

**YOUR GROUP
INSURANCE
PLAN**



Police n° 1C680

Membres de

L'ASSOCIATION CANADIENNE DES PROPRIÉTAIRES ET PILOTES D'AÉRONEFS

1^{er} février 2021

Le présent livret donne un aperçu du régime d'assurance en cas d'urgence médicale en voyage de SSQ, Société d'assurance inc. offert aux membres du Contractant. Vous y trouverez des renseignements sur la couverture offerte dans le cadre de ce régime d'assurance. Ce livret devrait être conservé pour consultation future.

Les conditions du régime d'assurance collective sont énoncées dans le contrat d'assurance en cas d'urgence médicale en voyage ainsi que dans la Proposition-cadre, les avenants et toute pièce annexe, le cas échéant, le tout formant un contrat indivisible.

Tous les droits et obligations sont régis par les dispositions du contrat et non par le présent livret. Pour connaître le libellé exact des dispositions du contrat, veuillez communiquer avec votre service des Ressources humaines.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

1. Nom du Contractant

ASSOCIATION CANADIENNE DES PROPRIÉTAIRES ET PILOTES D'AÉRONEFS

2. Description des personnes admissibles :

Les classes de personnes suivantes sont admissibles :

Classe A : Tous les membres qui ont choisi la Protection individuelle.

Classe B : Tous les membres qui ont choisi la Protection familiale.

L'Enfant à charge peut souscrire à une seule Protection familiale. Si plus d'un Membre est admissible à la Protection familiale à l'égard du même enfant à charge, les Membres doivent décider en vertu de quelle protection cet enfant à charge sera couvert.

Une seule Protection familiale est admissible par famille. Si un Membre et son Conjoint sont tous les deux des Membres du Contractant, ils doivent décider s'ils souhaitent être couverts en vertu d'une seule Protection familiale ou en vertu de deux Protections individuelles, si aucun Enfant à charge ne doit être couvert.

« Membre » signifie un membre actif

travaillant à temps plein pour le Contractant, qui est âgé de moins de quatre-vingts (80) ans.

« Conjoint » signifie une personne de moins de quatre-vingts (80) ans :

- a) à laquelle le Membre est légalement marié; ou
- b) avec qui le Membre cohabite dans une situation assimilable à une relation conjugale de façon permanente depuis au moins un (1) an avant la date de l'événement pour lequel il est assuré.

Une seule personne est admissible à titre de Conjoint.

Si, tout en étant légalement marié ou en union civile, le Membre cohabite avec une personne décrite au point (b) ci-dessus, il peut choisir par écrit quelle personne doit être assurée à titre de Conjoint en vertu de la Police. La déclaration doit être remise au Contractant avant la réalisation du risque assuré, sans quoi elle ne lie pas l'Assureur. Si aucune déclaration n'est remise, le Conjoint sera la personne à laquelle le Membre est légalement marié ou avec qui il vit en union civile.

« Enfant à charge » désigne un enfant biologique, un enfant adopté, un enfant du Conjoint ou tout enfant avec lequel le Membre a par ailleurs une relation parent-enfant. L'enfant doit être célibataire, dépendre du Membre pour ses frais de subsistance et :

- a) avoir moins de vingt-et-un (21) ans; ou
- b) avoir moins de vingt-cinq (25) ans (vingt-six (26) ans au Québec) et

- fréquenter à temps plein un Établissement d'enseignement postsecondaire; ou
- c) en raison d'une déficience mentale ou physique, être incapable d'occuper un emploi lui permettant de subvenir à ses besoins et être entièrement dépendant du Membre pour ses frais de subsistance en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu*.

« Établissement d'enseignement postsecondaire » signifie uniquement une université, un collège, un cégep ou une école de formation professionnelle et technique.

Le Membre, le Conjoint et les Enfants à charge doivent résider au Canada et être couverts par les régimes fédéraux ou provinciaux d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation.

3. Couverture :

Indemnité pour le remboursement des frais médicaux 1 000 000 \$

Indemnité pour le remboursement des soins dentaires en cas d'accident Incluse

Indemnité d'évacuation 15 000 \$

Indemnité de rapatriement 5 000 \$

Indemnité de déplacement pour raisons familiales et de logement 5 000 \$

Indemnité pour le retour du véhicule 500 \$

Indemnité pour les frais de convalescence dans un hôtel 1 000 \$

Franchise : Aucune

Coassurance : 100 %

La couverture d'assurance est en vigueur pendant une durée maximale de quarante-cinq (45) jours pour chaque Voyage.

