

Dossier de services financiers d'assurances,
de rentes, de crédit et services complémentaires

Conditions générales de votre contrat Élite – 01

Pour communiquer avec l'assureur

Demande de renseignements : 1 800 463-7838

Demande de prestations : 1 877 838-5423



Assurances
Vie • Santé • Retraite

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

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

CONTRAT

Votre contrat se compose des documents suivants :

- 1) les présentes CONDITIONS GÉNÉRALES ;
- 2) les plus récentes CONDITIONS PARTICULIÈRES ;
- 3) la proposition d'assurance, s'il y a lieu ;
- 4) tout avenant ou toute annexe confirmant une modification ou une mise à jour du contrat.

DÉLAI DE 30 JOURS POUR L'EXAMEN DU CONTRAT – Le *preneur* dispose de 30 jours, après la réception de son contrat, pour en prendre connaissance et aviser l'*assureur* s'il n'en est pas satisfait. Pour les résidents du Québec, ce délai de 30 jours commence après la réception par le *preneur* du contrat et du guide de distribution. À la demande du *preneur*, l'*assureur* annule le contrat et cette annulation prend effet à la date à laquelle le contrat est entré en vigueur. Cette date est indiquée dans les CONDITIONS PARTICULIÈRES de votre contrat Accirance. De plus, l'*assureur* rembourse alors au *preneur* toute prime versée, à condition qu'aucune demande de *prestations* n'ait été présentée.

1. OBJET ET DESCRIPTION

- 1) Accirance prévoit le paiement d'une *prestation* si l'*assuré* subit un *accident*. Cette *prestation* est versée si, en raison de l'*accident*, l'*assuré* :
 - a) décède ;
 - b) subit l'une des *mutilations ou pertes d'usage* prévues ;
 - c) subit l'une des *fractures* prévues ;
 - d) est dans le *coma* ;
 - e) devient *totalement invalide* ;
 - f) engage des frais prévus dans le contrat.
- 2) Accirance donne aussi droit à une *prestation* si un *assuré âgé* de plus de 14 jours et de moins de 25 ans décède d'une cause non accidentelle.
- 3) La couverture d'assurance et le montant de la *prestation* sont établis selon les conditions du contrat en vigueur au moment où se produit l'événement entraînant le droit au paiement de la *prestation*.
- 4) Si un *enfant* naît pendant que le contrat est en vigueur, il est assuré automatiquement et gratuitement dès qu'il est *âgé* de plus de 14 jours. Il demeure assuré jusqu'au renouvellement suivant du contrat. Par la suite, l'*enfant* demeure assuré :
 - a) si son nom est inscrit dans les plus récentes CONDITIONS PARTICULIÈRES ; et
 - b) si le *preneur* paie la prime due pour cet *enfant*.

2. DÉFINITIONS

Voici le sens donné à certains termes lorsqu'ils sont indiqués en *italique* dans le présent document.

Accident : une atteinte corporelle constatée par un *médecin* et qui résulte directement de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure, et ce, indépendamment de toute maladie ou autre cause.

Âge ou âgé : il s'agit de l'*âge* de l'*assuré* au moment où survient l'événement donnant droit à une *prestation*.

Assuré : toute personne dont le nom est inscrit dans les plus récentes CONDITIONS PARTICULIÈRES à la section « Assuré(s) ». De plus, elle doit répondre à la définition de *résident canadien* au moment où elle devient assurée par le contrat Accirance.

Assureur : Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

Coma : diagnostic définitif d'un état profond d'inconscience dans lequel une personne n'a plus aucune réaction aux stimulations extérieures ou aux besoins internes pour une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer 4 ou moins pendant 96 heures. De plus, le diagnostic doit être établi par un neurologue qui exerce sa profession au Canada.

Conjoint : le *conjoint* du *preneur* ou d'un *assuré* est la personne :

- 1) qui est mariée ou unie civilement au *preneur* ou à un *assuré* ; ou
- 2) qui peut prouver qu'elle vit maritalement avec le *preneur* ou un *assuré* depuis au moins 12 mois ; ou

- 3) qui peut prouver qu'elle vit maritalement avec le *preneur* ou un *assuré* et qu'ils ont eu un *enfant* ensemble.

Cette personne ne doit pas être séparée du *preneur* ou de l'*assuré* depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union. L'*assureur* n'est pas responsable de la validité de la désignation d'un *conjoint*.

Enfant : personne de moins de 25 ans qui est un *enfant* ou un petit-enfant du *preneur*, d'un *assuré* ou de leur *conjoint*.

