



1225, rue Saint-Charles ouest, bureau 200  
Longueuil QC J4K 0B9

Police # 1SZ05 (Étudiants)

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

Raison Sociale : **CENTRE D'ACQUISITIONS  
GOUVERNEMENTALES**

(ci-après appelée le «contractant»)

Adresse : 150, boulevard René-Lévesque Est,  
18e étage,  
Québec (Québec) G1R 2B2

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 .....	15 000 \$
Soins dentaires par suite d'un accident .....	500 \$ par dent
Indemnité de réorientation professionnelle .....	5 000 \$
Frais d'études.....	2 000 \$
Appareil auditif.....	500 \$
Indemnité spéciale de confinement .....	2 000 \$
Prothèses.....	2 000 \$
Déplacement pour consultation d'un spécialiste .....	1 000 \$
Soins médicaux hors province.....	15 000 \$
Prime de la période d'assurance.....	voir «Prime»
Prime non remboursable.....	500 \$
Montant global d'indemnisation.....	2 500 000 \$

Date d'effet ..... 1<sup>er</sup> juillet 2022  
Date d'expiration..... 1<sup>e</sup> juillet 2023

#### 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.

#### Admissibilité

Classe I : Tous les étudiants de moins de 65 ans inscrits aux CÉGÉPS suivants :

Collège d'Alma  
Cégep de Baie-Comeau  
Cégep de Drummondville  
Cégep de la Gaspésie-et-des-Îles  
Cégep Heritage College  
Cégep de Jonquière  
Cégep de La Pocatière  
Cégep de Lévis-Lauzon  
Cégep de Matane  
Cégep de Rivière-du-Loup  
Cégep de Saint-Félicien  
Cégep de Saint-Jérôme  
Cégep de Saint-Laurent  
Cégep de Sept-Îles  
Cégep de Sorel-Tracy  
Cégep de Victoriaville  
Champlain Regional College

Classe II : Tous les étudiants de moins de 65 ans inscrits aux CÉGÉPS suivants :

Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue  
Cégep André-Laurendeau  
Cégep Beauce-Appalaches  
Cégep régional de Lanaudière  
Cégep Limoilou  
Collège Lionel-Groulx  
Cégep Marie-Victorin  
Cégep de Chicoutimi  
Cégep de l'Outaouais  
Cégep de Thetford  
Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu  
Collège de Valleyfield  
Cégep du Vieux-Montréal  
Cégep Gérald Godin

### Prime

Cette police est émise en considération du paiement à l'avance d'une prime déposée de 93 635 \$.

Le contractant s'engage à fournir à l'assureur ou à son représentant autorisé un rapport à chaque date anniversaire de cette police ou aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire par après; ce rapport, qui indique le nombre d'étudiants assurés, permet à l'assureur d'ajuster la prime minimale et déposée au taux de :

Classe I : 1,30 \$ par étudiant

Classe II : 0,72 \$ par étudiant.

### 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

Aucune

Police # 1SZ05

### Définitions

Dans la présente police, on entend par:

«Étudiant». Un étudiant inscrit à temps plein ou à temps partiel auprès du contractant; l'étudiant est couvert par un régime d'assurance-maladie ou hospitalisation d'État (fédéral ou provincial).

«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**

**Classe I :**

Sont incluses dans la garantie du présent contrat les blessures subies par la personne assurée vingt-quatre heures sur vingt-quatre, où qu'elle soit dans le monde.

**Classe II :**

Sont incluses dans la garantie du présent contrat les blessures subies par la personne assurée pendant qu'elle :

- 1. se trouve sur les lieux du contractant (bâtiments ou terrains) pendant la tenue d'une réunion prévue par ce dernier;
- 2. assiste ou participe à une activité approuvée par le contractant et sous la surveillance d'une autorité compétente du contractant; et
- 3. se rend en groupe (avec d'autres membres) directement sur les lieux d'une activité approuvée par le contractant - ou en revient - à

condition que le groupe soit alors sous la surveillance d'une autorité compétente;

- 4. se rend directement de sa résidence aux lieux du contractant (bâtiments ou terrains) dans le but d'assister à ses cours réguliers ou dans le but de participer à une activité tel que décrit en (2) et en revient.

