'habillement.

Pour être admissible à ces prestations, le **conjoint** de l'**employé assuré** doit satisfaire aux exigences suivantes :

1. Ne pas être employé(e) à temps plein à la date de l'**accident**;
2. S'inscrire en tant qu'étudiant(e) à temps plein dans un établissement d'enseignement supérieur ou un établissement de formation professionnelle dans l'optique de se préparer à un emploi à temps plein.

Dans l'éventualité où une **personne assurée** est couverte par deux **polices** ou plus gérées par le même **assureur**, la **limite globale de garantie** pour la perte subie par la **personne assurée** ne se cumule pas et ne peut en aucun cas excéder le montant maximal prévu en vertu d'une de ces **polices**.

DISPOSITIONS DE LA PRESTATION DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

PRESTATION ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

Si la **personne assurée** décède dans un **accident** alors que la présente **police** est en vigueur, l'**assureur** doit verser, en plus des autres prestations, 5 % du **capital assuré** dans la limite du montant maximal figurant au **tableau des prestations**, pour le compte de l'**enfant à charge** qui, à la date de l'**accident**, était inscrit en tant qu'étudiant à temps plein dans un **établissement d'enseignement supérieur** au-delà du niveau secondaire, ou qui était à l'école secondaire et s'est ensuite inscrit en tant qu'étudiant à temps plein dans un **établissement d'enseignement supérieur** dans un délai de 365 jours à compter de la date de l'**accident**.

La **prestation** est payable annuellement pendant un maximum de quatre années consécutives, mais uniquement si l'**enfant à charge** continue ses études.

Si au moment du décès, la **personne assurée** a des **enfants à charge** qui ne sont pas admissibles à la **prestation enseignement supérieur**, l'**assureur** verse une prestation supplémentaire de 2 500 \$ au **bénéficiaire**.

Dans l'éventualité où une **personne assurée** est couverte par deux **polices** ou plus gérées par le même **assureur**, la **limite globale de garantie** pour la perte subie par la **personne assurée** ne se cumule pas et ne peut en aucun cas excéder le montant maximal prévu en vertu d'une de ces **polices**.

DISPOSITIONS DE LA PRESTATION DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

PRESTATION GARDE DE JOUR

Si une indemnité peut être versée pour le décès accidentel d'une **personne assurée** en vertu de la présente **police**, l'**assureur** verse un montant égal au plus faible des montants suivants :

1. Frais réels annuels demandés par une **garderie**;
2. 5 % du **capital assuré** de la **personne assurée**;
3. Montant maximal annuel figurant au **tableau des prestations**;

pour le compte de tout **enfant à la charge** de la **personne assurée** au moment du décès, âgé de moins de 13 ans et actuellement inscrit ou allant être inscrit dans une **garderie agréée** dans un délai de 365 jours à compter du décès.

La **prestation** est payable annuellement pendant un maximum de quatre années consécutives, mais uniquement si l'**enfant à charge** demeure inscrit à une **garderie agréée**.

Si au moment du décès, la **personne assurée** a des **enfants à charge** qui ne sont pas admissibles à la **prestation garde de jour**, l'**assureur** verse une prestation supplémentaire de 2 500 \$ au **bénéficiaire**.

Dans l'éventualité où une **personne assurée** est couverte par deux **polices** ou plus gérées par le même **assureur**, la **limite globale de garantie** pour la perte subie par la **personne assurée** ne se cumule pas et ne peut en aucun cas excéder le montant maximal prévu en vertu d'une de ces **polices**.

DISPOSITIONS DE LA PRESTATION DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

PRESTATION TRANSPORT DE LA FAMILLE

Si une **personne assurée** couverte en vertu de la présente **police** est en voyage et est hospitalisée en raison de **blessures** dues à un **accident**, et nécessite par la suite la présence d'un **proche parent** (comme défini ci-dessous) ou d'un représentant autorisé de la famille sur recommandation du médecin traitant, l'**assureur** prend à sa charge, dans la limite du montant maximal figurant au **tableau des prestations**, les dépenses engagées par le **proche parent** ou le représentant autorisé de la famille pour son hébergement et son transport par le trajet le plus direct avec un transporteur commun agréé afin de se rendre auprès de la **personne assurée** hospitalisée.

« **Proche parent** » désigne le conjoint (ou partenaire en union de fait), les parents, les grands-parents, les enfants de plus de 18 ans ou les frères et sœurs de la **personne assurée**.

Aucun paiement n'est versé pour la pension ou tous autres frais ordinaires de subsistance, de transport ou d'habillement. Si le transport s'effectue au moyen d'un véhicule autre qu'un transporteur commun agréé, le remboursement des frais de transport est alors limité à un maximum de 0,25 \$ par kilomètre parcouru.

Dans l'éventualité où une **personne assurée** est couverte par deux **polices** ou plus gérées par le même **assureur**, la **limite globale de garantie** pour la perte subie par la **personne assurée** ne se cumule pas et ne peut en aucun cas excéder le montant maximal prévu en vertu d'une de ces **polices**.

DISPOSITIONS DE LA PRESTATION DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

PRESTATION ADAPTATION DU DOMICILE ET DU VÉHICULE

Si la **personne assurée** touche une indemnité dans le cadre de la **prestation mutilation** et est par la suite obligée d'avoir recours à un fauteuil roulant à cause du même **accident**, cette **prestation** couvre, sur présentation d'un justificatif de paiement :

- (A) Les coûts uniques engendrés par les modifications apportées au domicile de la **personne assurée** blessée pour le rendre accessible et habitable en fauteuil roulant;
- (B) Les coûts uniques engendrés par les modifications nécessaires apportées à un véhicule à moteur que la **personne assurée** possède pour qu'il soit accessible et que la **personne assurée** puisse le conduire.

La **prestation** s'applique uniquement si :

- 1. Les modifications apportées au domicile sont réalisées par une ou des personnes expérimentées dans ce type de modifications et recommandées par un organisme reconnu de soutien et d'aide aux personnes en fauteuil roulant;
- 2. Les modifications apportées au véhicule sont réalisées par une ou des personnes expérimentées dans ce type de modifications et lesdites modifications sont approuvées par les services provinciaux chargés de l'immatriculation des véhicules.

Le montant maximal payable pour les services A et B combinés ne peut excéder le montant maximal figurant au **tableau des prestations**.

Dans l'éventualité où une **personne assurée** est couverte par deux **polices** ou plus gérées par le même **assureur**, la **limite globale de garantie** pour la perte subie par la **personne assurée** ne se cumule pas et ne peut en aucun cas excéder le montant maximal prévu en vertu d'une de ces **polices**.

DISPOSITIONS DE LA PRESTATION DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

PRESTATION AMÉNAGEMENT ET ADAPTATION DU LIEU DE TRAVAIL

Si, à la suite d'une **blessure** subie par une **personne assurée**, l'**assureur** lui verse une indemnité en vertu de la partie « Prestation décès et mutilation accidentels » et que la **personne assurée** nécessite un équipement spécialisé adapté et l'aménagement du lieu de travail afin de faciliter raisonnablement son retour au travail effectif à temps plein pour le compte du **titulaire de la police**, l'**assureur** s'acquitte des dépenses raisonnables et nécessaires réellement avancées par le **titulaire de la police**, sous réserve que :

1. le **titulaire de la police** accepte par écrit de fournir un équipement spécialisé adapté et de réaliser les aménagements du lieu de travail pour le rendre accessible et adaptable aux besoins de la **personne assurée**;
2. le **titulaire de la police** reconnaisse par écrit que la performance des fonctions essentielles du poste qu'occupe la **personne assurée** est susceptible d'être altérée;
3. l'équipement spécialisé adapté proposé et l'aménagement du lieu de travail reçoivent l'approbation écrite préalable de l'**assureur**;
4. l'**assureur** ait le droit d'examiner la **personne assurée** pour évaluer l'adéquation de l'aménagement proposé.

Cette **prestation** est versée au **titulaire de la police** lors du retour de la **personne assurée** à un travail effectif à temps plein pour le compte du **titulaire de la police** et lorsque l'**assureur** reçoit un justificatif des dépenses engagées. Cette **prestation** n'est pas payable si le **titulaire de la police** n'engage aucun coût pour fournir l'équipement spécialisé adapté et aménager le lieu de travail.