Établissement de santé :

- 1) Établissement où l'on reçoit des personnes à des fins :
 - a) de prévention ;
 - b) de diagnostic médical ;
 - c) de *traitement* ; ou
 - d) de réadaptation physique ou mentale.
- 2) À moins d'indication contraire, l'*assureur* reconnaît comme *établissement de santé* tout établissement qui correspond à la définition du mot « centre » de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Cette loi couvre entre autres :
 - a) les hôpitaux ;
 - b) les centres hospitaliers ;
 - c) les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ;
 - d) les centres de réadaptation ; et
 - e) les centres locaux de services communautaires (CLSC).
- 3) Toutefois, la définition d'*établissement de santé* ne s'applique pas :
 - a) à un cabinet privé de professionnels ;
 - b) à une infirmerie dans laquelle une institution religieuse ou d'enseignement reçoit les membres de son personnel ou ses élèves ;
 - c) aux maisons de convalescence, de repos, de soins prolongés ou pour les malades chroniques ;
 - d) aux foyers pour personnes âgées.

Étudiant : personne de moins de 25 ans qui fréquente à temps plein à titre d'*étudiant* dûment inscrit un établissement d'enseignement reconnu par l'organisme gouvernemental approprié.

Fracture : rupture violente du larynx, de la trachée ou d'un os.

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

Hospitalisation : séjour dans un *établissement de santé*.

Incapacité totale ou « **totale**ment **invalide** » : état d'un *étudiant* qui est incapable d'occuper tout emploi rémunérateur ou de poursuivre ses études. Son état doit résulter d'un *accident* et exiger des soins médicaux continus. Si l'*étudiant* a besoin de soins médicaux spécialisés, il doit les recevoir d'un spécialiste approprié pour être considéré comme *totale*ment *invalide*.

Médecin : toute personne, autre que l'*assuré*, qui pratique la médecine et y est autorisée. De plus, le *médecin* ne doit pas habiter avec l'*assuré* ni avec le *preneur*.

Mutilation ou perte d'usage : sectionnement définitif ou *perte* totale et définitive de l'*usage* :

- 1) d'un doigt et de toutes ses phalanges, mais sans la perte de la main ;
- 2) d'une main et de l'articulation du poignet, mais sans la perte du bras ;
- 3) d'un bras et de l'articulation du coude ;
- 4) d'un orteil et de toutes ses phalanges, mais sans la perte du pied ;
- 5) d'un pied et de l'articulation de la cheville, mais sans la perte de la jambe ;
- 6) d'une jambe et de l'articulation du genou ;
- 7) de la vue d'un œil, de la parole ou de l'*ouïe*.

Pour être considérée comme définitive, la *perte d'usage* doit persister pendant une période de 6 mois ou plus.

Parent : le *preneur*, un *assuré* ou leur *conjoint* si un de leurs *enfants* est assuré par le présent contrat.

Période de renouvellement : période comprise entre la date d'expédition de l'avis de renouvellement par l'*assureur* et la date de fin de la période d'assurance en cours.

Perte de la vue ou « **perte d'usage de la vue** » : perte permanente de la vision. Le diagnostic doit être établi par un ophtalmologiste qui exerce sa profession au Canada. L'*assuré* doit avoir une acuité visuelle corrigée de moins de 20/200 ou un champ visuel de moins de 20 degrés.

Perte de l'ouïe ou « **perte d'usage de l'ouïe** » : perte permanente de l'*ouïe*. L'*assuré* doit avoir un seuil d'audition de plus de 90 décibels

à l'intérieur d'une gamme de fréquences sonores allant de 500 à 3 000 Hz. Le diagnostic du seuil d'audition doit être établi par un oto-rhino-laryngologiste qui exerce sa profession au Canada. **Preneur** : personne de 18 ans ou plus qui conclut le contrat avec l'*assureur* et qui répond à la définition de *résident canadien* lors de l'entrée en vigueur du contrat. Le *preneur* est considéré comme le propriétaire du contrat. Il peut aussi être un *assuré*. Son nom est indiqué dans les plus récentes CONDITIONS PARTICULIÈRES.

Prestation : montant versé par l'*assureur*. Selon les conditions du contrat, la *prestation* peut être un montant forfaitaire, un remboursement de frais engagés ou une rente mensuelle.

Résident canadien : personne autorisée par la loi à demeurer au Canada et qui y demeure pendant au moins 6 mois par année.

Traitement(s) :

- 1) la consultation ou les soins d'un *médecin*, d'un autre professionnel de la santé ou d'un professionnel paramédical ;
- 2) les examens médicaux ;
- 3) l'usage de médicaments ; ou
- 4) les *hospitalisations*.

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

3. ANNÉES D'ASSURANCE ET ANNIVERSAIRES DE CONTRAT

Chaque période d'un an qui suit la date d'entrée en vigueur d'un contrat correspond à une année d'assurance. Les anniversaires de contrat surviennent aux dates qui marquent le début de chaque nouvelle année d'assurance. L'*assureur* établit ces anniversaires à partir de la date d'entrée en vigueur du contrat.