4. Montant global d'indemnisation applicable à :

Indemnité pour le remboursement des frais médicaux

1 000 000 \$

5. Date d'effet de l'assurance individuelle :

L'assurance de chaque personne admissible entre en vigueur selon ce qui suit :

Pour le Membre :

- à la date d'effet de la Police, si le Membre devient admissible à cette date ou avant;
- à la date à laquelle le Membre retourne effectivement au travail à temps plein, à moins que la raison de son absence du travail soit qu'il est en période de congé à la Date d'effet de la Police;

- c) à la date à laquelle le Membre devient admissible s'il devient admissible après la date d'effet de la Police.

Pour le Conjoint ou l'Enfant à charge :

- a) à la date de prise d'effet de l'assurance du Membre;
- b) à la date à laquelle le Conjoint ou l'Enfant à charge devient admissible si cette date est postérieure à la date de prise d'effet de l'assurance du Membre.

DISPOSITIONS PRINCIPALES

Définitions

Dans la présente police, on entend par :

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

« Affection ». Mauvais état de santé du corps ou de toute partie du corps déclaré en cours d'assurance qui atteint la Personne assurée, et les frais qui l'accompagnent sont engagés durant un Voyage à l'extérieur de la province de résidence de la Personne assurée.

« Blessure ». Les dommages corporels qui résultent d'un accident se produisant en cours d'assurance et qui atteignent la

Personne assurée. Ils entraînent directement, c'est-à-dire indépendamment de toute autre cause, une perte couverte par la police. Il faut toutefois que la Blessure se produise durant un Voyage à l'extérieur de la province de résidence de la Personne assurée. Il est entendu que sont exclues toutes les Maladies ou Affections, sauf si elles sont la conséquence directe d'un accident.

« Compagnon de voyage ». La personne qui partage le même logement ou chambre que la Personne assurée.

« 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, les Médecins et le personnel infirmier peuvent être un membre de la famille immédiate.

« Logement ». Un logement à proximité de l'hôpital où séjourne la Personne assurée.

« Maladie ». L'altération des fonctions physiologiques normales, y compris les Blessures et Affections, qui se produit en cours d'assurance et atteint la Personne assurée. Les frais qui l'accompagnent

doivent être engagés durant un Voyage à l'extérieur de la province de résidence de la Personne assurée.

« Médecin ». Un docteur en Médecine (M.D.) (sauf la Personne assurée ou un Membre de sa famille immédiate), dûment autorisé à exercer la Médecine par un des organismes suivants :

1. un organisme agréé responsable de la délivrance des permis d'exercice dans la région d'administration des soins et dont le Médecin est membre en règle; ou
2. un organisme gouvernemental ayant compétence sur la délivrance des permis d'exercer dans la région d'administration des soins.

« Membre de la famille immédiate ». Toute personne d'au moins dix-huit (18) ans, qu'il s'agisse du fils, de la fille, du père, de la mère, du frère, de la sœur, du beau-fils, de la belle-fille, du beau-père, de la belle-mère, du beau-frère, de la belle-sœur – peu importe que le lien soit naturel ou résulte d'une adoption ou d'un remariage –, du conjoint, du petit-fils, de la petite-fille, du grand-père ou de la grand-mère de la Personne assurée.

« Personne assurée ». Le Membre assuré, le Conjoint assuré ou l'Enfant à charge assuré.

« Personnel infirmier ». Un infirmier autorisé (inf. aut.) ou un infirmier dûment autorisé à exercer par un organisme gouvernemental ayant la compétence sur la réglementation de la délivrance des permis. L'infirmier n'est ni la Personne assurée ni un Membre de sa famille immédiate.

« Recevoir les soins appropriés ». 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.

« Résidence ». Non seulement l'habitation principale de la Personne assurée, mais l'ensemble de sa propriété.

« Tarif ». Le prix normal demandé pour :

1. un siège en classe économique sur un vol régulier d'un transporteur aérien régulier (vol intérieur ou international);
2. un siège dans un train de voyageurs;
3. un siège régulier dans un autobus-voyageurs;
4. un siège en classe économique sur un bateau.

Chacun de ces transporteurs doit être titulaire d'un certificat émis par Transports Canada ou par un organisme de même nature d'un autre pays.

« Tarif aérien ». Le prix normal demandé pour un siège en classe économique d'un vol régulier proposé par un transporteur aérien (vol intérieur ou international) titulaire d'un certificat émis par Transports Canada ou par un organisme gouvernemental de même nature d'un autre pays.

« Urgence ». Un événement ou des circonstances imprévus ou non planifiés.

« Véhicule automobile ». Une voiture de tourisme, une familiale, une fourgonnette, un tout terrain, un camion, une ambulance ou tout genre de véhicule automobile utilisé par les corps de police municipaux, provinciaux ou fédéraux.