Le montant maximal payable dans le cadre de cette **prestation** ne doit pas excéder le montant maximal figurant au **tableau des prestations**.

Dans l'éventualité où une **personne assurée** est couverte par deux **polices** ou plus gérées par le même **assureur**, la **limite globale de garantie** pour la perte subie par la **personne assurée** ne se cumule pas et ne peut en aucun cas excéder le montant maximal prévu en vertu d'une de ces **polices**.

DISPOSITIONS DE LA PRESTATION DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

PRESTATION REVENU MENSUEL EN CAS D'HOSPITALISATION

Si, à la suite d'un **accident**, la **personne assurée** est hospitalisée pendant au moins une journée et est prise en charge par un médecin ou un chirurgien légalement qualifié et autorisé autre qu'elle-même, la présente **police** couvre 1 % du montant de la prestation de la **personne assurée** pour chaque mois entier d'hospitalisation, dans la limite du montant maximal figurant au **tableau des prestations**, ou un treizième de cette prestation mensuelle pour chaque jour d'un mois partiel, rétroactivement à compter du 1^{er} jour d'hospitalisation, mais n'excédant pas 365 jours cumulés pour chaque « période d'hospitalisation ».

« **Hospitalisé(e)** » signifie que la **personne assurée** est admise dans un **hôpital** en tant que résident ou malade hospitalisé.

Dans l'éventualité où une **personne assurée** est couverte par deux **polices** ou plus gérées par le même **assureur**, la **limite globale de garantie** pour la perte subie par la **personne assurée** ne se cumule pas et ne peut en aucun cas excéder le montant maximal prévu en vertu d'une de ces **polices**.

DISPOSITIONS DE LA PRESTATION DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

PRESTATION PSYCHOTHÉRAPIE

Si, à la suite d'une **blessure** subie par une **personne assurée**, l'**assureur** lui verse une indemnité en vertu de la partie « Prestation décès et mutilation accidentels », il augmente le montant payable de la prestation, dans la limite du montant maximal figurant au **tableau des prestations**, pour les **frais raisonnables et courants** de traitement ou de conseil dans le cadre d'une psychothérapie recommandée par un **médecin** et autorisée par le **titulaire de la police**.

Les indemnités de la **prestation** sont versées jusqu'à la première des éventualités suivantes :

1. le montant maximal de la **prestation** a été versé;
2. il s'est écoulé deux (2) ans depuis la date de l'**accident**;
3. la **personne assurée** est décédée.

La **psychothérapie** doit être réalisée par un thérapeute ou un conseiller (autre que la **personne assurée** ou un **proche parent**) autorisé à offrir ce type de traitement, en ambulatoire ou au sein d'un établissement médical autorisé à offrir ce type de traitement dans lequel la **personne assurée** séjourne en tant que patient.

« **Frais raisonnables et courants** » désigne le montant minimal parmi les options suivantes :

- (a) les frais habituels facturés par les **médecins** ou autres fournisseurs de soins de santé pour un bien ou un service donné;
- (b) les frais que l'**assureur** fixe comme étant les frais principaux facturés par les **médecins** ou autres fournisseurs de soins de santé pour un bien ou un service donné dans la zone géographique où ils sont fournis;
- (c) le montant négocié entre l'**assureur** et le fournisseur de soins de santé.

DISPOSITIONS DE LA PRESTATION DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

PRESTATION CEINTURE DE SÉCURITÉ

Si, à la suite d'une **blesseure** subie par une **personne assurée**, l'**assureur** lui verse une indemnité en vertu de la partie « Prestation décès et mutilation accidentels », il augmente le montant payable de la prestation de 10 % supplémentaires, sous réserve que :

1. la perte survienne lorsque la **personne assurée** est passagère ou conductrice d'un véhicule de tourisme;
2. la **ceinture de sécurité** soit correctement attachée;
3. le rapport officiel de l'**accident** ou l'agent chargé de l'enquête confirme l'usage réel de la **ceinture de sécurité**.

Au moment de l'**accident**, le conducteur du véhicule doit être titulaire d'un permis de conduire en cours de validité l'autorisant à conduire ce type de véhicule et ne pas être en état d'ébriété ou sous l'influence de drogues, à l'exception des médicaments prescrits par un **médecin**. Les termes « état d'ébriété » et « sous l'influence de drogues » se réfèrent aux définitions des autorités locales du lieu de l'**accident**.

« **Ceinture de sécurité** » désigne les ceintures constituant un système de retenue et comprend les systèmes de retenue conçus pour les enfants et les nourrissons correctement utilisés avec une ceinture de sécurité, ainsi que les sangles de sécurité d'un brancard utilisé dans le transport ambulancier des malades ou des blessés.

« **Véhicule** » désigne une voiture de tourisme, une autocaravane, une voiture familiale, une fourgonnette, une automobile ou une camionnette de type jeep, une ambulance, ou tout véhicule motorisé utilisé par les forces de police municipales, provinciales ou fédérales.

DISPOSITIONS DE LA PRESTATION DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

PRESTATION VOIES DE FAIT CRIMINELLES

Si, à la suite d'une **maladie** ou **blessure professionnelle** subie par une **personne assurée**, l'**assureur** lui verse une indemnité en vertu de la partie « Prestation décès accidentel », il augmente le montant payable de la prestation de 10 % supplémentaires, dans la limite du montant maximal figurant au **tableau des prestations**, sous réserve que la perte :

1. soit entraînée par un **acte criminel**;
2. se produise pendant que la **personne assurée** est engagée par le **titulaire de la police**, que ce soit dans ses locaux ou non.

Toutefois, cette prestation n'est pas versée si la **personne assurée** est l'auteur de l'**acte criminel** ou y a pris part.

Un « **acte criminel** » inclut notamment, mais pas exclusivement, le vol qualifié, le vol, les voies de fait, le tir ciblé ou le meurtre.

DISPOSITIONS DE LA PRESTATION DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

PRESTATION PARENT À CHARGE

Si, à la suite d'un **accident**, la **personne assurée** décède, l'**assureur** verse 10 % du **capital assuré** applicable de la **personne assurée**, dans la limite du montant maximal figurant au **tableau des prestations**, à ou pour le compte de tout **parent à charge** de la **personne assurée** comme défini ci-dessous.

La **prestation parent à charge** est répartie en parts égales entre les **parents à charge**. Une seule **prestation parent à charge** est payable, quel que soit le nombre de **parents à charge**.

« **Parent(s) à charge** » désigne les parents, beaux-parents, grands-parents, grands-parents par alliance, arrière-grands-parents, arrière-grands-parents par alliance (biologiques, par alliance ou adoptifs) qui :

1. n'ont pas d'emploi régulier à temps plein;
2. sont principalement dépendants de la **personne assurée** pour leur entretien en raison d'une invalidité mentale ou physique prouvée;
3. résident au domicile de la **personne assurée**.

Dans l'éventualité où une **personne assurée** est couverte par deux **polices** ou plus gérées par le même **assureur**, la **limite globale de garantie** pour la perte subie par la **personne assurée** ne se cumule pas et ne peut en aucun cas excéder le montant maximal prévu en vertu d'une de ces **polices**.

DISPOSITIONS DE LA PRESTATION DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

INDEMNITÉ D'ÉVACUATION D'URGENCE

Si, à la suite d'un **accident** couvert, une **personne assurée** engage les frais d'une ambulance aérienne agréée pour transporter la **personne assurée** à l'**hôpital** le plus proche pour un traitement médical, cette **police** remboursera à la **personne assurée** le coût des frais réels engagés, jusqu'à un maximum de 10 000 \$ par **personne assurée**, sans dépasser 20 000 \$ au total.

Dans l'éventualité où une **personne assurée** est couverte par deux **polices** ou plus gérées par le même **assureur**, la **limite globale de garantie** pour la perte subie par la **personne assurée** ne se cumule pas et ne peut en aucun cas excéder le montant maximal prévu en vertu d'une de ces **polices**.

DISPOSITIONS DE LA PRESTATION DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

TABLEAU DES PRESTATIONS POUR LES FRACTURES

Si une **blesseure** subie par une **personne assurée** entraîne l'une des pertes suivantes, l'**assureur** verse le pourcentage du **capital assuré** établi en regard de cette perte, jusqu'à concurrence du montant maximum indiqué dans le **tableau des prestations**. Si une **personne assurée** subit plus d'une des pertes suivantes à la suite d'un **accident**, le montant total à verser au regard de ces pertes ne doit pas dépasser le maximum global indiqué dans le **tableau des prestations**.

