



Police n° 9219760 (Cette police remplace la police portant le même numéro dont la date de mise en vigueur est le 1^{er} septembre 2002)

Sur la foi des déclarations du proposant figurant au Tableau et moyennant le paiement de la prime stipulée dans la présente, AXA Assurances inc. (ci-après appelée l'«assureur») convient avec:

Raison sociale: **ASSOCIATION AIKIBUDO ET KOBUDO DU QUÉBEC INC.**

(ci-après appelée le «contractant»)

Adresse: 10 142, boul. Saint-Laurent
Montréal (Québec) H3L 2N7

d'assurer les personnes admissibles du contractant (chacune d'elles ci-après appelée l'«assuré») pour lesquelles une demande a été présentée, contre la survenance d'un sinistre par suite d'une blessure, conformément aux dispositions contractuelles et sous réserve de toute exception, limitation et exclusion de la présente police.

Tableau

Capital assuré	15 000 \$
Remboursement des frais médicaux par suite d'un accident	10 000 \$
Soins dentaires par suite d'un accident	2 000 \$
Indemnité en cas de fracture	1 000 \$
Recours à un taxi en cas d'urgence	50 \$
Indemnité de réadaptation professionnelle	5 000 \$
Frais de cours individuels	2 000 \$
Sports	Aikibudo et Kobudo
Prime de la période d'assurance	1 500 \$
Prime non remboursable	1 000 \$
Montant global d'indemnisation	2 500 000 \$
Date d'effet	1 ^{er} septembre 2006
Date d'expiration	1 ^{er} septembre 2007

Date d'effet et durée de la police

La présente police entre en vigueur à 0 h 1, heure normale, à la date d'effet stipulée au Tableau, à l'adresse du contractant. Elle reste en vigueur tant que la prime est acquittée et prend fin à 0 h 1, heure normale, à la date d'expiration stipulée au Tableau, à l'adresse du contractant.

Prime

La présente police est établie moyennant le paiement par anticipation de la prime de la période d'assurance stipulée au Tableau; le montant de prime non remboursable figure également au Tableau.

Renouvellement

Sous réserve du consentement de l'assureur, la présente police peut être renouvelée moyennant le paiement de la prime au ou aux taux et au montant convenus lors du renouvellement.

L'assureur se réserve le droit de refuser le renouvellement de la police en donnant au contractant un préavis écrit d'au moins trente (30) jours.

Limites territoriales

Si, par suite d'une blessure entraînant une perte en vertu de la disposition «Prestations en cas de perte accidentelle» telle perte sera payable si subie n'importe où dans le monde. Pour toutes les autres prestations payables, seules les dépenses engagées au Canada sont remboursables, suite à une blessure subie au Canada.

Définitions

«Blessure» ou «Accident corporel». Les dommages corporels qui résultent d'un accident se produisant en cours d'assurance et qui atteignent l'assuré. Ils entraînent directement, c'est-à-dire indépendamment de toute autre cause, une perte couverte par la police, pourvu que cette blessure soit subie dans les circonstances et de la façon décrite à la section «Description des risques». Il est entendu que sont exclues toutes les maladies ou affections, sauf si elles sont la conséquence directe d'un accident.

«Accident». Toute atteinte corporelle non intentionnelle provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

«Maladie» ou «Affection». L'altération de l'état de santé, attribuée à des causes internes ou externes, se traduisant par des symptômes et des signes et se manifestant par une perturbation des fonctions ou par des lésions.

«Résidence». Non seulement l'habitation de l'assuré, mais l'ensemble de sa propriété.

«Hôpital». Un établissement agréé, ouvert jour et nuit, qui traite les malades et les blessés; il y a en tout temps au moins un médecin de service et on y offre 24 heures sur 24 des soins infirmiers dispensés par du personnel infirmier autorisé. L'établissement dispose des installations nécessaires au diagnostic et à la chirurgie et est un hôpital de soins actifs, non principalement un centre médical, une maison de repos, un centre d'hébergement, un hôpital pour convalescents ou tout établissement de même nature. Aux fins de la présente définition, le «médecin» et le «personnel infirmier» peuvent être membres de la famille immédiate.