4. DÉBUT DE L'ASSURANCE

- 1) Si le *preneur* demande l'assurance par téléphone ou par voie électronique, l'assurance débute le jour suivant celui où le *preneur* fait la demande d'assurance.
- 2) Si le *preneur* demande l'assurance en remplissant la proposition d'assurance, l'assurance débute à la date à laquelle l'*assureur* reçoit la proposition d'assurance.

5. DURÉE DU CONTRAT ET RENOUELEMENT

La durée du contrat est inscrite aux plus récentes CONDITIONS PARTICULIÈRES. Par la suite, à moins d'avis contraire du *preneur*, le contrat est renouvelé automatiquement à condition que les primes soient payées.

Le *preneur* autorise l'*assureur* à utiliser les renseignements qu'il a donnés lors de la souscription de l'assurance pour gérer son dossier et pour lui rappeler le renouvellement de son contrat. Il autorise aussi l'*assureur* à obtenir au besoin ses nouvelles coordonnées auprès d'un tiers.

6. PRIME

- 1) Le *preneur* autorise l'*assureur*, au moment de la souscription du contrat, à prélever la prime périodique nécessaire pour maintenir le contrat en vigueur. L'*assureur* peut faire ce prélèvement soit sur le compte-chèques du *preneur* soit sur son compte de carte de crédit.
- 2) Le *preneur* a un délai de 30 jours pour payer toute prime due, sauf la première. Son contrat demeure en vigueur pendant ce délai. Ce délai de 30 jours ne s'applique pas lorsque le *preneur* a manifesté son intention de mettre fin au contrat.
- 3) La prime à payer est celle qui s'applique en fonction :
 - a) de l'âge de chacun des *assurés* à la date d'entrée en vigueur du contrat, ou à la date du renouvellement par la suite ;
 - b) du sexe de chacun des *assurés* ;
 - c) de la fréquence de paiement choisie par le *preneur*.

La prime due est indiquée aux plus récentes CONDITIONS PARTICULIÈRES.

- 4) La prime peut être soumise à certaines modalités déterminées par l'*assureur* lors de la souscription de l'assurance.

7. PRESTATIONS

- 1) Seul un événement qui survient pendant que le contrat est en vigueur peut donner droit à une *prestation*.
- 2) Le paiement de toute *prestation* est lié au respect des différentes conditions du contrat. De plus, le montant de la *prestation* est fonction des conditions en vigueur au moment où survient l'événement y donnant droit.

8. DEMANDES DE PRESTATIONS

- 1) Vous pouvez présenter une demande de *prestations* en vous rendant au www.desjardins.com/accirance ou en téléphonant à l'*assureur* au 1 877 838-5423. L'*assureur* enverra les documents nécessaires à la production de la demande de *prestations*.
- 2) Les demandes de *prestations* doivent être transmises par écrit à l'*assureur* dans les 30 jours suivant la date de l'événement pouvant entraîner le paiement de *prestations*. Les demandes doivent être transmises à l'adresse suivante:
Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie
Case postale 520, succursale Lévis
Lévis (Québec) G6V 7E2
- 3) L'*assureur* peut exiger tout renseignement, toute preuve ou tout document qu'il juge nécessaires à l'étude d'une demande de *prestations*. Ces renseignements, preuves ou documents doivent être fournis à l'*assureur* dans les 90 jours qui suivent la date de la demande de *prestations*.
- 4) Si une personne ne transmet pas la demande de *prestations* ou les preuves et renseignements exigés dans les délais prévus, cela ne signifie pas que sa demande sera refusée. Cependant, elle devra démontrer pourquoi elle n'a pu agir dans les délais prévus. Les documents requis doivent alors parvenir à l'*assureur* dans l'année qui suit la date de l'événement ayant entraîné la demande de *prestations*.
- 5) Lorsqu'il reçoit une demande de *prestations*, l'*assureur* peut, à ses frais, faire examiner l'*assuré* par un professionnel de la santé. C'est l'*assureur* qui choisit alors ce professionnel.
- 6) L'*assureur* ne paie pas de *prestation* lorsqu'une demande comprend des omissions ou des fausses déclarations, que celles-ci soient frauduleuses ou non. Toute personne qui a reçu dans ce cas des montants auxquels elle n'avait pas droit devra les rembourser à l'*assureur* à un taux d'intérêt raisonnable établi par ce dernier.

Exclusions :

L'*assureur* ne fait aucun paiement de *prestation* d'un montant inférieur à 5 \$. De plus, l'*assureur* ne verse aucune *prestation* s'il n'a pas obtenu préalablement l'autorisation nécessaire quant à la collecte et à la communication de renseignements personnels. Cette autorisation doit lui être donnée par :

- 1) le *preneur* du contrat ; ou
- 2) toute autre personne qui prétend avoir des droits sur la *prestation*.