« Voyage ». Tout déplacement de la Personne assurée, sous réserve d'une durée maximale de quarante-cinq (45) jours consécutifs, que l'on calcule comme suit : de la date du départ de la province de résidence de la Personne assurée au retour au même endroit.

Le terme « province » comprend les territoires lorsque la Personne assurée réside dans l'un des territoires canadiens ou y reçoit des soins.

En vue d'alléger le texte, le masculin comprend le féminin.

Indemnité pour le remboursement des frais médicaux

Si, par suite d'une Blessure, Maladie ou Affection, la Personne assurée doit recevoir des soins médicaux ou chirurgicaux et supporter les frais admissibles (services, médicaments ou appareils) décrits ci-dessous, l'Assureur s'engage à rembourser les frais normaux et nécessaires comme suit :

1. Les frais d'hospitalisation en salle commune ou en chambre à un ou deux lits, sous réserve d'une durée maximale de douze (12) mois;
2. Les soins de consultation externe d'un hôpital, au besoin;
3. Les honoraires d'un membre du personnel infirmier dont les services ont fait l'objet d'une ordonnance d'un Médecin, sous réserve que normalement il n'habite pas chez la Personne assurée et n'est pas Membre de sa famille immédiate. Le remboursement se limite à cinq mille dollars (5 000 \$) par Accident, Maladie ou Affection.
4. Les frais de médicaments, de sérums et de vaccins faisant l'objet d'une ordonnance d'un Médecin ou d'un dentiste dûment qualifié et préparés par un Médecin ou un pharmacien autorisé, sous réserve d'une provision de trente (30) jours; sont exclus les frais d'injection;
5. Les honoraires d'un physiothérapeute dûment autorisé ou qualifié dont les services ont fait l'objet d'une ordonnance d'un Médecin, sous réserve que normalement il n'habite pas chez la Personne assurée et n'est pas Membre de sa famille immédiate. Le remboursement se limite à mille dollars (1 000 \$) par Accident, Blessure ou Affection;
6. Les frais de transport, à l'aller ou au retour, de la Personne assurée jusqu'à l'hôpital le plus proche qui dispose des installations nécessaires, étant précisé que le transport est pris en charge par un service autorisé de voiture d'ambulance ou, sur la recommandation

d'un Médecin, par tout autre véhicule ayant un permis de transport des passagers. Le remboursement se limite à mille dollars (1 000 \$) par Accident, Maladie ou Affection;

7. Les frais engagés pour ce qui suit :
- a) le plasma sanguin, le sang entier ou l'oxygène, y compris leur administration,
 - b) les radiographies et les épreuves de laboratoire d'analyses médicales,
 - c) les membres artificiels, les prothèses oculaires ou autres appareils de prothèse, sous réserve d'un maximum de deux mille dollars (2 000 \$) par année civile,
 - d) la location ou l'achat de plâtres, de collets cervicaux, de béquilles, d'attelles et d'appareils orthopédiques (sauf les appareils orthodontiques et les attelles dentaires),
 - e) la location de fauteuil roulant, de poumon d'acier ou d'autres articles médicaux durables et temporairement nécessaires, jusqu'à concurrence de cinq mille dollars (5 000 \$) par Accident, Maladie ou Affection,
 - f) les soins médicaux ou chirurgicaux prodigués par un Médecin,
 - g) les honoraires d'un anesthésiste autorisé dont les services ont fait l'objet d'une ordonnance d'un Médecin,

- h) les honoraires d'un des professionnels de la santé autorisés suivants, sous réserve que normalement il n'habite pas chez la Personne assurée et n'est pas un Membre de sa famille immédiate. Le remboursement se limite à trois cents dollars (300 \$) par spécialité et par Accident, Maladie ou Affection. La recommandation du Médecin n'est pas nécessaire, sauf indication contraire :
 - a) Chiropraticien
 - b) Massothérapeute, sur la recommandation du Médecin
 - c) Orthophoniste
 - d) Ostéopathe
 - e) Podologue ou podiatre
 - f) Psychologue

Les frais de radiographies et d'analyses médicales en laboratoire ayant fait l'objet d'une ordonnance d'un chiropraticien, d'un ostéopathe ou d'un podiatre sont admissibles en vertu du présent alinéa, sous réserve d'une seule radiographie par spécialité, par Assuré, par Accident, Maladie ou Affection.

Indemnité pour le remboursement des soins dentaires en cas d'accident

Si, par suite d'un coup porté à la bouche, des dents saines et entières, y compris les couronnes, sont endommagées et qu'un dentiste ou un chirurgien dentiste dûment qualifié recommande un traitement, le remplacement ou une radiographie, l'assureur s'engage à rembourser les frais

raisonnables et nécessaires effectivement engagés par la Personne assurée. Toutefois, le maximum ne peut dépasser la somme de deux mille dollars (2 000 \$) par Accident.