«Médecin». Un docteur en médecine (M.D.) (sauf l'assuré ou un membre de sa famille immédiate), dûment autorisé à exercer la médecine par un des organismes suivants:

- 1) Un organisme agréé chargé de la délivrance des permis d'exercer dans la région où le traitement est administré, sous réserve que le médecin en soit membre en règle;
- 2) Un organisme gouvernemental ayant pouvoir de réglementation sur la délivrance des permis d'exercer dans la région où le traitement est administré.

«Personnel infirmier». Un infirmier autorisé (inf. aut.) ou un infirmier dûment autorisé à exercer par un organisme gouvernemental ayant pouvoir de réglementation sur la délivrance des permis d'exercer. L'infirmier n'est ni l'assuré ni un membre de sa famille immédiate.

«Membre de la famille immédiate». Le fils, la fille, le père, la mère, le frère, la soeur, le beau-fils, la belle-fille, le beau-père, la belle-mère, le beau-frère, la belle-soeur - peu importe que leur lien de parenté soit naturel ou résulte d'une adoption ou d'un remariage -, le conjoint, le petit-fils, la petite-fille, le grand-père ou la grand-mère de l'assuré; est exclue toute personne qui n'a pas au moins dix-huit (18) ans.

«Capital assuré». Le montant stipulé au Tableau auquel a droit l'assuré.

En vue d'alléger le texte, on n'emploie que le masculin pour désigner les femmes et les hommes.

Description des risques

Sont incluses dans la garantie du présent contrat les Blessures ou les Accidents corporel subies par la personne assurée dans les circonstances et de la façon décrite ci-après et en résultant.

- 1) S'il s'agit d'un membre
 - a) Il prend part à un match ou à un exercice du ou des sports stipulés au Tableau; le match ou l'exercice est approuvé par les autorités compétentes de l'équipe, du club ou de l'organisme dont fait partie l'assuré ou par le contractant de ce dernier, et est sous leur surveillance; ou
 - b) En compagnie d'autres assurés, il se rend sur les lieux du match ou de l'exercice, ou en revient; le match ou l'exercice est sous la surveillance des autorités compétentes de l'équipe, du club ou de l'organisme dont fait partie l'assuré, ou du contractant de ce

dernier; il effectue sans détour, délai ni halte le trajet habituel ou tout autre trajet raisonnable.

- 2) S'il s'agit d'un administrateur ou d'un employé
 - a) En tant que délégué du contractant, il assiste aux réunions, congrès ou compétitions en rapport avec le ou les sports stipulés au Tableau; ou
 - b) Il fait la navette entre sa résidence et les lieux de la réunion, du congrès ou de la compétition; il effectue sans détour, délai ni halte le trajet habituel ou tout autre trajet raisonnable.

Admissibilité à l'assurance

Tous les membres, employés et administrateurs dont le nom figure aux dossiers du contractant sont admissibles à la présente assurance.

Prestations en cas de perte accidentelle

Si l'une des pertes ci-dessous est consécutive à un accident corporel s'étant produit il y a moins de trois cent soixante-cinq (365) jours, l'assureur s'engage à verser des prestations comme suit:

Perte

- La vie (décès) Le capital assuré
- La vue complète des deux yeux Deux fois le capital assuré
- La parole et l'ouïe des deux oreilles Deux fois le capital assuré
- Une main et la vue complète d'un oeil Deux fois le capital assuré
- Un pied et la vue complète d'un oeil Deux fois le capital assuré
- La vue complète d'un oeil Une fois et tiers le capital assuré
- La parole Une fois et tiers le capital assuré
- L'ouïe des deux oreilles Une fois et tiers le capital assuré
- L'ouïe d'une oreille Les deux tiers du capital assuré
- Tous les orteils d'un pied... La moitié du capital assuré

Perte ou perte de l'usage

- Les deux mains Deux fois le capital assuré
- Les deux pieds Deux fois le capital assuré
- Une main et un pied Deux fois le capital assuré
- Un bras Une fois et demie le capital assuré
- Une jambe Une fois et demie le capital assuré
- Une main Une fois et tiers le capital assuré
- Un pied Une fois et tiers le capital assuré