POURCENTAGE DU CAPITAL ASSURÉ

En cas de fracture complète

Du crâne (déprimée)	100
Du crâne (non déprimée)	33
De la colonne vertébrale (une ou plusieurs vertèbres)	50
De la mâchoire (mandibule ou maxillaire)	33
De la cuisse (fémur)	33
Du bassin	33
De la rotule	27
De la jambe (partie inférieure)	25
De l'omoplate	25
De la cheville (osselets)	25
Du poignet (osselets)	25
De l'avant-bras (ouverte ou comminutive)	23
De l'avant-bras (fermée)	12
Du sacrum ou du coccyx	17
Du sternum	17
Du bras, entre le coude et l'épaule	17
De la clavicule	12
Du nez	12
D'au moins deux côtes	10
D'une main (d'au moins un métacarpien)	8
D'un pied (d'au moins un métatarsien)	8
D'une côte	5
De tout os non susmentionné	3

En cas de luxation

De la hanche	42
Du genou (avec réparation principale à ciel ouvert)	33
De l'épaule (avec réduction ouverte)	25
Du poignet	17
De la cheville	17
Du coude	12
Des os du pied, à part ceux des orteils	8

Rupture du ou des tendon(s)

Talon (d'Achille)	22
Cheville	20
Genou	18
Pied (excepté les orteils)	17
Coude	17
Poignet	12
Main (y compris les doigts)	12

Autres

Lésion du rein (intervention chirurgicale)	27
Rupture du foie (intervention chirurgicale)	27
Rupture de la rate (intervention chirurgicale)	27
Perforation pulmonaire avec chirurgie à ciel ouvert	23
Brûlures exigeant au moins une greffe de peau	22
Blessure au genou qui exige une intervention chirurgicale (lorsqu'il ne s'agit pas d'une fracture ou d'une luxation)	22
Intervention chirurgicale sur l'os, retrait de la partie atteinte (lorsqu'il ne s'agit pas d'une fracture ou d'une luxation)	20

DISPOSITIONS DE LA PRESTATION DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

PRESTATION COUSSIN GONFLABLE

Lorsqu'une **blesse** subie par la **personne assurée** entraîne le versement d'une indemnité par l'**assureur** en vertu de la section intitulée « Prestation décès et mutilation accidentels » et de la prestation ceinture de sécurité, l'assureur augmentera le montant de l'indemnité de 10 % du montant payable applicable à la **personne assurée**, jusqu'au maximum indiqué dans le **tableau des prestations**, à condition que :

1. la perte survient lorsque la **personne assurée** est passagère ou conductrice d'un **véhicule** de tourisme équipé soit d'un seul coussin gonflable, de coussins gonflables pour les sièges du conducteur et du passager avant, soit de coussins gonflables pour les sièges du conducteur, du passager avant et des passagers arrière; et;
2. la **personne assurée** est assise dans un siège protégé par un coussin gonflable correctement déployé; et
3. La vérification du bon fonctionnement et du déploiement du coussin gonflable au moment de l'**accident** fait partie du rapport officiel de l'**accident** ou est certifiée par l'agent d'enquête.

« **Véhicule** » désigne une voiture de tourisme, une autocaravane, une camionnette, une fourgonnette, une automobile ou un camion de type jeep, une ambulance ou tout autre type de véhicule motorisé utilisé par les forces de police municipales, provinciales ou fédérales.

DISPOSITIONS DE LA PRESTATION DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

PRESTATION POUR DÉTOURNEMENT DE VOITURE

Lorsqu'une **personne assurée** subit une perte couverte en raison d'un **accident** couvert tel qu'il est décrit ci-dessous, alors qu'elle est en service pour le compte du **titulaire de la police** et que cela entraîne le versement d'une indemnité par l'**assureur** en vertu de l'article intitulé « Prestation en cas de décès par accident et indemnité pour une mutilation », l'assureur augmentera le montant de l'indemnité de 10 % jusqu'au montant maximum indiqué dans le **tableau des prestations**, à condition que les conditions suivantes soient remplies.

L'**accident** couvert doit survenir pendant le :

1. détournement d'un véhicule automobile que la **personne assurée** conduisait, dont elle montait à bord ou en descendait; ou
2. détournement d'un véhicule dans lequel la **personne assurée** se trouvait en tant que passager.

La vérification du détournement de voiture doit être intégrée au rapport de police officiel dans les 24 heures suivant le détournement de voiture, ou dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, ou être certifiée par écrit par l'agent ou les agents chargés de l'enquête dans les 24 heures suivant le détournement de voiture, ou dès qu'il est raisonnablement possible de le faire. L'**assureur** doit recevoir une copie du rapport de police pertinent ou de la certification afin que cette prestation devienne payable.

DISPOSITIONS DE LA PRESTATION DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

INDEMNITÉ POUR LES BIENS PERSONNELS (IBP)

Cette couverture d'assurance commence à la date à laquelle la **voiture de location** est louée auprès d'une entreprise de location participante et se termine à la date d'expiration du contrat de location de la voiture. L'**assureur** remboursera à la **personne assurée** le coût raisonnable, jusqu'au maximum indiqué dans le **tableau des prestations** après la satisfaction de la franchise et sous réserve du pourcentage d'indemnité indiqué dans le **tableau des prestations**, du remplacement de tout bien personnel accompagnant la **personne assurée** en route et appartenant à la **personne assurée** ou à son usage personnel ou commercial et des passagers voyageant avec la **personne assurée**, qui est perdu ou entièrement détruit pendant que la **personne assurée** voyageant dans la **voiture de location**. Les coûts de remplacement sont calculés en utilisant la norme amortie pour l'article de biens personnels en particulier réclamé et en fonction de sa période moyenne d'utilisation. La **personne assurée** doit démontrer qu'elle a pris des précautions raisonnables pour **assurer** la sécurité de ses biens personnels. L'**assureur** exige une certification par une autorité policière ou de sécurité dans un rapport d'incident.

Pour toute réclamation présentée par la **personne assurée** au titre de la présente indemnité, l'**assureur** a le droit d'effectuer des réparations raisonnables ou de faire des efforts de récupération pour restaurer ses biens personnels ou pour conserver les biens personnels endommagés, si l'**assureur** choisit de le faire. L'**assureur** exigera des reçus valides des biens de remplacement avant de verser toute indemnité.

Les indemnités pour les biens personnels perdus seront soumises à la franchise, au pourcentage des indemnités et au maximum indiqué dans le **tableau des prestations**.

Exclusions

Cette assurance ne couvre pas, ne fournit pas de services, ni ne verse des montants pour des demandes de paiement découlant des causes suivantes :

- a) Perte causée par l'usure normale, la détérioration graduelle, les insectes ou les vermines;
- b) Animaux; automobiles (y compris leur équipement), les roulottes, les motocyclettes, les bicyclettes, les bateaux, les moteurs, d'autres véhicules ou leurs accessoires; les souvenirs; les articles fragiles ou les objets de collection; les objets consommables ou périssables; les effets mobiliers et les ameublements; les verres de contact; les lunettes de soleil en vente libre; les dents artificielles et les prothèses; équipement médical; l'argent et les valeurs mobilières; les billets et documents; toute possession se rapportant à une entreprise, une profession ou un métier; les ordinateurs personnels, tablettes, logiciels ou téléphones cellulaires;
- c) Perte d'articles couverts et non couverts en raison de tout processus ou pendant qu'on travaille sur ceux-ci;
- d) Perte d'articles couverts et non couverts en raison de la confiscation par une autorité gouvernementale; guerre (déclarée ou non déclarée); contrebande ou transport ou commerce illégal;
- e) Perte encourue pendant que la **personne assurée** commet un ou plusieurs actes négligents ou criminels;
- f) Articles spécifiquement ou autrement assurés.

Limitations

- a) En cas de perte d'un article faisant partie d'une paire ou d'un ensemble, le montant de la perte sera une proportion raisonnable et équitable de la valeur totale de la paire ou de l'ensemble, mais ne signifiera pas une perte totale de la paire ou de l'ensemble;
- b) Nous ne paierons pas plus que la valeur réelle en espèces du bien au moment de la perte. Nous avons le droit de réparer ou de remplacer les biens endommagés ou perdus par des biens similaires, et d'exiger une évaluation des dommages causés aux biens.