9. PAIEMENT DES PRESTATIONS

L'*assureur* verse les sommes prévues dans le contrat aux personnes suivantes :

- 1) en cas de remboursement de frais engagés, au *preneur* ;
- 2) en cas de décès d'un *assuré* :
 - a) au *preneur* s'il est vivant ; sinon
 - b) au bénéficiaire désigné s'il est vivant ; sinon
 - c) aux héritiers légaux de l'*assuré* ;
- 3) en cas de versement d'autres *prestations* pour un *assuré* :
 - a) si l'*assuré* a moins de 18 ans à la date du versement de la *prestation*, au *preneur* s'il est vivant, sinon au tuteur de l'*assuré* ;
 - b) si l'*assuré* a 18 ans ou plus à la date du versement de la *prestation*, à l'*assuré*.

10. COORDINATION DES PRESTATIONS

Lorsqu'un *assuré* est couvert par plusieurs régimes d'assurance (privé ou public), le montant total des *prestations* qu'il peut recevoir à titre de remboursement de frais ne peut jamais dépasser les frais réellement engagés.

Si un *assuré* est couvert par un ou plusieurs régimes ne prévoyant pas la coordination des prestations avec d'autres régimes, l'*assuré* doit d'abord être remboursé par ces autres régimes. La responsabilité de l'*assureur* se limite alors à la partie des frais non remboursés par les autres régimes.

Si les autres régimes prévoient la coordination des prestations, le paiement des *prestations* est réparti proportionnellement entre ces régimes et celui de l'*assureur*, en fonction des montants qui auraient dû être payés par chaque régime d'assurance.

11. DÉSIGNATION D'UN BÉNÉFICIAIRE

Le *preneur* peut désigner un bénéficiaire dans le formulaire approprié. Ce bénéficiaire est alors valable pour la durée du contrat s'il est désigné par écrit à l'*assureur* du vivant du *preneur*. Le *preneur* peut désigner plus d'une personne. Il peut également changer un bénéficiaire en envoyant un avis écrit à l'*assureur*. Toutefois, l'*assureur* n'assume aucune responsabilité quant au choix de bénéficiaire du *preneur*.

12. MONNAIE

Les montants indiqués dans le contrat sont en monnaie canadienne. Pour des frais admissibles engagés à l'extérieur du Canada, l'*assureur* utilise le taux de change en vigueur au moment du paiement de la *prestation*.

13. EXCLUSIONS ET LIMITES

- 1) Le contrat **ne donne droit à aucune *prestation*** dans les cas suivants :
 - a) si l'*accident* résulte directement ou indirectement de blessures que l'*assuré* inflige volontairement ou d'une tentative de suicide. Cette restriction s'applique que l'*assuré* soit sain d'esprit ou non ;
 - b) si une maladie, une infirmité ou une infection a contribué à l'atteinte corporelle ;
 - c) si l'atteinte corporelle résulte d'une maladie ou d'une infection contractée accidentellement ;
 - d) si l'atteinte corporelle résulte d'une complication ou autres événements consécutifs à un *traitement* ;
 - e) si l'*accident* résulte d'une guerre, déclarée ou non, d'une émeute, d'une révolution ou d'un acte de terrorisme ;
 - f) si l'*accident* survient lors de la participation de l'*assuré* à tout acte criminel ou à tout acte qui y est lié ;
 - g) si l'*accident* résulte de la pratique des activités suivantes :
 - i) vol plané ou vol libre ;
 - ii) parachutisme ;
 - iii) escalade ou alpinisme ;
 - iv) plongée sous-marine ;
 - v) saut à l'élastique (« bungee jumping ») ;
 - vi) rodéo ;
 - vii) go-kart ;
 - h) si l'*accident* survient lorsque l'*assuré* :
 - i) participe à une activité sportive pour laquelle il est payé ;
 - ii) prend part à une compétition de véhicules motorisés ; ou
 - iii) s'entraîne en vue d'une telle compétition de véhicules ;
 - i) si l'*accident* survient lorsque l'*assuré* a fait une consommation abusive de médicaments ou d'alcool ou lorsque l'*assuré* a des traces de drogue dans le sang. La consommation abusive de médicaments est celle qui dépasse la posologie recommandée par un spécialiste de la santé. La consommation abusive d'alcool est celle qui entraîne un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à 80 mg d'alcool par 100 ml de sang ;
 - j) en ce qui concerne les articles 20, 23 et 24, pour les *prestations* qui constituent un remboursement de frais engagés et qui sont payables par :
 - i) tout organisme gouvernemental ; ou
 - ii) tout autre régime privé d'assurance ;

- k) lorsque les frais sont engagés plus de 104 semaines après l'*accident* ;
- l) si les soins ou services ont été fournis par une personne qui a un lien de parenté avec l'*assuré* ou le *preneur* ;
- m) si l'*accident* résulte seulement d'un *traitement*, d'une intervention chirurgicale ou d'une anesthésie ;
- n) lorsque le décès accidentel ou la *mutilation ou perte d'usage* survient plus de 52 semaines après l'*accident*. Cette exclusion ne s'applique toutefois pas si l'*assuré* est dans un état comateux à la fin de cette période. Dans un tel cas, l'*assureur* détermine alors les *prestations* payables, s'il y a lieu, à la fin du coma.