Le pouce et l'index ou au moins quatre doigts d'une main Les deux tiers du capital assuré

Paralysie totale

Membres supérieurs et inférieurs (quadruplégie)..... Deux fois le capital assuré
Membres inférieurs (paraplégie) Deux fois le capital assuré
Membres supérieur et inférieur d'un côté du corps (hémip légie)..... Deux fois le capital assuré

Par «perte de la vie», on entend le décès de l'assuré.

Par «perte», comme il est employé ci-dessus, on entend dans le cas d'une main ou d'un pied, le sectionnement total à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus, mais en dessous de l'articulation du coude ou du genou; dans le cas d'un bras ou d'une jambe, le sectionnement total à l'articulation du coude ou du genou ou au-dessus; dans le cas d'un pouce, le sectionnement total d'une phalange; dans le cas d'un doigt, le sectionnement total de deux phalanges; dans le cas d'un orteil, le sectionnement total d'une phalange du gros orteil et de toutes les phalanges des autres orteils; dans le cas d'un oeil, la perte totale et irrémédiable de la vue.

Par «perte», comme il est employé ci-dessus, on entend dans le cas de la parole, la perte totale et irrémédiable de la capacité d'émettre des sons intelligibles et, dans le cas de l'ouïe, la perte totale et irrémédiable de l'ouïe.

Par «paralysie», on entend l'abolition d'origine neurologique de la motricité d'un ou de plusieurs muscles.

Par «quadruplégie», on entend la paralysie permanente des quatre membres.

Par «paraplégie», on entend la paralysie permanente des deux membres inférieurs.

Par «hémip légie», on entend la paralysie permanente d'une moitié du corps.

Par «perte», comme il est employé ci-dessus, on entend dans le cas de l'usage, la perte totale et irrémédiable de l'usage. Elle doit cependant se poursuivre pendant douze (12) mois consécutifs, au terme desquels elle est déclarée permanente.

Si, par suite d'un seul accident, l'assuré reçoit des blessures multiples à un membre, les prestations prévues par la présente disposition ne sont versées que pour une seule perte, la plus importante.

Si le décès de l'assuré survient au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours après l'accident, le maximum auquel il a droit est le capital assuré.

Le montant global d'indemnisation payable à l'égard d'un même accident ne peut dépasser le double du capital assuré.

Remboursement des frais médicaux par suite d'un accident

Si, suite à une blessure, l'assuré doit recevoir des soins médicaux au plus tard trente (30) jours après l'accident et supporte n'importe lequel des frais admissibles (services, médicaments ou appareils) décrits ci-après, l'assureur s'engage à rembourser les frais réels, raisonnables et ordinaires comme suit:

- 1) Les frais d'hospitalisation correspondant à la différence entre le coût en salle commune, en vertu du régime provincial d'hospitalisation de l'assuré, et les frais exigés pour une chambre à deux lits (une chambre à un lit si le médecin le recommande);
- 2) Sur la recommandation d'un médecin, les honoraires d'un membre du personnel infirmier, sous réserve que normalement il n'habite pas chez l'assuré;
- 3) Les frais de médicaments, de sérums et de vaccins faisant l'objet d'une ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste dûment qualifié et préparés par un médecin ou un pharmacien autorisé, sous réserve d'une provision de trente (30) jours; sont exclus les frais d'injection;
- 4) Sur la recommandation d'un médecin, les honoraires d'un physiothérapeute autorisé ou d'un thérapeute en sport agréé, sous réserve que normalement il n'habite pas chez l'assuré ni ne soit membre de sa famille immédiate; le remboursement est limité à trente-cinq dollars (35 \$) par traitement et à cinq cents dollars (500 \$) par période d'assurance;
- 5) Les frais de transport d'un service autorisé d'ambulance ou, sur la recommandation d'un médecin, de tout autre véhicule ayant un permis de transport des passagers, y compris une ambulance aérienne; l'assuré peut être transporté à l'hôpital le plus proche qui dispose des installations permettant d'effectuer le traitement, ou en revenir;
- 6) Les frais de prothèses auditives, de béquilles, d'attelles, de plâtres, de bandages herniaires et d'appareils orthopédiques, mais non les frais d'appareils orthodontiques et de remplacement;