Dans l'éventualité où une **personne assurée** est couverte par deux **polices** ou plus gérées par le même **assureur**, la **limite globale de garantie** pour la perte subie par la **personne assurée** ne se cumule pas et ne peut en aucun cas excéder le montant maximal prévu en vertu d'une de ces **polices**.

DISPOSITIONS DE LA PRESTATION DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

EXCLUSIONS DE LA PRESTATION DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

La présente **assurance** ne couvre pas les demandes de règlement découlant de **blessures corporelles** causées entièrement ou partiellement par :

1. une guerre déclarée ou non déclarée ou tout acte s'y rapportant ou invasion;
2. la participation active à des actes de terrorisme, des troubles civils ou des émeutes de toute sorte;
3. une blessure ou maladie résultant de l'entraînement, du service ou de la participation sous quelque forme que ce soit aux forces armées (terre, mer ou air) de tout pays ou autorité internationale ou à leurs opérations;
4. le fait d'être dans ou sur un aéronef ou d'y monter dans le but de l'utiliser pour voyager par les airs, ou en débarquer après un vol;
5. un suicide ou une tentative de suicide, ou une automutilation intentionnelle;
6. l'utilisation, le fonctionnement ou la conduite du véhicule par toute personne en violation de la loi concernant l'âge, ou par toute personne ayant donné au bailleur un nom fictif ou un faux âge ou une fausse adresse;
7. la participation à une course, un test de vitesse, un test d'endurance ou un concours de quelque nature que ce soit; ou
8. les actes de terrorisme comprenant l'utilisation ou la dissémination de toute arme ou de tout appareil nucléaire ou de tout agent chimique ou biologique ou la menace de le faire, peu importe toute cause contributive.

« **Actes de terrorisme** » désigne toute action (notamment, mais pas exclusivement, l'usage et la menace de l'usage de la force ou de la violence, l'intention d'influencer par la peur un gouvernement, le public ou un segment du public) d'une personne ou de groupes de personnes agissant seuls ou pour le compte d'une organisation ou d'un gouvernement ou en lien avec ceux-ci, commise pour des raisons politiques, religieuses, idéologiques ou d'autres raisons similaires.

« **Guerre** » désigne une invasion, des actions d'ennemis étrangers, des hostilités ou des opérations belliqueuses, déclarées ou non, une guerre ou des troubles civils, une rébellion, une révolution, une insurrection, des émeutes, un pouvoir militaire ou usurpé, ou une loi martiale.

LIMITES OU EXCLUSIONS SUPPLÉMENTAIRES

Toutes limites ou exclusions supplémentaires qui s'appliquent à la protection en vertu de la présente **police** figurent au **tableau des prestations** dans la partie « Limites ou exclusions supplémentaires ».

PRIME

Nous fournissons des services d'assurance en échange du versement de primes. La prime figurant au **tableau des prestations** doit **nous** être versée par le **titulaire de la police** de la façon précisée dans le **tableau des prestations**. Elle est fixée en fonction des taux actuellement en vigueur, du régime et du **volume d'assurance** en vigueur. La prime doit être versée à la **date d'entrée en vigueur de la police**. Par la suite, la prime est à régler mensuellement, sauf disposition contraire de la **police**.

Nous demandons que le **titulaire de la police nous** fournisse un **recensement des employés**. Si, à tout moment, il est décidé qu'une prime supplémentaire ou qu'un crédit de prime doit s'appliquer, le **titulaire de la police** doit régler la prime supplémentaire ou appliquer le crédit de prime à l'échéance suivante.

Si une prime n'est pas versée à échéance, la **police** prendra fin à compter de l'échéance de prime, sauf disposition contraire dans la partie « Délai de grâce ».

Modifications du taux de prime

Nous sommes en droit de modifier les taux de prime à l'occasion, sous réserve d'un préavis écrit ou électronique autorisé de 60 jours. Aucune modification ne peut être effectuée dans un délai de 12 mois à compter de la **date d'entrée en vigueur de la police**, ni plus d'une fois par période de 12 mois. Toutefois, **nous** nous réservons le droit de modifier les taux à tout moment si l'un des événements suivants survient :

- 1) les conditions de la **police** sont modifiées;
- 2) une filiale, division, société affiliée ou catégorie admissible est ajoutée ou supprimée de la **police**;
- 3) une modification d'une loi fédérale, provinciale ou locale, ou d'un règlement affecte la présente **police** et **notre** obligation de prestation;
- 4) le nombre de **personnes assurées** admissibles pour la protection a augmenté ou diminué depuis la **date d'entrée en vigueur de la police** ou la date du dernier renouvellement de la **police**, selon la dernière éventualité;
- 5) des facteurs liés aux risques assumés sont modifiés;
- 6) la protection est remise en vigueur pendant le **délai de grâce** après un défaut de paiement de la prime;
- 7) une fausse déclaration est fournie dans les renseignements utilisés pour établir le taux de la présente **police**;
- 8) le **titulaire de la police** ne fournit pas suffisamment de renseignements, à **notre** demande, pour confirmer l'adéquation et l'exactitude des primes et des taux fixés.

Si l'augmentation ou la diminution d'un taux prend effet à une date autre que l'échéance de prime, un ajustement au prorata est appliqué pour la période entre la date de modification et l'échéance de prime suivante.

Délai de grâce

Après le versement de la première prime, la présente **police** prévoit un **délai de grâce** de 31 jours. En d'autres termes, si la prime n'est pas versée à échéance ou avant celle-ci, il reste possible de s'acquitter de la prime pendant le **délai de grâce** de 31 jours. Pendant cette période, la présente **police** reste en vigueur à condition que le **titulaire de la police** s'acquitte des primes échues avant le dernier jour du **délai de grâce**, sauf si le **titulaire de la police nous** informe au préalable et par écrit de l'interruption de la protection conformément aux conditions établies dans la **police**. La présente **police** prend fin le dernier jour de la période pour laquelle les primes ont été versées si le **titulaire de la police** ne s'acquitte pas de toutes les primes échues avant le dernier jour du **délai de grâce**.

Remise en vigueur

La **police** peut être remise en vigueur dans un délai de 60 jours après avoir pris fin, si la raison de la cessation est un défaut de paiement de la prime, à condition que le **titulaire de la police nous** soumette une demande écrite, que **nous** acceptons la demande et que le **titulaire de la police** s'acquitte du paiement de toutes les primes en souffrance.

CONDITIONS STATUTAIRES RELATIVES AUX ACCIDENTS ET AUX MALADIES

1. Le contrat

La proposition, cette police, tout document joint à cette police lors de son émission et toute modification du contrat convenue par écrit après l'émission de la police constituent l'ensemble du contrat, et aucun mandataire n'est habilité à modifier le contrat ou à renoncer à ses dispositions.

2. Faits importants

Aucune déclaration faite par l'assuré ou une personne assurée au moment de la proposition pour le contrat ne doit servir à la défense d'une réclamation fondée sur le présent contrat ou pour l'annuler, sauf si elle est contenue dans la proposition ou dans toute autre déclaration écrite ou réponse fournie à titre de preuve d'assurabilité.

3. Changements d'occupation

1. Si, après la conclusion du contrat, la personne assurée exerce, dans le cadre d'une occupation rémunérée classifiée par l'assureur comme étant plus dangereuse que ce qui est indiqué dans le présent contrat, la garantie résultant du présent contrat sera limitée par le montant de la garantie que la prime achetée aurait permise pour l'occupation la plus dangereuse selon les limites, la classification des risques et les taux de prime en vigueur par l'assureur au moment où la personne assurée a exercé l'occupation la plus dangereuse.

2. Si la personne assurée change son occupation de celle indiquée dans le présent contrat pour une occupation qualifiée de moins dangereuse par l'assureur et en informe l'assureur par écrit, celui-ci doit soit:

(a) réduire le taux de cotisation; ou

(b) émettre une police pour la durée non expirée du présent contrat au taux de prime le plus bas applicable à l'activité la moins dangereuse,

selon les limites, la classification des risques et les taux de prime utilisés par l'assureur à la date de réception de l'avis du changement d'occupation, et remboursera à l'assuré le montant de la différence entre la prime non acquise au présent contrat et la prime au taux inférieur pour le terme non expiré.