Le terme «voyage directement de sa résidence aux lieux du contractant (bâtiments ou terrains)» signifie tout voyage qui conduit la personne assurée de sa résidence aux lieux du contractant (bâtiments ou terrains) sur un trajet normal et raisonnable, sans délai ou arrêt

**Prestations en cas de perte accidentelle**

Lorsqu'une blessure entraîne la perte de la vie dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent l'accident, l'assureur s'engage à verser la prestation comme suit:

\*La vie ..... 15 000 \$

Si la blessure n'entraîne pas la perte de la vie dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent l'accident mais entraîne l'une des pertes ci-dessous et 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 les prestations suivantes :

Perte

Les deux mains .....	40 000 \$
Les deux pieds.....	40 000 \$
La vue complète des deux yeux.....	40 000 \$
Une main et un pied.....	30 000 \$
Une main et la vue complète d'un oeil .....	30 000 \$
Un pied et la vue complète d'un oeil.....	30 000 \$
Un bras .....	20 000 \$
Une jambe .....	20 000 \$
Une main.....	15 000 \$
Un pied.....	15 000 \$
La vue complète d'un oeil .....	6 000 \$
Le pouce et l'index d'une main.....	6 000 \$
La parole et l'ouïe des deux oreilles .....	40 000 \$
La parole.....	20 000 \$
L'ouïe des deux oreilles .....	20 000 \$
L'ouïe d'une oreille .....	3 000 \$
Un doigt d'une main .....	1 500 \$

Paralysie totale des membres supérieurs et inférieurs (quadriplégie)..... 40 000 \$

Paralysie totale des membres inférieurs (paraplégie) .....	40 000 \$
Paralysie totale des membres supérieur et inférieur d'un côté du corps (hémiplegie) .....	40 000 \$

\* Si le décès accidentel de la personne assurée survient sur les lieux du contractant (bâtiments ou terrains) ou à bord d'un véhicule public ou scolaire, l'assureur s'engage à verser une somme supplémentaire de 5 000 \$ pour la perte de vie.

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

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

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

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.

#### **Remboursement des frais médicaux par suite d'un accident**

Police # 1SZ05

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; 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 sept cents dollars (700 \$) par période d'assurance. S'il n'y a pas de recommandation médicale, le remboursement est limité à trente-cinq dollars (35 \$) par traitement, et à trois-cent cinquante dollars (350 \$), par période d'assurance;
5. Les frais de transport d'un service autorisé d'ambulance ou par taxi, 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; le remboursement est limité à mille dollars (1 000 \$) par accident; si on se déplace dans un véhicule ou un appareil particulier, le remboursement se limite alors à vingt-huit cents (0,28 \$) le

kilomètre et à dix dollars (10 \$) pour le stationnement;

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; le remboursement est limité à sept cent cinquante dollars (750 \$) par période d'assurance;
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; le remboursement est limité à cinq mille dollars (5 000 \$) par accident;
8. Les honoraires d'un chiropraticien autorisé, d'un ostéopathe, d'un podiatre, d'un orthophoniste ou d'un psychologue, 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 sept cents dollars (700 \$) par période d'assurance.

Les frais de radiographies et d'épreuves de laboratoire d'analyses médicales ayant fait l'objet d'une ordonnance d'un chiropraticien, d'un ostéopraticien ou d'un podiatre sont admissibles en vertu du présent alinéa, sous réserve d'une seule radiographie par spécialité et par assuré au cours d'une (1) année civile.

9. Sur la recommandation d'un médecin, les frais de transport par taxi pour le voyage entre le CÉGEP et la résidence de l'assuré, selon le chemin le plus court, sous réserve que le chauffeur de taxi n'habite pas chez lui ni ne soit membre de sa famille immédiate; le remboursement est limité à cent cinquante dollars (150 \$) par période d'assurance.