- 7) Les frais de location d'un fauteuil roulant, d'un poumon d'acier ou d'autres articles durables d'équipement nécessaires de façon provisoire au traitement; les frais ne doivent pas dépasser le prix d'achat en vigueur au moment de la location;
- 8) Les honoraires d'un chiropraticien autorisé, sous réserve que normalement il n'habite pas chez l'assuré ni ne soit membre de sa famille immédiate; le remboursement est limité à trente-cinq dollars (35 \$) par traitement et à cinq cents dollars (500 \$) par période d'assurance.

Le remboursement des sept (7) premiers frais ou honoraires est toutefois sous réserve que l'assuré reçoive les soins normaux d'un médecin. De plus, il est nécessaire que tous les frais soient engagés au plus tard cinquante-deux (52) semaines après l'accident, sous réserve de la somme figurant à la rubrique «Remboursement des frais médicaux par suite d'un accident» du Tableau; cette somme correspond au remboursement maximal résultant d'un seul accident.

Par «recevoir les soins normaux», on entend les observations et les soins nécessaires, selon les normes actuelles de la médecine, à la guérison de l'affection à l'origine du traitement ou de l'hospitalisation.

Frais dentaires par suite d'un accident

Si, par suite d'un coup porté à la bouche et endommageant des dents saines et entières, y compris les couronnes, un traitement, le remplacement ou des radiographies sont prescrits par un dentiste ou un chirurgien dentiste dûment qualifiés, l'assureur s'engage à rembourser ce qui suit: les frais raisonnables et nécessaires effectivement supportés par l'assuré au cours des cinquante-deux (52) semaines suivant l'accident. Toutefois, le maximum par accident ne peut dépasser la somme stipulée à la rubrique «Frais dentaires par suite d'un accident» du Tableau ; de plus, le dentiste ou le chirurgien dentiste n'habite normalement pas chez l'assuré ni n'est membre de sa famille immédiate. Il faut également que l'assuré ait consulté le dentiste ou le chirurgien dentiste dûment qualifiés au plus tard trente (30) jours après l'accident.

Le remboursement des frais dentaires en vertu de la présente disposition se conforme au plus récent Guide des tarifs des actes bucco-dentaires destiné au praticien généraliste et publié par l'Association des chirurgiens dentistes de la province ou du territoire de résidence de l'assuré.

Déplacement pour consultation d'un spécialiste

Si, par suite d'une blessure, un médecin doit traiter l'assuré au plus tard trente (30) jours après l'accident et qu'il lui recommande de consulter un spécialiste, dont le cabinet est au mois à cent cinquante kilomètres (150 km) de sa résidence, dans les limites toutefois de sa province de résidence, l'assureur s'engage à rembourser les frais ci-dessous, à condition que les services du spécialiste en question ne soient pas offerts dans la région de l'assuré et sous réserve de la réception d'une attestation des frais raisonnables effectivement supportés au cours des cinquante-deux (52) semaines suivant l'accident, à l'exclusion des frais de déplacement en voiture :

- 1) Les frais de transport selon le trajet le plus court jusqu'à concurrence de cent cinquante dollars (150 \$) par aller et retour et sous réserve de cinq (5) aller et retour par période d'assurance. Si le transport n'est pas effectué dans un véhicule, titulaire d'un permis de transport des passagers, le remboursement se limite à l'équivalent du prix du billet en autobus.
- 2) Les frais d'hébergement à proximité du cabinet du spécialiste, jusqu'à concurrence de cinquante dollars (50 \$) par jour et sous réserve de six (6) jours par période d'assurance.