2) Contrats multiples

- a) Si un *assuré* est couvert par plusieurs contrats Accirance comportant une période sans frais, un seul de ces contrats peut donner droit à des *prestations*. Dans le cas où l'*assureur* doit trancher entre plusieurs contrats comportant une période sans frais pour établir le montant d'une *prestation*, il prend le contrat le plus avantageux.
- b) En tout temps, peu importe le nombre et le type de contrats Accirance en vigueur pour un *assuré*, seuls deux de ces contrats peuvent donner droit à une *prestation* pour cet *assuré*. L'*assureur* tient compte des deux contrats les plus avantageux pour déterminer les *prestations* payables. Cependant, conformément à ce qui est indiqué ci-dessus, un seul contrat comportant une période sans frais peut être pris en considération pour le paiement d'une *prestation*.

14. RESPONSABILITÉS DU PRENEUR

Le *preneur* doit aviser l'*assureur* de tout changement relatif à son adresse. Il doit aussi informer l'*assureur* de tout changement quant à l'institution financière avec laquelle il fait affaire pour le paiement de la prime. Si l'*assureur* n'est pas avisé de tels changements et ne peut percevoir la prime, il considère que le *preneur* désire mettre fin à son contrat. L'assurance se termine alors à la fin du délai de 30 jours prévu au présent contrat.

15. DROITS DU PRENEUR

Le *preneur* ne peut :

- ni céder son contrat (en transférer la propriété) ;
- ni hypothéquer son contrat (le céder en garantie).

16. DROIT DE SUBROGATION

En souscrivant l'assurance, le *preneur* consent à ce que l'*assureur* acquière automatiquement le droit de poursuivre l'auteur d'un dommage au nom du *preneur* et aux frais de l'*assureur*, jusqu'à concurrence des indemnités qu'il a payées.

17. MODIFICATION ET FIN DU CONTRAT

Lors du renouvellement, l'*assureur* peut modifier un contrat ou y mettre fin s'il le fait pour tous les contrats Accirance de même catégorie. Il doit aussi en aviser par écrit le *preneur* au moins 30 jours à l'avance. S'il s'agit d'une modification, l'*assureur* considère que le *preneur* l'a acceptée 30 jours après la réception de l'avis.

Le *preneur* peut en tout temps demander à l'*assureur* de modifier son contrat d'assurance ou d'y mettre fin. Pour ce faire, il doit communiquer avec l'*assureur* par téléphone et sa demande entre en vigueur le lendemain de l'appel téléphonique.

La date d'entrée en vigueur du changement est toutefois différente si le *preneur* soumet sa demande pendant une *période de renouvellement*. Ainsi, si le *preneur* demande une modification pendant une telle période, elle ne prend alors effet qu'à la date de début de la prochaine période d'assurance. De même, si le *preneur* demande à l'*assureur* de mettre fin à son contrat pendant une *période de renouvellement*, le contrat ne se termine alors qu'à la date de la fin de la période d'assurance en cours.

De plus, lors d'une modification du contrat, l'*assureur* rajuste la prime à la hausse ou à la baisse :

- à compter de la date d'entrée en vigueur de la modification ; et
- selon le nombre de jours restant jusqu'au prochain prélèvement de prime.

Lorsqu'une modification entraîne une augmentation de la prime, le *preneur* doit payer le montant de l'augmentation pour que la modification entre en vigueur.

Si le *preneur* met fin à son contrat, l'*assureur* lui rembourse la portion non utilisée (en jours) de la prime. Des frais administratifs sont retenus par l'*assureur* sur le montant du remboursement. **Exclusion : L'*assureur* ne rembourse aucune prime s'il a déjà accepté une demande de *prestations* à l'égard du contrat.**

L'*assureur* met fin à un contrat lorsqu'il a envoyé un avis de résiliation au *preneur* et, pour les primes subséquentes à la première, que le délai de 30 jours accordé pour le paiement des primes s'est écoulé.

L'*assureur* met également fin au contrat s'il reçoit une demande de *prestations* comprenant des déclarations ou omissions frauduleuses. Dans un tel cas, l'assurance se termine le premier jour du mois d'assurance suivant celui où le *preneur* est avisé par écrit de la fin du contrat.

18. PROTECTION EN CAS DE DÉCÈS, DE MUTILATION, DE FRACTURE, DE COMA OU DE PERTE D'USAGE

Si, en raison d'un *accident*, l'*assuré* subit l'une des pertes énumérées au TABLEAU DES PERTES ci-après, l'*assureur* verse une *prestation*. Cette *prestation* est un montant forfaitaire égal au montant d'assurance prévu pour la perte subie.

