



Votre police d'assurance



ON S'INVESTIT, POUR VOUS.

L'assurance accidents

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

Dispositions générales

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

1. Admissibilité

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

2. Entrée en vigueur et renouvellement automatique

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

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

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

3. Prélèvement de la prime et délai de paiement

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

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

4. Limitations

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

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

5. Prestations

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

de l'ouïe d'une oreille	3 000 \$	12 000 \$
d'un doigt ou d'un orteil (séparation complète)	1 000 \$	4 000 \$
Maximum payable en vertu de la présente clause	50 000 \$	200 000 \$

* **Restriction** – La prestation en cas de mutilation ou de perte d'usage est payable 365 jours après la date de l'accident aux conditions suivantes :

- la mutilation ou la perte d'usage survient dans les 365 jours suivant la date de l'accident, et;
- l'assuré n'est pas décédé des suites de l'accident dans les 365 jours suivant la date de l'accident.

Seule la prestation de décès est payable si le décès résulte de l'accident dans les 365 jours.

D. Fracture accidentelle* :

	Option de BASE	Option MACCIMUM
Du crâne avec enfoncement, de la colonne avec déplacement des vertèbres, du bassin	250 \$	1 000 \$
Autres os	50 \$	200 \$

* **Restriction** – La fracture doit être diagnostiquée au cours des 30 jours suivant l'accident, sinon aucune prestation n'est payable en vertu de cette garantie.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- les frais supplémentaires pour une **chambre privée ou semi-privée** pendant le séjour dans un hôpital, jusqu'à un maximum de 55 \$ par jour;
- une **indemnité de 25 \$ par nuit d'hospitalisation (payée en sus des frais mentionnés précédemment)**, dès la première nuit, jusqu'à un maximum de 1 000 \$;
- les **médicaments** nécessaires à la thérapeutique, qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance écrite d'un médecin

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

J. Frais de garde d'enfants*

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

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

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

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

Votre police d’assurance

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

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

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

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

6. Définitions

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

M. Membre — Une main ou un pied

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

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

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

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

7. Exclusions, restrictions et limitations

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

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

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

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

- tentative de suicide, blessure ou mutilation volontaire, que l’assuré ait été ou non conscient de ses actes;

- inhalation de gaz, empoisonnement, absorption volontaire de médicaments ou de drogues à moins que pris tels que prescrits par un médecin;

- alors que l’assuré est sous l’influence de stupéfiants ou que la concentration d’alcool dans son sang excède 80 milligrammes d’alcool par 100 millilitres de sang;

- alors que l’assuré conduit un véhicule motorisé et que la concentration d’alcool dans son sang excède les limites prescrites par la loi;

- alors que l’assuré conduit un véhicule motorisé en excédant la limite de vitesse permise par la loi ou sans détenir la preuve de compétence, le permis ou le certificat valide exigé par la loi;

- un acte criminel que l’assuré a commis, se préparait à commettre, a tenté de commettre ou une provocation de sa part ou sa participation à une émeute, à une manifestation contre l’ordre public, à une opération militaire, à un acte de terrorisme ou à une guerre, déclarée ou non;

- un vol ou une tentative de vol à bord d’un avion ou d’un autre aéronef si l’assuré est membre de l’équipage ou s’il exerce une fonction quelconque se rapportant au vol;

- alors que l’assuré participe à des activités sportives ou à des acrobaties pour lesquelles il est rémunéré, à une course de véhicules motorisés ou à la pratique du football avec contact s’il est membre d’une équipe faisant partie d’une ligue de compétition de niveau collégial ou universitaire ou encore s’il est rémunéré pour cette activité, de la plongée sous-marine, du parachutisme, du ski alpin de compétition, du vol libre, de l’alpinisme ou du saut à l’élastique.

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

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

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

Les restrictions suivantes s’appliquent :

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

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

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

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

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

QUOI FAIRE EN CAS D’ACCIDENT

9. Demande de règlement

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

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

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

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

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

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

10. Résiliation du contrat par le contractant

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

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

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

12. Dispositions légales

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

12.1. Contrat

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

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

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

12.3. Copie de la demande d’adhésion

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

12.4. Circonstances constitutives

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

12.5. Avis et preuve de sinistre

(1) Le contractant ayant le droit de présenter une demande de règlement, ou son mandataire, doit :

a) Au plus tard 90 jours après la date à laquelle une demande de règlement survient en vertu du contrat à la suite d’un accident, donner un avis écrit de la demande de règlement à la Compagnie : (i) soit en le lui remettant ou en l’envoyant par courrier recommandé à son siège social ou à son agence principale dans la province, (ii) soit en le remettant à son agent autorisé dans la province;

b) Dans un délai de 90 jours qui suit la date à laquelle une demande de règlement survient en vertu du contrat à la suite

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

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

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

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

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

12.7. Droit d’examen

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

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

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

12.9. Prescription des actions

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

Constitution d’un dossier et protection des renseignements personnels

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

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

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

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

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

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

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



Denis Ricard
Président et chef de la direction



Jennifer Dibblee
Secrétaire de la Compagnie



100 %