4. [Laissé volontairement libre]

5. Résiliation par l'assuré

1. L'assuré peut résilier le présent contrat en tout temps en fournissant un avis de résiliation à l'assureur.

2. Tout avis donné par écrit doit être envoyé par courrier recommandé au siège social ou à l'agence principale de l'assureur dans la province, ou remis à un représentant autorisé de l'assureur dans la province.

3. L'assureur doit rembourser, dès que la police le permet, l'excédent effectivement acquitté par l'assuré sur la prime au taux à court terme calculé à la date de réception d'un tel avis, conformément à la grille tarifaire que ce premier utilise au moment de la résiliation.

6. Résiliation par l'assureur

1. L'assureur peut résilier le présent contrat à tout moment en adressant un préavis écrit à l'assuré et en lui remboursant le montant de la prime versée en sus de la prime proportionnelle pour la période écoulée.
2. L'avis de résiliation peut être remis à l'assuré ou envoyé par courrier recommandé à la dernière adresse de l'assuré se trouvant dans les dossiers de l'assureur.
3. L'assureur doit fournir un préavis de résiliation de soixante jours lorsque l'avis de résiliation est remis à l'assuré, ou à l'adresse à laquelle il est rattaché. Ce préavis commencera à courir le jour de sa réception ou le jour suivant sa mise à la poste.

7. 1. Avis et preuve de réclamation

L'assuré ou une personne assurée, ou un bénéficiaire ayant le droit de faire une réclamation, ou le représentant de l'un d'entre eux, doit,

(a) donner un avis écrit de réclamation à l'assureur,

(i) en le remettant ou en l'envoyant par courrier recommandé au siège social ou à la place d'affaires principale de l'assureur dans la province, ou

(ii) en le remettant à un mandataire autorisé de l'assureur dans la province,

au plus tard trente jours à compter de la date à laquelle survient une réclamation en vertu du contrat en raison d'un accident, d'une maladie ou d'une invalidité;

(b) dans les quatre-vingt-dix jours, à compter de la date à laquelle une réclamation naît en vertu du contrat pour cause d'accident, de maladie ou d'invalidité, fournir à l'assureur une preuve raisonnable, compte tenu des circonstances, relative l'accident ou le début de la maladie ou l'invalidité et la perte qui en découle, le droit du réclamant à recevoir un paiement, son âge et l'âge du bénéficiaire, le cas échéant; et

(c) si l'assureur l'exige, fournir un certificat satisfaisant indiquant la cause ou la nature de l'accident, de la maladie ou de l'invalidité pouvant donner lieu à indemnisation en vertu du contrat, ainsi que la durée de l'invalidité ou de la maladie.

2. Défaut de donner un avis ou une preuve

Le défaut à donner un avis de réclamation ou à fournir une preuve de réclamation dans le délai prescrit par la présente condition légale n'invalide pas la demande si la notification ou la preuve est donnée ou fournie dès que raisonnablement possible, et en aucun cas au plus tard un an après la date de l'accident ou de la date à laquelle une créance ressort du contrat pour cause de maladie ou d'invalidité s'il est établi qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner un avis ou de fournir une preuve dans le délai ainsi imparti.

Si une déclaration de décès présumé doit être fournie en cas de décès de la personne assurée, l'avis ou la preuve de décès devront être remis dans l'année suivant ladite déclaration d'un tribunal.

8. L'assureur doit fournir les formulaires de preuve de réclamation

L'assureur doit remettre les formulaires de preuve de réclamation dans les quinze jours suivant la réception de l'avis de réclamation; toutefois, si le réclamant n'a pas reçu les formulaires dans ce délai, il peut soumettre sa preuve de réclamation sous la forme d'un exposé écrit quant à la cause ou la nature de l'accident, de la maladie ou de l'invalidité ayant donné lieu à la réclamation et de l'ampleur de la perte.

9. Droit d'examen

Comme condition préalable au recouvrement des indemnités d'assurance payables en vertu du présent contrat,

- (a) le réclamant doit donner à l'assureur l'occasion d'examiner la personne assurée quand et aussi souvent que cela est raisonnablement nécessaire pendant que la réclamation est en instance en vertu des présentes; et
- (b) en cas de décès de la personne assurée, l'assureur peut exiger une autopsie sous réserve de toute loi prescrite dans la juridiction applicable en matière d'autopsie.

10. Lorsque l'indemnité est payable autrement que pour une perte de temps

Toutes les sommes payables en vertu du présent contrat, autre que les indemnités pour perte de temps, sont payées par l'assureur dans les soixante jours suivant la réception de la preuve de réclamation.

11. Indemnité pour perte de temps

Les indemnités initiales pour perte de temps doivent être versées par l'assureur dans les trente jours suivant la réception de la preuve de la réclamation, et le paiement doit être effectué par la suite, conformément aux conditions du contrat, mais au moins une fois par soixante jours et l'assureur demeure responsable des paiements si la personne assurée, lorsqu'elle est tenue de le faire, fournit avant le paiement une preuve d'invalidité ou de maladie continue.

12. Prescription des recours

Toute poursuite ou procédure entamée contre l'assureur dans le but de réclamer des prestations au titre du présent contrat ne pourra être entreprise plus d'un an après la date à laquelle le montant d'indemnisation est devenu payable ou serait devenu payable si la demande de règlement avait été valable*.

En Colombie-Britannique, en cas de décès de la personne assurée, toute poursuite doit être intentée au plus tard deux ans après la fourniture de la preuve de la demande de règlement ou six ans après la date du décès, selon la première de ces deux dates. Pour tous les autres cas, toute poursuite doit être intentée dans un délai de deux ans à compter de la date à laquelle le demandeur a eu connaissance ou aurait dû avoir connaissance de la perte ou de l'événement à l'origine de la demande d'indemnisation.

La condition statutaire 12 de l'Ontario est abrogée. Voir la *Loi de 2002 sur la prescription des actions*, L.O. 2002, chap. 24, annexe B.

*La condition prévue au paragraphe 12 ne s'applique pas aux contrats souscrits en Alberta et en Colombie-Britannique.

06/18
LSW1540B (modifiée)

DISPOSITIONS SUPPLÉMENTAIRES

CONFORMITÉ À LA LOI SUR LES SOCIÉTÉS D'ASSURANCES (CANADA) : Aux fins de la *Loi sur les sociétés d'assurances* (Canada), la présente **police** canadienne a été établie dans le cadre des opérations d'assurance des **souscripteurs du Lloyd's** au Canada.

Les opérations d'assurance/de réassurance détaillées dans la présente satisfont aux conditions nécessaires pour être qualifiées et traitées comme « garantissant au Canada des risques » conformément à la Partie XIII de la *Loi sur les sociétés d'assurances* (Canada).

CLAUDE DE LIMITATION DES SANCTIONS ET D'EXCLUSION : Aucun (ré)assureur n'est dans l'obligation de fournir une protection ni ne peut être tenu responsable d'une demande de règlement ou du versement d'indemnités en vertu de ladite demande dans la mesure où une telle protection, un tel paiement d'indemnités ou une telle prestation exposerait le (ré)assureur à des sanctions, interdictions ou restrictions en vertu de résolutions des Nations Unies ou à des sanctions commerciales, économiques, légales ou réglementaires de l'Union européenne, du Royaume-Uni ou des États-Unis d'Amérique.

CYBER-INCIDENTS : Les prestations pour les blessures ou les maladies causées par une application, un logiciel ou un programme se rapportant à un appareil électronique (p. ex., ordinateur, ordinateur portable, téléphone intelligent, tablette ou appareil électronique lié à Internet) sont payables sous réserve des dispositions, conditions, limitations et exclusions de la présente politique

BÉNÉFICIAIRES : Les **bénéficiaires** de la **personne assurée** sont les personnes que la **personne assurée** a désignées par écrit au dossier du **titulaire de la police**. Toute **personne assurée** n'ayant pas désigné un **bénéficiaire** de manière irrévocable peut désigner un nouveau **bénéficiaire** à tout moment en faisant parvenir au **titulaire de la police** une demande de modification écrite. Toutefois, une telle modification ne prend effet qu'à la réception de ladite demande. La modification du **bénéficiaire** est rétroactive et prend effet à la date d'application de la demande écrite, dans la mesure où elle ne **nous** porte pas préjudice en matière de paiement.