Indemnité en cas de fracture, dislocation, sectionnement du tendon ou autres lésions

Si l'assuré, suite à une blessure, subit l'une des lésions figurant au Barème ci-après au plus tard trois cent soixante-cinq (365) jours après l'accident, l'assureur s'engage à payer une seule indemnité par accident, soit la plus généreuse, sous réserve toutefois du maximum stipulé à la rubrique «Frais engagés en cas de fracture» du Tableau et selon le pourcentage stipulé ci-après.

Fracture complète (y compris la fracture en bois vert)

Crâne (enfonceur localisé)	100 %
Crâne (sans enfonceur localisé)	33 %
Colonne vertébrale (une ou plusieurs vertèbres)	50 %
Mâchoire (mandibule ou maxillaire)	33 %
Fémur	33 %
Bassin	33 %
Rotule	27 %
Jambe (tibia ou péroné)	25 %
Omoplate	25 %
Cheville (tarses).....	25 %
Poignet (carpes)	25 %
Avant-bras (fracture ouverte ou comminutive).....	23 %
Avant-bras (fracture non ouverte)	12 %
Sacrum ou coccyx	17 %

Sternum	17 %
Bras (entre le coude et l'épaule)	17 %
Clavicule	12 %
Nez.....	12 %
Au moins deux côtes	10 %
Main (un ou plusieurs métacarpiens).....	8 %
Pied (un ou plusieurs métatarses)	8 %
Os du visage.....	8 %
Une côte	5 %
Tout autre os	3 %

Dislocation complète

Hanche	42 %
Genou (soins de première ligne à ciel ouvert)....	33 %
Épaule (réduction de fracture par un traitement chirurgical).....	25 %
Poignet.....	17 %
Cheville	17 %
Coude	12 %
Os du pied (sauf les orteils)	8 %

Sectionnement du ou des tendons

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

Autres lésions

Rupture du rein (opération)	27 %
Rupture du foie (opération)	27 %
Rupture de la rate (opération)	27 %
Ponction pulmonaire et intervention à ciel ouvert	23 %
Brûlures exigeant une ou plusieurs greffes cutanées.....	22 %
Blessure au genou exigeant une intervention chirurgicale(en l'absence de fracture ou de dislocation)	22 %
Amputation de la fraction de l'os atteint (en l'absence de fracture ou de dislocation)	20 %

Recours à un taxi en cas d'urgence

Si, en raison d'une blessure, l'assuré emprunte un taxi pour se rendre d'urgence au cabinet du médecin ou à l'hôpital le plus proche, l'assureur s'engage à rembourser les frais réels et raisonnables de déplacement, sous réserve du maximum stipulé par accident à la rubrique «Recours à un taxi en cas d'urgence» du Tableau. Il est toutefois nécessaire que le véhicule ait un permis de transport des passagers.

Indemnité de réadaptation professionnelle

Si, par suite d'une blessure donnant droit à des prestations en vertu de la disposition «Prestations en cas de perte accidentelle» de la présente police, l'assuré doit s'inscrire à un programme de réadaptation professionnelle, l'assureur s'engage à rembourser les frais raisonnables et nécessaires effectivement supportés par l'assuré au cours des trois (3) années suivant l'accident.

Le maximum auquel a droit chaque assuré par suite d'un seul accident correspond à la somme figurant à la rubrique «Indemnité de réadaptation professionnelle» du Tableau. Sont exclus les frais de pension ou les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Frais de cours individuels

Si, au plus tard trente (30) jours après l'accident, l'assuré est hospitalisé ou doit garder le lit, pendant au moins quarante (40) jours de classe consécutifs, l'assureur s'engage à rembourser les frais supportés au cours des douze (12) mois suivant l'accident, pour embaucher un professeur qualifié, titulaire d'un permis en règle délivré par le ministère de l'Éducation et l'autorisant à enseigner au niveau de l'assuré, sous réserve toutefois que normalement il n'habite pas chez l'assuré ni ne soit membre de sa famille immédiate. Le taux maximal est de vingt dollars (20 \$) l'heure, sous réserve du montant stipulé par accident à la rubrique «Frais de cours individuels» du Tableau.