Le remboursement de tous les frais ou honoraires est toutefois sous réserve que l'assuré reçoive les soins normaux d'un médecin sauf pour ce qui est prévu aux frais ou honoraires identifiée sous les points 4 et 8 ci-dessus. De plus, il est nécessaire que tous les frais soient engagés au plus tard cent quatre (104) 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**

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 cent quatre (104) 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 police, s'appuie sur le Tarif actuel des actes bucco-dentaires des chirurgiens dentistes de la province ou du territoire de résidence de l'assuré.

Le maximum payable est de 500 \$ par dent par suite d'un seul accident.

### **Indemnité de réorientation**

Si, par suite d'une blessure donnant droit à des prestations en vertu de la disposition «Prestations en cas de perte accidentelle», un assuré doit participer à un programme de réorientation dans le but d'obtenir une autre formation rendue nécessaire en raison de la blessure, l'assureur s'engage à rembourser, dans les trois (3) années suivant la date de l'accident, les frais réels, raisonnables et nécessaires de la réorientation. L'indemnité est limitée à cinq mille dollars (5 000 \$) par accident. Elle ne couvre ni les frais de pension ni les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

L'indemnité n'est payable qu'en vertu d'une seule des polices établies par l'assureur au nom du contractant.

### **Frais d'études**

Si, au plus tard trente (30) jours après l'accident, l'assuré est hospitalisé ou doit garder le lit chez lui, pendant au moins quinze (15) jours de classe consécutifs, l'assureur s'engage à payer les frais supportés, jusqu'à concurrence de douze (12) mois après l'accident, pour embaucher un professeur qualifié, qui n'a aucun lien de parenté avec l'assuré et qui ne vit pas chez lui, qui a un permis en règle, correspondant au niveau de l'assuré, délivré par le ministère de l'Éducation. Le taux maximal est de vingt dollars (20 \$) l'heure, jusqu'à concurrence de deux mille dollars (2 000 \$) par accident.

### **Appareil auditif**

Lorsque, comme résultat d'une blessure, et dans les 30 jours de la date de l'accident, la personne assurée est suivie par un médecin dûment qualifié qui lui prescrit l'achat d'un appareil auditif, l'assureur s'engage à payer la dépense réellement engagée durant les cent quatre (104) semaines suivant la date de l'accident pour l'achat original de l'appareil auditif sans toutefois excéder dans son ensemble un montant de cinq cents dollars (500 \$) comme résultat de tout accident.

### **Indemnité spéciale de confinement**

Lorsqu'à la suite de blessure et commençant dans les 30 jours de la date de l'accident, la personne assurée est confinée à la maison ou à l'hôpital pour une période d'au moins 12 mois consécutifs, est sous les soins et services réguliers d'un médecin ou chirurgien licencié et qu'elle ne peut assister à des cours de toute nature par suite de ce confinement, l'assureur s'engage à payer en un seul versement la somme de deux mille dollars (2 000 \$).

L'indemnité prévue sous cette partie n'est pas additionnelle aux indemnités payées ou payables en vertu de la section intitulée «Indemnité pour perte spécifique».

### **Prothèses**

Lorsque, comme résultat d'une blessure, et dans les 30 jours de la date de l'accident, la personne assurée requiert des jambes, des bras, des mains ou des yeux

artificiels, l'assureur s'engage à payer la dépense réellement engagée durant les cent quatre (104) semaines suivant la date de l'accident pour l'achat original de ou des appareils, sans toutefois excéder dans son ensemble un montant de deux mille dollars (2 000 \$) comme résultat de tout accident.

### **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 moins à cinquante kilomètres (50 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 cent quatre (104) semaines suivant l'accident:

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 on se déplace dans un véhicule ou un appareil particulier, le remboursement se limite alors à vingt-huit cents (0,28 \$) le kilomètre.
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.

### **Soins médicaux hors province**

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 des soins médicaux qui ne sont pas disponibles dans la province de résidence de l'assuré, l'assureur s'engage à rembourser les frais engagés pour les soins hospitaliers, chirurgicaux, médicaux et paramédicaux reçus hors de la province de résidence de l'assuré et qui excèdent les frais remboursables par tout régime d'État, sous réserve de la réception d'une attestation des frais raisonnables effectivement supportés au cours des cent quatre (104) semaines suivant l'accident, sans toutefois excéder dans son ensemble un montant de quinze mille dollars (15 000 \$) par accident

### **Assurance de voyages aériens**

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

- a) 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;
- b) 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;
- c) 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 en vertu de cette police, une personne assurée est inévitablement exposée aux éléments et que par suite de cette exposition, elle subit une perte donnant normalement droit au versement d'une prestation en vertu des présentes, cette perte est couverte conformément aux dispositions de la police.