Cette police contient une disposition qui révoque ou restreint le droit de l'assuré de nommer les personnes auxquelles ou au bénéfice desquelles les indemnités payables devraient être versées.

PAIEMENT DES DEMANDES DE RÈGLEMENT : Par l'intermédiaire de notre **souscripteur**, **nous** procédons au paiement d'une demande de règlement après réception d'une preuve de perte acceptable. Tout paiement effectué de bonne foi **nous** dégage de **notre** responsabilité pour le montant de la demande de règlement.

Les prestations en cas de **décès** sont versées au bénéficiaire que la **personne assurée** a désigné. La désignation doit être réalisée comme suit :

- 1) Les **bénéficiaires** que la **personne assurée** a désignés par écrit au dossier du **titulaire de la police** pour la présente **police**, le cas échéant;
- 2) La succession de la **personne assurée**.

Couverture des frais de soins médicaux liés à un **accident** : tout ou partie des prestations prévues par cette police peut, à notre discrétion, être versé directement au fournisseur de services. Les prestations qui ne sont pas versées au fournisseur seront versées à la **personne assurée**.

Toutes les autres indemnités sont versées à la **personne assurée**. Dans l'éventualité où la **personne assurée** est un mineur, inapte ou autrement incapable de signer une quittance de règlement valide, **nous** pouvons, par l'intermédiaire de notre **souscripteur**, prendre des dispositions pour verser les indemnités au tuteur, comité ou autre représentant compétent légal de la **personne assurée**.

RECOUVREMENT DES TROP-PERÇUS : Si les prestations sont indûment versées payées, **nous** nous réservons le droit de récupérer, par l'intermédiaire de notre **souscripteur**, le montant payé en trop par l'une des méthodes suivantes :

- 1) Une demande de paiement forfaitaire du montant versé en trop;
- 2) Une compensation ou réduction de toute somme payable en vertu de la présente **police** d'une valeur égale au montant trop payé.

SUBROGATION : Dans la mesure où **nous** payons, par l'intermédiaire de notre **souscripteur**, pour une perte subie par une **personne assurée**, **nous** nous approprions les droits et recours que la **personne assurée** avait relativement à la perte. Cette pratique s'appelle la subrogation. La **personne assurée** doit **nous** aider à protéger **nos** droits ainsi que ceux de **notre souscripteur** contre les responsables de la perte. Cela peut impliquer la signature de documents et la prise de mesures que **nous** pouvons raisonnablement exiger par l'intermédiaire de notre **souscripteur**. Si, par l'intermédiaire de notre **souscripteur**, **nous** nous approprions les droits de la **personne assurée**, celle-ci doit signer un formulaire approprié de subrogation fourni par notre **souscripteur**. **Nous** nous réservons le droit de compenser les futures prestations payables à la **personne assurée** en vertu de la présente **police** par rapport à un tel **recouvrement**.

TRANSFERT : La présente **police** n'est pas transférable, que ce soit par action d'une loi ou autrement. Les **prestations** peuvent être transférées. **Nous** ne sommes contraints à aucun transfert d'intérêt dans le cadre de la **prestation décès** tant que l'original ou la copie de celle-ci ne **nous** est pas parvenu. **Nous** ne pouvons être tenus responsables de la validité d'un tel transfert.

ATTESTATIONS D'ASSURANCE : Lorsque la loi l'exige ou sur demande du **titulaire de la police**, **nous** mettons à disposition des **personnes assurées** des brochures détaillant les prestations, conditions, exclusions et limites de la présente **police**.

ERREUR D'ÉCRITURE : Une erreur d'écriture dans tout document concernant la protection, qu'elle soit de **notre** fait ou de celui du **titulaire de la police**, n'entraîne pas la caducité d'une protection valablement en vigueur ni ne prolonge une protection ayant valablement pris fin, sous réserve qu'une telle erreur d'écriture ne puisse **nous** porter préjudice et soit rectifiée rapidement suite à sa découverte. Aucune erreur ne prolongera l'assurance d'une **personne assurée** au-delà de la date de cessation prévue en vertu des conditions de la **police**. Après la découverte d'une erreur, **nous** prendrons des mesures appropriées, notamment l'ajustement, la perception ou le remboursement de primes.

RESPECT DE LA LÉGISLATION PROVINCIALE OU TERRITORIALE : Nonobstant toute autre disposition des présentes, la **police** est soumise à des conditions réglementaires de la *Loi sur les assurances* provinciale ou territoriale qui s'appliquent aux contrats d'assurance accident ou maladie dans la province ou le territoire de résidence de la **personne assurée** au Canada.

DEVISE : Les versements, remboursements et montants mentionnés dans l'ensemble de la présente **police** sont exprimés dans la devise figurant au **tableau des prestations**, sauf disposition contraire.

INSOLVABILITÉ : **Nous** ne saurions être tenus responsables, en dehors de la responsabilité définie dans la présente **police**, de l'insolvabilité, de la banqueroute, de la défaillance financière, de la mise sous séquestre, du plan d'arrangement volontaire avec les créanciers ou de la dissolution du **titulaire de la police**. L'insolvabilité du **titulaire de la police** n'engage pas **notre** responsabilité devant les créanciers du **titulaire de la police**, y compris les **personnes assurées** en vertu de la présente **police**.

INCONTESTABILITÉ : Sauf cas de défaut de paiement des primes, **nous** ne contesterons pas la validité de la protection d'une **personne assurée** après que celle-ci a été en vigueur pendant deux ans à compter de sa date d'émission. Aucune déclaration de la **personne assurée** concernant son assurabilité ne peut être utilisée pour contester la validité de son assurance après que ladite assurance a été en vigueur pendant deux ans du vivant de la **personne assurée**, à l'exception de toute période d'invalidité et sauf demande écrite signée par la **personne assurée**.

FAUSSE DÉCLARATION ET FRAUDE : L'ensemble de la présente **police** sera nulle et non avenue, avant ou après une perte, si **nous** estimons que le **titulaire de la police**, la **personne assurée** ou leur agent ont dissimulé ou déformé un fait matériel ou une circonstance concernant la présente **police**, notamment toute demande de règlement ou tout cas de fraude de la part du **titulaire de la**

police, de la **personne assurée**, d'un **administrateur tiers** ou de tout autre agent en lien avec la présente **police**.

DONNÉES ERRONÉES : Nous nous sommes reposés sur les renseignements de souscription fournis par le **titulaire de la police**, son **administrateur tiers** ou un autre **agent** pour l'émission de la présente **police**. Si des renseignements venaient à être ultérieurement connus et si la connaissance de ces renseignements avant l'émission de la présente **police** aurait affecté les taux ou conditions de la protection, **nous** nous réservons le droit de réviser les taux et conditions en vigueur au moment de la Date effective d'émission, en informant le **titulaire de la police** par écrit.

INDEMNISATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL : La présente **police** n'est pas une police d'**indemnisation des accidents du travail**. Elle ne fournit pas de prestations d'**indemnisation des accidents du travail** et ne satisfait à aucune exigence de protection en vertu de la *Loi sur les accidents du travail* ou d'une loi semblable.

PROTOCOLE RELATIF AUX PLAINTES DE TITULAIRES DE POLICES DU LLOYD'S

Le Lloyd's s'efforce de rehausser l'expérience client par un service supérieur et des produits d'assurance innovants.

Nous avons établi un protocole de traitement des plaintes, comme l'exige la *Loi sur les sociétés d'assurance* du Canada, afin que les problèmes signalés par nos précieux clients soient traités promptement par nos représentants. Ce protocole vous aidera à comprendre les mesures que nous prendrons dans le but de résoudre tout conflit lié à notre produit ou à notre service. Toutes les plaintes seront traitées de manière professionnelle. Dans tous les cas, une enquête sera faite, des dispositions seront prises et une réponse sera donnée par écrit ou par téléphone par un représentant du Lloyd's peu de temps après la réception de la plainte. Si vous n'êtes pas satisfait de nos produits ou de nos services, voici ce que vous pouvez faire:

- Communiquez d'abord avec votre courtier (celui par l'intermédiaire duquel vous avez souscrit l'assurance) afin qu'il ait l'occasion de régler la question.
- Si votre courtier est incapable de résoudre le problème, veuillez nous exposer votre plainte par écrit, en prenant soin d'indiquer le nom du courtier et votre numéro de police.