Assurance aviation

La présente police couvre toute blessure reçue par l'assuré dans les circonstances décrites ci-après et en raison de celles-ci:

- Tout voyage à titre de passager, non en qualité de pilote, de mécanicien ou autre membre de l'équipage, lors d'un vol régulier, spécial ou nolisé d'un transporteur aérien, titulaire d'un permis d'exploitation (intérieur ou international) du ministère du Transport du Canada ou d'une autorité gouvernementale compétente du pays où le transporteur est immatriculé;
- Tout voyage à titre de passager, non en qualité de pilote ou autre membre de l'équipage, à bord d'un aéronef exploité par les Forces armées canadiennes ou par les forces armées d'une autorité gouvernementale dûment constituée de tout autre pays reconnu;
- L'embarquement, la descente ou le heurt par un aéronef.

Par dérogation à a) et b) ci-dessus, la présente police ne couvre pas les blessures reçues lors d'un voyage à bord d'un aéronef appartenant au contractant, exploité, loué ou nolisé par lui ou en son nom, ou en raison de celui-ci.

Exposition aux éléments et disparition

Si, à la suite d'un accident couvert par la présente police, l'assuré est inévitablement exposé aux éléments et que, par conséquent, il subit une perte donnant normalement droit à une prestation, la perte est couverte conformément aux stipulations de la police.

Si l'assuré n'est pas retrouvé dans l'année qui suit la disparition, le naufrage ou la destruction du véhicule à bord duquel il se trouvait lors de l'accident et dans des circonstances qui seraient normalement couvertes, on présume qu'il a perdu la vie par suite d'une blessure corporelle.

Montant global d'indemnisation

Le montant global d'indemnisation, prévu par la présente assurance, suite à un seul accident est stipulé au Tableau. Si ce montant ne suffit pas à couvrir l'intégralité de l'indemnité à laquelle a droit chaque assuré, la somme alors payable est calculée conformément au rapport entre le montant global d'indemnisation et la somme payable sans ce montant. La présente disposition ne s'applique qu'à une perte payable en vertu de la disposition «Prestations en cas de perte accidentelle».

Indemnisation

Dans le cas d'un assuré mineur, toutes les prestations, en vertu de la présente police, sont payables au parent chargé de sa garde, sinon au tuteur de l'enfant, légalement constitué.

En cas de décès d'un assuré majeur, les prestations sont payables à son conjoint, le cas échéant, s'il survit, ou à ses ayants droit. Toutes les autres prestations lui sont versées.

Par «conjoint», on entend la personne:

- a) à laquelle l'assuré est marié;
- b) avec laquelle l'assuré fait vie commune et qu'il présente publiquement comme son conjoint depuis au moins un (1) an avant la survenance du sinistre.

Une seule personne est admissible à titre de conjoint.

Si, tout en étant toujours marié, l'assuré fait vie commune avec une personne décrite précédemment en b), il peut choisir par écrit laquelle est assurée à titre de conjoint. La déclaration doit être remise au contractant avant la réalisation du risque assuré, sans quoi elle ne lie pas l'assureur. Si le contractant ne reçoit aucune déclaration, on présume que la personne à laquelle l'assuré est marié est le conjoint.

Entrée en vigueur de l'assurance d'une personne admissible

L'assurance de toute personne admissible entre en vigueur à la date à laquelle celle-ci devient admissible; cette date ne peut être antérieure à la date d'effet de la police.

Résiliation de l'assurance d'une personne admissible

L'assurance cesse dès que survient l'une des éventualités suivantes:

- 1) La résiliation de la police.
- 2) L'échéance de la prime si le contractant n'acquitte pas la prime exigible.
- 3) Le soixante-dixième (70^e) anniversaire de l'assuré;
- 4) La cessation de l'assuré d'être associée au contractant en qualité de personne admissible à l'assurance en vertu des présentes.