Si la personne assurée n'est pas retrouvée dans l'année qui suit la date de la disparition, du naufrage ou de la destruction du moyen de transport à bord duquel elle voyageait au moment de l'accident et dans des circonstances qui seraient normalement couvertes en vertu des présentes, il est présumé que la personne assurée a perdu la vie à la suite d'une blessure corporelle causée par un accident à la date de la disparition, d'un naufrage ou de la destruction en question.

Police # 1SZ05

### **Plafond global d'indemnisation**

2 500 000 \$ est la limite d'indemnité pour laquelle l'assureur est responsable aux termes de cette police pour toutes les pertes survenant à la suite d'un seul et même accident. Si ce plafond ne suffit pas à couvrir le plein montant de la prestation payable à chaque personne assurée par suite d'un seul accident, le montant payable dans ce cas-là à chaque personne assurée est calculé conformément au rapport existant entre le plafond d'indemnisation pour un même accident et le montant total d'assurance qui aurait été payable sans ce plafond.

### **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.

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 lui sont versées.

Par «conjoint», on entend ce qui suit:

1. la personne à laquelle l'assuré est marié;
2. avec laquelle l'assuré a cohabité de façon ininterrompue pendant au moins un (1) an avant la survenance du sinistre couvert par la police.

Une seule personne est admissible à titre de conjoint.

Si l'assuré est marié et qu'il cohabite avec une personne, on entend, par «conjoint», la personne à laquelle l'assuré est marié.

### **Date d'effet de l'assurance individuelle**

L'assurance individuelle prend effet à la date à laquelle une personne est admissible pourvu qu'elle soit étudiante active à cette date; cette date n'est jamais antérieure à la date d'effet de la police.

### **Résiliation de l'assurance individuelle**

L'assurance individuelle prend fin dès que survient l'une des éventualités suivantes:

1. la date de résiliation de la police;

2. la date d'échéance de la prime, si le contractant omet d'acquitter la prime requise, sauf en cas d'erreur involontaire; ou
3. la date à laquelle l'assuré cesse d'être un étudiant enregistré auprès du contractant en qualité de personne admissible à l'assurance.

### **Responsabilité d'un tiers**

Lorsque, comme résultat de la responsabilité d'un tiers, une personne a droit de recouvrer dommages-intérêts d'une personne, compagnie ou organisation pour une dépense ou portion de toute dépense pour laquelle l'assureur a remboursé la personne assurée, le montant payé par l'assureur pour ce remboursement est recouvrable de la personne assurée à qui le remboursement a été fait, mais le montant recouvrable par l'assureur n'excède pas le montant recouvré comme résultat de la responsabilité d'un tiers.

### **Exclusions**

Cette police ne couvre aucune perte, totale ou non, causée ou provoquée par:

- 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 reçus par un assuré qui n'est pas couvert par un régime d'assurance maladie ou hospitalisation fédéral ou provincial, à l'exception des étudiants français couverts selon l'entente France-Québec.

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,



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<sup>e</sup>) 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 1225, rue Saint-Charles ouest, bureau 200, Longueuil QC J4K 0B9, 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.

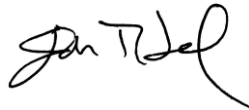
**Examen des archives.** En ce qui a trait aux archives du contractant se rapportant à l'assurance, l'assureur est autorisé à les examiner à toute époque au cours du présent contrat et, au besoin, dans les deux (2) ans suivant l'expiration de l'assurance ou encore jusqu'au règlement définitif des sinistres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

---

**EN FOI DE QUOI, SSQ, Société d'assurance-vie inc.** a autorisé la signature de la présente police par son président-directeur général et son premier vice-président.



Jean-François Chalifoux  
Président-directeur général



Éric Trudel  
Premier vice-président

Fait le : 5 juillet 2022