Veuillez nous adresser vos plaintes comme suit:

Souscripteurs du Lloyd's

Attention: Responsable des plaintes

Royal Bank Plaza South Tower, 200 Bay Street, Suite 2930, P.O. Box 51 Toronto, Ontario M5J 2J2

Tél. : 1-877-455-6937

CÉ : info@lloyds.ca

Votre plainte sera remise à la personne appropriée pour qu'elle s'en occupe. Cette personne vous écrira dans les deux jours ouvrables suivants pour accuser réception de votre plainte et pour vous dire dans combien de temps une réponse complète devrait vous parvenir. Si nécessaire, la plainte sera aussi transmise au service Policyholder and Market Assistance du Lloyd's, à Londres. Dans ce cas, ce service vous répondra directement et, à la fin du processus, rédigera la lettre exposant notre position finale à l'égard de votre plainte.

Si le problème n'est toujours pas réglé à votre satisfaction, vous avez le droit de continuer à chercher une solution en le soumettant aux organismes suivants:

Le Service de conciliation en assurance de dommages (SCAD) facilite la résolution de conflits opposant des consommateurs et leur assureur. Voici comment le joindre:

Tél. : 1-877-225-0446

www.giocanada.org

Pour les clients du Québec:

L' Autorité des marchés financiers (AMF). – Au Québec, la réglementation des sociétés d'assurance relève de l'AMF. Si vous n'êtes pas satisfait de la manière dont votre plainte a été traitée ou réglée par le Lloyd's, vous pouvez la soumettre à l'AMF. Celle-ci étudiera le dossier et pourra recommander une médiation si elle le juge approprié et si les deux parties y consentent. Voici comment joindre l'AMF:

Québec: (418) 525-0337

Montréal: (514) 395-0311

Autres régions : 1-877-525-0337

www.lautorite.qc.ca

Si votre plainte porte sur le **processus** de traitement des plaintes employé par les Souscripteurs du Lloyd's, vous pouvez vous adresser à l'Agence de consommation en matière financière du Canada (ACFC).

L'Agence de consommation en matière financière du Canada (ACFC) donne aux consommateurs des renseignements précis et objectifs sur les produits et services financiers et informe les Canadiens au sujet de leurs droits et responsabilités dans leurs rapports avec des institutions financières. Elle surveille aussi la conformité aux dispositions relatives à la protection des consommateurs qui sont prévues dans les lois fédérales applicables aux banques et aux sociétés de fiducie, de prêt et d'assurance constituées en vertu d'une loi fédérale. Voici les coordonnées de l'ACFC:

427, avenue Laurier Ouest, 6^e étage, Ottawa ON K1R 1B9

Service en français : 1-866-461-ACFC (2232)

Service en anglais : 1-866-461-FCAC (3222)

www.fcac-acfc.gc.ca

AVIS CONCERNANT LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Introduction:

Le présent avis définit la manière dont Lloyd's Canada collecte, utilise, partage et conserve vos données personnelles et vous informe des choix qui s'offrent à vous en ce qui concerne l'utilisation, l'accès et la correction de vos renseignements personnels. Lloyd's Canada s'engage à garantir que toutes les données personnelles qu'elle reçoit soient protégées et traitées conformément aux lois en vigueur dans ce domaine.

Consentement à la collecte de données:

En souscrivant une assurance ou en présentant une demande d'indemnisation auprès des Souscripteurs du Lloyd's au Canada ("Lloyd's"), un client donne son consentement explicite au Lloyd's pour la collecte, l'utilisation et la divulgation de renseignements personnels. Un consentement est subordonné à la compréhension par le client de la nature, du but et des conséquences de la collecte, de l'utilisation ou de la communication de ses renseignements personnels.

Comment recueillons-nous l'information?

Nous recevons des renseignements sur les polices et les demandes d'indemnisation de sources telles que: les courtiers mandataires du Lloyd's, les agents de gestion du Lloyd's, les courtiers d'assurance, les experts en sinistres et d'autres intermédiaires d'assurance.

Quels sont les renseignements personnels que nous traitons et comment sont-ils utilisés?

Les renseignements sont recueillis et stockés aux fins suivantes :

- la communication avec les assurés du Lloyd's
- la souscription des polices du Lloyd's
- l'évaluation et le traitement des réclamations
- l'analyse des résultats de l'entreprise
- aux fins requises ou autorisées par la loi

Nous recueillons, traitons et stockons les renseignements personnels suivants à votre sujet :

- Nom
- Adresse, y compris le code postal et le pays
- Numéro de police
- Numéro de demande d'indemnisation
- Détails du dossier de demande d'indemnisation

Nous recueillons également des renseignements personnels à votre sujet lorsque vous visitez www.lloyds.com. Vous trouverez de plus amples informations sur notre politique en matière de cookies en ligne à l'adresse [Vie Privée - Lloyd's \(lloyds.com\)](#). Nous n'utiliserons pas vos renseignements personnels à des fins de marketing et nous ne vendrons pas vos renseignements personnels à d'autres parties.

À qui divulguons-nous vos renseignements personnels?

Dans le cadre de nos activités générales d'administration et afin de garantir l'efficacité et l'exactitude, vos données personnelles peuvent être partagées avec certains bureaux du Lloyd's. Afin de bien gérer le marché du Lloyd's et d'exercer des pouvoirs de contrôle, nous pouvons partager vos renseignements personnels avec les participants du marché du Lloyd's. Par exemple, pour résoudre une plainte, nous aurons besoin de toutes les informations pertinentes concernant votre couverture et vos préoccupations.

Afin de nous aider à gérer nos activités et à offrir des services, nous pouvons partager vos renseignements personnels avec des fournisseurs de services tiers, tels que des fournisseurs de technologies de l'information et des services d'affaires. Nous exigeons que tous nos prestataires de services tiers préservent la confidentialité et la sécurité des données personnelles qui leur sont confiées.

Nous pouvons être soumis à des obligations légales ou réglementaires nous obligeant à partager vos données personnelles avec les tribunaux Canadiens, les régulateurs et les forces de l'ordre. Les renseignements personnels recueillis par le Lloyd's peuvent être stockés dans plusieurs provinces canadiennes et être traités dans les bureaux du Lloyd's situés à l'extérieur du Canada, tels que les États-Unis, le Royaume-Uni et l'Union européenne. La collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels sont soumises aux lois de ces juridictions. En souscrivant une assurance ou en déposant une demande d'indemnisation auprès de certains assureurs du Lloyd's, vous donnez votre consentement explicite au Lloyd's pour la collecte, l'utilisation et la divulgation de renseignements personnels, conformément à la législation en vigueur dans la juridiction concernée.

Pour les raisons énoncées ci-dessus, les renseignements personnels peuvent être divulgués aux organisations ou sociétés liées ou affiliées au Lloyd's, à leurs agents/mandataires, ainsi qu'à certains fournisseurs de technologies de l'information et prestataires de services aux entreprises. Puisque certains prestataires de services aux entreprises et entités se situent à l'extérieur du Canada, notamment aux États-Unis ou dans une autre juridiction étrangère telle que le Royaume-Uni et l'Union européenne, la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels seront assujetties aux lois de cette juridiction. En souscrivant une assurance ou en déposant une demande d'indemnisation, vous donnez votre consentement explicite au Lloyd's pour la collecte, l'utilisation et la divulgation de renseignements personnels, conformément à la législation en vigueur dans la juridiction concernée.

Utilisation ou divulgation sans consentement ou notification ultérieure

Les renseignements personnels peuvent être utilisés à des fins autres que celles pour lesquelles ils ont été recueillis à l'origine, sans le consentement du client, dans les situations suivantes :

- À des fins professionnelles légitimes: Lorsque qu'il est nécessaire à la distribution ou à la livraison d'un produit ou à la distribution d'un service que vous avez demandé. Nous pouvons également être tenus de partager des renseignements pour enquêter sur des allégations de fraude, lorsque la loi l'autorise ou l'exige, pour protéger et défendre des actions en justice et, à la demande d'institutions gouvernementales, conformément aux lois applicables.
- Pour l'intérêt de l'individu : Lorsque l'information est clairement utilisée pour votre bénéfice.
- À des fins de recherche, d'analyse de données et d'intelligence artificielle : Si les informations sont utilisées à des fins cohérentes avec celles pour lesquelles elles ont été collectées, à des fins d'étude ou de recherche, ou à des fins statistiques (lorsque les informations ont été dépersonnalisées).