Exclusions

- A. La présente police ne couvre aucune perte, mortelle ou non, causée principalement ou accessoirement par ce qui suit:
- 1) Le suicide ou les blessures volontaires.
 - 2) La guerre, déclarée ou non.
 - 3) La participation à une émeute, une insurrection, un mouvement populaire ou des troubles.
 - 4) Le service à plein temps, à temps partiel ou temporaire dans les forces armées d'un pays.
 - 5) Tout voyage, à titre de passager ou autre, à bord d'un véhicule ou d'un appareil de navigation aérienne, sauf ce qui est prévu à la disposition «Assurance aviation».

- 6) Les soins médicaux ou les interventions chirurgicales, sauf s'ils sont consécutifs à un accident.
- B. La présente police ne couvre pas les fournitures ou services que voici:
- 1) L'achat, la réparation ou le remplacement des lunettes ou des verres de contact, ou les prescriptions;
 - 2) Les services d'un massothérapeute;
 - 3) Les radiographies, la réparation ou le remplacement de prothèses dentaires, les obturations ou les couronnes, sauf ce qui est prévu à la disposition «Soins dentaires par suite d'un accident»;
 - 4) Toute maladie ou affection, à l'origine de la perte ou en résultant;
 - 5) Tout produit réservé aux essais n'ayant pas reçu l'approbation de la Direction des médicaments, Protection de la santé, Santé et Bien-être social Canada, les contraceptifs oraux et les spécialités pharmaceutiques;
 - 6) Tout traitement expérimental;
 - 7) Les soins médicaux prodigués par un membre du personnel infirmier, un physiothérapeute, un thérapeute en sport agréé ou un chiropraticien au service du contractant;
 - 8) Les soins reçus par un assuré qui n'est pas couvert par un régime d'assurance maladie ou hospitalisation fédéral ou provincial.

La présente police se conforme aux conditions légales de tout régime d'assurance maladie ou hospitalisation fédéral ou provincial. Les prestations prévues par les dispositions «Remboursement des frais par suite d'un accident» et «Soins dentaires par suite d'un accident» sont déduites de toute prestation payable en vertu de dispositions de même nature d'une autre police.

Changement d'assureur

Aucune disposition de la présente police ne porte préjudice à une demande de règlement si le sinistre est couvert lors de sa survenance. Le décès imputable à une invalidité - couverte dès le début par la police - est aussi considéré comme un sinistre assuré.

Nonobstant le paragraphe précédent, l'assureur n'assume, suite à la résiliation du présent contrat, aucune responsabilité en cas de récurrence de l'invalidité,

Police # 9219760

si elle se produit après un rétablissement complet de quatre-vingt-dix (90) jours ou plus.

Nonobstant toute stipulation contraire de la présente disposition, en cas de résiliation de la présente police par le contractant ou l'assureur, les modalités du deuxième (2^e) alinéa cessent de jouer dès que le demandeur souscrit une assurance équivalente d'un autre assureur.

Dispositions relatives aux sinistres

Déclaration de sinistre. La déclaration écrite de la blessure pouvant faire l'objet d'une demande de règlement doit être remise à l'assureur au plus tard trente (30) jours après l'accident à l'origine de la blessure. Est réputée être une déclaration remise à l'assureur toute déclaration remise par l'assuré ou le bénéficiaire, selon le cas, ou en leur nom, au siège social de l'assureur [2020, rue University, Bureau 700, Montréal (Québec) H3A 2A5], à un de ses bureaux régionaux ou à un de ses mandataires, et accompagnée des renseignements permettant d'identifier l'assuré. La non-présentation de la déclaration, dans le délai imparti, n'invalide pas la demande de règlement s'il est prouvé que le demandeur avait un motif valable. En aucun cas, la déclaration ne peut être présentée plus de un (1) an après l'accident.

Formulaires de demande de règlement. Dès réception de la déclaration de sinistre, l'assureur remet au demandeur les formulaires habituels de demande de règlement. Le demandeur, qui au bout de quinze (15) jours n'a pas reçu ces formulaires, est réputé s'être conformé aux exigences s'il soumet, dans le délai imparti, les preuves écrites du sinistre exposant les circonstances, la nature et l'étendue de la perte qui fait l'objet de la demande de règlement.