TABLEAU DES PERTES

Mutilation ou perte d'usage	
de deux des parties du corps suivantes : main, pied, bras, jambe ou <i>de la vue</i> d'un œil	500 000 \$
<i>de l'ouïe</i> des deux oreilles et de la parole	500 000 \$
d'une main, d'un pied, d'un bras ou d'une jambe	250 000 \$
<i>de l'ouïe</i> des deux oreilles ou de la parole	250 000 \$
<i>de la vue</i> d'un œil ou <i>de l'ouïe</i> d'une oreille	75 000 \$
d'un doigt ou d'un orteil (par doigt ou par orteil)	5 000 \$

Décès d'un assuré âgé de moins de 25 ans lors de l'accident	
décès accidentel à bord d'un <i>véhicule de transport public</i>	1 000 000 \$
décès accidentel, autrement que lors de l'utilisation d'un <i>véhicule de transport public</i>	40 000 \$

Décès d'un assuré âgé de 25 ans ou plus lors de l'accident	
décès accidentel à bord d'un <i>véhicule de transport public</i>	1 000 000 \$
décès accidentel, autrement que lors de l'utilisation d'un <i>véhicule de transport public</i>	100 000 \$

Fracture

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

* Les os du crâne sont le frontal, le sphénoïde, l'ethmoïde, l'occipital et les os pariétaux et temporaux.

Coma

d'une durée de 96 heures consécutives ou plus	40 000 \$
---	-----------

Exclusions et limites :

- 1) Un *assuré* âgé de 75 ans ou plus à la date de l'*accident* n'a droit qu'à 50 % des montants d'assurance prévus au TABLEAU DES PERTES.
- 2) Si, à la suite d'un *accident*, l'*assuré* subit plus d'une des pertes décrites au TABLEAU DES PERTES, l'*assureur* verse une *prestation* pour une seule d'entre elles. La *prestation* versée est celle qui correspond au montant le plus élevé prévu dans le TABLEAU DES PERTES pour les pertes subies.
- 3) Si, à la suite d'un *accident*, l'*assuré* :
 - a) subit une ou plusieurs des pertes décrites au TABLEAU DES PERTES ; **et**
 - b) décède des causes de cet *accident* dans les 365 jours qui suivent immédiatement cet *accident* ;

l'*assureur* verse seulement la *prestation* prévue en cas de décès accidentel.
- 4) Le total des montants d'assurance payables prévus par le présent article est limité à un maximum de 500 000 \$ par *assuré* et par *accident*. Ce maximum est de 1 000 000 \$ par *assuré* et par *accident* s'il s'agit d'un décès accidentel à bord d'un *véhicule de transport public*.
- 5) Si plus de deux *assurés* couverts par un même contrat *Accirance* décèdent accidentellement à bord d'un *véhicule de transport public*, le montant d'assurance payable par l'*assureur* est limité à 2 000 000 \$. La *prestation* payable pour chaque *assuré* est alors réduite proportionnellement.
- 6) Si, à la suite d'un même *accident*, plusieurs *assurés* couverts par plusieurs contrats *Accirance* décèdent accidentellement à bord d'un *véhicule de transport public*, le montant d'assurance total payable par l'*assureur* est limité à 10 000 000 \$ pour l'ensemble des *assurés*. La *prestation* payable pour chaque *assuré* est alors réduite proportionnellement.
- 7) L'*assureur* verse une *prestation* moindre si un *assuré* décède des suites d'un *accident* survenu pendant qu'il effectuait un voyage dans un *véhicule de transport public* en tant que :
 - a) conducteur ;
 - b) pilote ;
 - c) membre d'équipage ; ou
 - d) passager non payant.

La *prestation* alors versée correspond au montant prévu pour un décès accidentel survenant autrement que lors de l'utilisation d'un *véhicule de transport public*.

- 8) Pour que l'*assureur* paie une *prestation* pour une *fracture*, cette dernière doit être diagnostiquée au cours des 30 jours suivant l'*accident*.
- 9) L'*assureur* ne verse pas de *prestation* pour les *comas* provoqués médicalement, causés par l'abus d'alcool ou de drogue et les diagnostics de mort cérébrale.

19. PROTECTION EN CAS DE DÉCÈS NON ACCIDENTEL

L'*assureur* paie une *prestation* de 20 000 \$ en cas de décès non accidentel d'un *assuré* âgé de plus de 14 jours et de moins de 25 ans.

Exclusions :

L'*assureur* ne paie aucune *prestation* si le décès survient pendant les 12 mois suivant la date d'entrée en vigueur de la présente protection et qu'il est dû :

- 1) à un suicide ; ou
- 2) à un trouble de santé pour lequel l'*assuré* a reçu un ou des *traitements* pendant les 6 mois précédant la date d'entrée en vigueur du contrat ou la date de l'ajout de cet *assuré* au contrat.