Conservation

Pour les raisons indiquées ci-dessus, nous conservons les renseignements personnels aussi longtemps que nécessaire. Nous conserverons également l'information aussi longtemps que l'exigent les obligations réglementaires ou légales.

Vos droits

En tant qu'individu, vous disposez de certains droits que vous pouvez exercer en ce qui concerne les renseignements personnels que nous détenons à votre sujet. Si vous faites une demande pour exercer l'un de vos droits, nous nous réservons le droit de vous demander une preuve de votre identité. Nous nous efforçons d'accuser réception de votre demande dès que possible et de répondre à votre requête dans un délai d'un mois à compter de votre demande.

Vous disposez des droits suivants:

Le droit d'accès

Vous avez le droit d'obtenir une confirmation sur la manière dont nous traitons vos données, une copie de vos données personnelles et des informations sur les fins de traitement, à qui nous divulguons vos données, si nous les transférons à l'étranger et comment nous les protégeons, pendant combien de temps nous les conservons, les droits dont vous disposez, d'où proviennent vos données et comment vous pouvez déposer une plainte.

Nous pouvons refuser une demande en raison de restrictions légales. Ces restrictions peuvent inclure, entre autres, ce qui suit :

- l'information est confidentielle et est soumise au secret professionnel,
- la divulgation de l'information révélerait des renseignements personnels au sujet d'un tiers, ou
- la divulgation de l'information pourrait compromettre l'enquête d'une demande d'indemnisation.

Le droit de rectification

Vous avez le droit de nous demander de rectifier des données personnelles que vous jugez inexacts ou incomplètes.

Le droit de suppression

Si vous retirez votre consentement, si vous mettez fin à un contrat avec nous ou si vous jugez que les renseignements personnels ne sont plus nécessaires aux fins pour lesquelles ils ont été recueillis, vous pouvez demander que vos données soient supprimées. Toutefois, cela devra être évalué en fonction d'autres facteurs. Par exemple, certaines obligations réglementaires peuvent nous empêcher de mener à bien votre demande.

Le droit à la portabilité des données

Si nous avons recueilli vos renseignements en vertu d'un contrat ou de votre consentement, vous avez le droit de demander que nous transférions les données personnelles que vous nous avez fournies à une autre organisation de votre choix.

Le droit de retirer son consentement

Si nous avons traité vos renseignements personnels avec votre consentement, vous avez le droit de retirer votre consentement à la communication ou à l'utilisation des informations collectées, à condition qu'elles ne soient plus nécessaires aux fins pour lesquelles elles ont été recueillies.

Comment accéder à vos renseignements personnels et/ou nous contacter

Pour de plus amples informations sur la gestion des renseignements personnels par le Lloyd's, pour demander l'accès, la correction ou la suppression de ces renseignements, ou encore pour déposer une plainte, veuillez contacter:

Les Souscripteurs du Lloyd's

À l'attention de: Nicole Seymour, Responsable de la protection des renseignements personnels

Royal Bank Plaza South Tower, 200 Bay Street, Suite 2930,

P.O. Box 51 Toronto, Ontario M5J 2J2

Tél: 1-416-360-1512

Courriel: LloydsCanada@lloyds.com

08/23

LSW1543E-16

CODE DES DROITS ET RESPONSABILITÉS DU CONSOMMATEUR

Les assureurs (y compris les Souscripteurs du Lloyd's), de même que les courtiers et agents qui font souscrire des polices d'assurance habitation, automobile et entreprise, tiennent à protéger vos droits tant que lorsque vous cherchez une assurance que lorsque vous présentez une demande d'indemnité à la suite d'un sinistre. Vous avez notamment droit à une information complète, à un traitement équitable, à un règlement diligent de vos plaintes et à la protection des renseignements personnels qui vous concernent. Ces droits sont fondés sur le contrat conclu entre vous et votre assureur et sur les lois de votre province en matière d'assurance. Cependant, les droits s'accompagnent de responsabilités. On s'attend par exemple à ce que vous fournissiez des renseignements complets et exacts à votre assureur. D'autres responsabilités importantes sont décrites dans votre police. Les assureurs et leurs réseaux de distribution ainsi que les gouvernements ont également un rôle important dans la protection de vos droits.

Droit d'être informé

Vous pouvez vous attendre à des renseignements clairs sur votre police, votre protection et le processus de règlement des sinistres. Vous avez droit à des explications claires sur le fonctionnement de l'assurance et la façon dont elle répond à vos besoins. Vous avez également le droit de savoir comment les assureurs calculent le prix à partir de faits pertinents. Normalement, les assureurs donnent au client ou à son intermédiaire un préavis raisonnable (dont la durée est fixée par la loi) du non-renouvellement de son assurance ou des modifications prenant effet au renouvellement pourvu que le client fournisse les renseignements nécessaires à l'établissement des conditions de renouvellement au moins 45 jours (ou le nombre de jours fixé dans la loi) avant l'expiration du contrat.

Vous avez le droit de demander qui rémunère votre courtier ou agent pour la souscription de votre assurance. Votre courtier ou agent vous expliquera comment il est rémunéré, par qui et sous quelles formes.

Vous avez le droit de connaître les ententes de rémunération conclues par les assureurs avec leurs réseaux de distribution. Vous avez le droit de demander à votre courtier ou agent de vous expliquer comment et par qui il est payé. Les courtiers et les agents doivent fournir les renseignements concernant la propriété, le financement et autres faits pertinents.

Responsabilité de poser des questions et de fournir des renseignements

Pour protéger votre droit à la souscription d'une assurance appropriée à un prix concurrentiel, vous devez poser des questions sur votre police afin de comprendre la protection qu'elle vous procure et les obligations qu'elle vous impose. Vous pouvez obtenir des renseignements dans le cadre de rencontres en tête-à-tête avec votre courtier ou agent. Vous êtes libre de faire le tour du marché de manière à obtenir la combinaison de garanties et de services qui répond le mieux à vos besoins. Pour conserver votre protection contre les sinistres, vous devez informer sans délai votre courtier ou agent de tout changement dans votre situation.

Droit au règlement des plaintes

Les assureurs, leurs courtiers et leurs agents s'imposent des normes élevées en matière de service à la clientèle. Si vous avez à vous plaindre du service que vous avez reçu, vous avez le droit de recourir au processus de règlement des plaintes des Souscripteurs du Lloyd's pour le Canada. Votre courtier ou agent peut vous expliquer ce que vous devez faire pour que votre plainte soit entendue et traitée rapidement. Les consommateurs peuvent aussi consulter l'autorité de réglementation de l'assurance de leur province. Le Lloyd's est membre d'un organisme de règlement des plaintes indépendant, le Service de conciliation en assurance de dommages.

Responsabilité de régler les différends

Vous devez toujours vous engager de bonne foi dans le processus de règlement des différends, fournir promptement les renseignements demandés et être ouvert aux recommandations formulées par des observateurs indépendants dans le cadre de ce processus.

Droit à un service professionnel

Vous avez le droit de traiter avec des professionnels de l'assurance qui observent des normes déontologiques rigoureuses et agissent avec honnêteté, intégrité, équité et compétence. Les courtiers et agents d'assurance doivent démontrer une connaissance approfondie du produit, de ses garanties et de ses restrictions afin de vous offrir un service optimal.

Droit à la protection des renseignements personnels

Étant donné qu'il est important que vous communiquiez à l'assureur tous les renseignements dont il a besoin pour vous fournir la protection qui vous convient le mieux, vous avez le droit de savoir que les renseignements qui vous concernent seront utilisés uniquement aux fins décrites dans l'énoncé sur la protection des renseignements personnels mis à votre disposition par votre courtier, agent ou représentant d'assurance. Ces renseignements ne seront communiqués à des tiers que dans la mesure où la loi le permet. Vous devez savoir que, en ce qui concerne leurs affaires canadiennes, les Souscripteurs du Lloyd's sont assujettis aux lois canadiennes régissant la protection des renseignements personnels.

10/12
LSW1565C-16