Preuve de sinistre. La preuve écrite du sinistre doit être remise à l'assureur au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours après l'accident à l'origine du sinistre. La non-présentation de la preuve, dans le délai imparti, n'invalide pas la demande de règlement s'il est prouvé que le demandeur avait un motif valable. En aucun cas, la preuve ne peut être présentée plus de un (1) an après l'accident.

Examen physique et autopsie. Tant que la demande de règlement est à l'étude, l'assureur se réserve le droit de faire subir à l'assuré un examen physique toutes les fois qu'il le juge opportun, sous réserve toutefois qu'il en acquitte les frais. Il peut aussi exiger une autopsie en cas de décès, lorsque la loi le permet.

Versement des prestations. Toutes les prestations payables en vertu du contrat sont réglées dès que l'assureur reçoit une preuve de sinistre qu'il

juge suffisante et qui se conforme aux exigences contractuelles.

Toutes les sommes payables aux termes du contrat le sont dans la monnaie légale du Canada.

Action contre l'assureur. Pour qu'une action en demande de règlement au titre du présent contrat puisse être intentée par l'assuré, il faut respecter les deux délais ci-après: un délai minimal de soixante (60) jours calculé à partir de la remise à l'assureur d'une preuve de sinistre, remise qui se conforme aux exigences contractuelles, et un délai maximal de trois (3) ans [un (1) an à l'extérieur du Québec].

Conformité à la loi de la province. Si le délai stipulé au contrat pour présenter une déclaration, une preuve de sinistre ou pour intenter une action contre l'assureur est inférieur à celui prévu par la loi de la province de résidence du demandeur au moment du sinistre, ce dernier prévaut.

Dispositions générales

Intégrité du contrat. La police, les avenants et toute pièce annexe, le cas échéant, forment un contrat indivisible. Une déclaration du proposant ne peut entraîner la nullité de l'assurance ni la diminution des prestations, sauf si elle figure par écrit dans la proposition portant la signature du proposant. Aucun agent ne peut modifier le contrat ni supprimer une de ses dispositions. Toute modification n'est valide que si elle est approuvée par un dirigeant de l'assureur, sous réserve que l'approbation figure dans un avenant à la police ou une pièce annexe.

Toutes les réponses du proposant qui figurent dans la proposition sont réputées être des déclarations, non des conditions essentielles.

Certificat d'assurance. L'assureur doit approuver la description des garanties contractuelles qui est faite dans la notice et, en cas de divergence, peut exiger la modification du libellé. En l'absence de l'approbation de l'assureur ou au refus d'obtempérer à la demande de modification, le contractant s'engage à exonérer l'assureur de toute responsabilité découlant de la divergence et à le dédommager de toute réclamation. L'exonération porte également sur les pertes et les frais, notamment les frais juridiques, résultant d'une réclamation.

Résiliation du contrat. Le contractant peut résilier le présent contrat s'il envoie par la poste à l'assureur un préavis par écrit l'informant de la date de résiliation. L'assureur peut, lui aussi, résilier le contrat s'il envoie par la poste au contractant, à l'adresse qui y figure, un préavis par écrit d'au moins

trente (30) jours précédant l'anniversaire contractuel et l'informant de la date de résiliation. L'envoi par la poste est une preuve suffisante de la délivrance du préavis susmentionné. La date stipulée dans le préavis est la date d'expiration de la période d'assurance. La délivrance en personne (par le contractant ou l'assureur) a le même effet que son envoi par la poste.

Examen des archives. En ce qui a trait aux archives du contractant se rapportant à l'assurance, l'assureur est autorisé à les examiner à toute époque au cours du présent contrat et, au besoin, dans les deux (2) ans suivant l'expiration de l'assurance ou encore jusqu'au règlement définitif des sinistres non réglés.

EN FOI DE QUOI, AXA Assurances inc. a autorisé la signature du présent avenant par son président du conseil et par son président et chef de la direction. Toutefois, l'avenant n'engage l'assureur que s'il est contresigné par son rédacteur de police dûment autorisé.



Président du conseil



Président et
chef de la direction



Contresignataire: _____

Fait le 26 septembre 2006.