Ces conditions s'appliquent aussi pendant les 12 mois suivant toute remise en vigueur de la présente protection suivant une interruption.

20. PROTECTION POUR LES FRAIS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX

L'*assureur* verse un montant forfaitaire ou rembourse les *frais raisonnables* engagés pour un *assuré* à la suite d'un *accident* pour les soins, services ou articles suivants :

- 1) les soins d'un infirmier ou d'une infirmière autorisés s'ils sont prescrits par le *médecin* traitant. L'*assureur* verse un montant forfaitaire de 50 \$ par jour pendant un maximum de 30 jours par *accident* ;
- 2) les soins :
 - a) d'un chiropraticien ;
 - b) d'un ergothérapeute ;
 - c) d'un ostéopathe ;
 - d) d'un physiothérapeute ; ou
 - e) d'un orthopédiste.

L'*assureur* verse un montant forfaitaire de 25 \$ par *traitement* et jusqu'à concurrence de 250 \$ par *accident* pour l'ensemble de ces professionnels. Ces derniers doivent être membres en règle de leur corporation ou ordre professionnel ;

- 3) le transport d'urgence immédiatement après un *accident* jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par *accident* ;
- 4) l'achat ou la location d'une canne, de béquilles, de vêtements compressifs ou d'une marchette jusqu'à concurrence de 500 \$ par *accident* ;
- 5) l'achat ou la location d'un fauteuil roulant jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par *accident* ;
- 6) l'achat d'un premier appareil auditif ou œil artificiel, jusqu'à concurrence de 700 \$ pour chacune de ces prothèses (pour un appareil auditif, l'*assureur* verse un maximum de 700 \$ par *assuré* pour la vie de cet *assuré*) ;
- 7) le remplacement de lunettes cassées ou de lentilles cornéennes brisées servant à corriger la vue, jusqu'à concurrence de 300 \$ par *accident* ;
- 8) l'achat ou la location d'une orthèse, jusqu'à un maximum de 400 \$ par *accident*. Une orthèse est un appareillage orthopédique rigide destiné à protéger, à immobiliser ou à soutenir un membre ou une autre partie du corps. L'orthèse est directement fixée à la partie du corps à traiter.

21. PROTECTION POUR LES FRAIS DENTAIRES

Lorsqu'un *assuré* reçoit des soins dentaires à la suite d'un *accident*, l'*assureur* verse les montants forfaitaires suivants, jusqu'à concurrence de 1 250 \$ par *accident* :

- 1) 250 \$ par dent saine et naturelle qui doit être traitée ou remplacée ; et
- 2) 250 \$ pour la réparation ou le remplacement d'une prothèse dentaire.

22. PROTECTION POUR LES FRAIS DE TRANSPORT ET DE SÉJOUR

Si, en raison d'un *accident*, l'*assuré* doit engager des frais de transport et de séjour pour suivre des *traitements*, l'*assureur* lui verse un montant forfaitaire de 75 \$ par jour, et ce, pendant un maximum de 10 jours par *accident*. Les conditions suivantes s'appliquent toutefois :

- 1) il doit s'agir de *traitements* qui ne sont pas offerts à moins de 50 km du domicile de l'*assuré* ;
- 2) la distance de 50 km est établie sur la base d'un voyage aller seulement.

La présente protection couvre aussi les frais de transport et de séjour engagés par les *parents* d'un *enfant* assuré hospitalisé (ou par une autre personne le cas échéant) pour demeurer au chevet de ce dernier. L'*enfant* doit alors être hospitalisé en raison d'un *accident*, et l'*établissement de santé* doit être situé à plus de 50 km de son domicile. Cette *prestation* est assujettie aux maximums par *accident* prévus ci-dessus.

23. PROTECTION POUR LES FRAIS LIÉS AUX ÉTUDES

L'*assureur* rembourse l'ensemble des frais suivants si, en raison d'un *accident* et seulement pour cette raison, l'*assuré* se trouve dans l'une des situations ci-dessous.

- 1) **Cours privés** – Si un *étudiant* assuré devient *totalelement invalide* et doit engager des *frais raisonnables* pour des cours privés, l'*assureur* les lui rembourse aux conditions suivantes :
 - a) l'*invalidité totale* doit obliger l'*assuré* à interrompre ses études pendant une période continue d'au moins 30 jours ;
 - b) les cours privés doivent faire partie du programme d'études normal de l'*assuré* ;
 - c) les cours privés doivent être donnés par un enseignant qui détient le brevet d'enseignement approprié ;
 - d) les frais remboursés sont limités à un taux maximal de 30 \$ l'heure ;
 - e) le maximum remboursé est de 3 500 \$ par *accident*.
- 2) **Transport scolaire** – Si un *étudiant* assuré est incapable d'utiliser son moyen de transport habituel pour le trajet aller-retour entre son domicile et l'école et qu'il doit engager des *frais raisonnables* de transport scolaire, l'*assureur* les lui rembourse aux conditions suivantes :
 - a) les frais remboursés sont limités à un maximum de 15 \$ par jour ;
 - b) le maximum remboursé est de 150 \$ par *accident*.
- 3) **Réorientation** – Si un *étudiant* assuré devient *totalelement invalide* et doit, pour cette raison, engager des frais pour obtenir une nouvelle formation, l'*assureur* lui rembourse les *frais raisonnables* engagés. Le remboursement de ces frais est limité à un montant maximal de 4 000 \$ pour toute la vie de l'*assuré*.
- 4) **Frais de scolarité** – Si un *étudiant* assuré devient *totalelement invalide* pendant un trimestre pour lequel il a engagé des frais de scolarité, l'*assureur* lui rembourse la portion de ces frais non remboursée par l'établissement d'enseignement.

Le remboursement de ces frais est limité à un montant maximal de 2 000 \$ par *accident*.

24. PRESTATION MENSUELLE POUR UNE PÉRIODE DE VACANCES SCOLAIRES

Si, en raison d'un *accident*, un *étudiant* assuré est *totalelement invalide* pendant une période de vacances, l'*assureur* lui verse une *prestation* mensuelle pour cette période. Cette *prestation* lui est toutefois versée aux conditions suivantes :

- 1) l'*accident* à l'origine de l'*invalidité totale* doit être survenu pendant l'année scolaire précédant la période de vacances ;
- 2) l'*assuré* doit être *âgé* de 16 ans ou plus ;
- 3) le montant de la *prestation* est de 850 \$ par mois, moins toute *prestation* payable par une régie ou un organisme gouvernemental ;

- 4) l'*assureur* ne verse aucune *prestation* pour les 7 premières journées d'*invalidité totale* ;
- 5) l'*étudiant* doit recevoir les soins d'un *médecin* durant toute la période d'*invalidité totale* ;
- 6) le paiement de la *prestation* cesse à la fin de l'*invalidité totale* ou au plus tard à la fin de la période des vacances ;
- 7) la période des vacances est celle qui est fixée par l'établissement d'enseignement de l'*étudiant* comme période de vacances estivales. Toutefois, aucune *prestation* n'est payable avant le 1^{er} mai ni après le 31 août d'une même année.

25. PROTECTION EN CAS D'HOSPITALISATION

Lorsqu'un *assuré* est hospitalisé à la suite d'un *accident*, l'*assureur* verse un montant forfaitaire de 75 \$. Il verse ce montant pour chaque période complète de 24 heures consécutives d'*hospitalisation* qui suit les 24 premières heures d'*hospitalisation*, et ce, pendant un maximum de 30 jours par *accident*. Ce délai d'attente de 24 heures s'applique à chaque nouvelle période d'*hospitalisation*.

Exclusion :

Aucun montant n'est payable pour les 24 premières heures de toute *hospitalisation*.

Une insatisfaction ? Faites-le-nous savoir.

En tant qu'entreprise prévenante et digne de confiance, Desjardins Sécurité financière tient à offrir à chacun de ses clients des produits et services qui sont à la hauteur de leurs attentes. Si vous êtes insatisfait du service que vous avez reçu ou de l'un de nos produits, faites-le-nous savoir. Pour ce faire, nous vous invitons à visiter le www.dsf.ca/plainte ou à joindre l'Officier du règlement des différends par téléphone, au numéro 1 877 938-8184.

GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

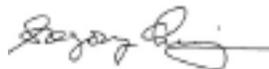
Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. DSF conserve ces renseignements dans un dossier afin de vous faire bénéficier des différents services financiers (assurances, rentes, crédit, etc.) qu'elle offre. Ces renseignements ne sont consultés que par les employés de DSF qui en ont besoin pour leur travail.

Vous avez le droit de consulter votre dossier. Vous pouvez aussi y faire corriger des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexactes, incomplets, ambigus ou inutiles. Vous devez alors envoyer une demande écrite à l'adresse suivante :

Responsable de la protection des renseignements personnels
Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2

DSF peut utiliser la liste de ses clients pour les informer de ses promotions ou leur offrir un nouveau produit. DSF peut aussi donner cette liste à une autre entité du Mouvement Desjardins pour qu'elle s'en serve aux mêmes fins. Si vous ne voulez pas recevoir de telles offres, vous avez le droit de faire rayer votre nom de cette liste. Vous devez alors envoyer une demande écrite au responsable de la protection des renseignements personnels chez DSF.

Signé à Lévis



Gregory Chrispin
Président et
chef de la direction



Christian Dufour
Vice-président principal
Assurance des particuliers