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

Indemnité d'évacuation

Si, par suite d'une Blessure, Maladie ou Affection, la Personne assurée doit faire l'objet de l'une des évacuations suivantes :

1. sur la recommandation du Médecin traitant et avec l'approbation de l'assureur, le transport de la Personne assurée dans un véhicule muni d'un permis de transports des passagers, y compris une ambulance aérienne, mais non une voiture d'ambulance, du lieu de survenance du sinistre (Blessure, Maladie ou Affection) jusqu'à l'hôpital ou autre établissement de santé le plus proche disposant des installations nécessaires,
2. l'attestation écrite du Médecin traitant à l'appui et avec l'approbation de l'assureur, le retour de la Personne assurée, dès la fin des soins ou de l'obtention des épreuves diagnostiques, dans sa province de résidence, selon la recommandation du Médecin traitant,

pour qu'il puisse poursuivre son traitement ou commencer sa convalescence. Le retour s'effectue dans un véhicule muni d'un permis de transports des passagers, y compris une ambulance aérienne, mais non une voiture d'ambulance,

3. le retour de la Personne assurée dans sa province de résidence, sur la recommandation du Médecin traitant, au Canada parce que, hospitalisée et recevant les soins appropriés d'un Médecin, elle ne peut rentrer chez elle le jour prévu, étant précisé que son billet aller et retour original n'est ni échangeable ni remboursable,

L'assureur s'engage à prendre en charge les frais de transport normaux et nécessaires effectivement supportés, y compris les frais de fournitures et de soins médicaux connexes.

L'assureur s'engage également à prendre en charge le prix du billet d'avion à l'aller et au retour, l'hébergement et les repas d'un auxiliaire médical ou d'un seul Membre de la famille immédiate, chargé d'accompagner la Personne assurée, si les frais effectivement engagés sont normaux et nécessaires, sous réserve d'un maximum de deux mille dollars (2 000 \$).

La somme totale payable en vertu de la présente disposition ne peut dépasser le maximum par Accident, Maladie ou Affection stipulé à cet égard à l'article 3 des Dispositions particulières.

La présente indemnité n'est payable qu'en vertu d'un seul contrat de l'assureur établi au nom du Contractant.

Indemnité de rapatriement

Si, par suite d'une Blessure, Maladie ou Affection, la Personne assurée vient à décéder à plus de cinquante (50) kilomètres de sa résidence habituelle, l'assureur s'engage à rembourser les frais réels, normaux et nécessaires de la préparation de la dépouille mortelle et de son transport jusqu'au premier endroit (notamment un salon funéraire ou un lieu d'inhumation) à proximité de sa résidence habituelle. Le remboursement est sous réserve du maximum stipulé à l'article 3 des Dispositions particulières, à la rubrique « Indemnité de rapatriement ».

Les indemnités en vertu de la présente disposition seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Indemnité de déplacement pour raisons familiales et logement

Si, par suite d'une Blessure, Maladie ou Affection, la Personne assurée vient à décéder ou est hospitalisée pendant au moins quatre (4) jours consécutifs et reçoit les soins appropriés d'un Médecin, l'assureur s'engage à rembourser les frais réels, normaux et nécessaires pour :

1. les frais de repas et de logement et du billet aller et retour de tout autre

Personne assurée ou Compagnon de voyage qui restent au chevet de la Personne assurée durant son hospitalisation, les empêchant ainsi de retourner dans leur province de résidence à la date initialement prévue, étant précisé que leur billet de retour original n'est ni échangeable ni remboursable. Le remboursement se limite au trajet le plus court vers la résidence de l'autre Personne assurée ou Compagnon de voyage, sous réserve d'un aller simple;

2. les frais de repas et de logement et du billet de retour d'un seul Membre de la famille immédiate ou de son représentant pour qu'il puisse se rendre au chevet de la Personne assurée si, au moment de l'hospitalisation, elle n'était accompagnée d'aucun membre de sa famille. Le remboursement se limite au trajet le plus court entre la résidence du Membre de la famille immédiate et le lieu de l'hospitalisation.

Le remboursement des frais de déplacement en vertu de la présente disposition se limite à soixante-quinze pour cent (75 %) du prix du billet de transport. Si le déplacement s'effectue dans un véhicule automobile n'ayant pas de permis de transport des passagers, le remboursement se limite à un maximum de trente-cinq cents (0,35 \$) le kilomètre.

Le maximum payable à la Personne assurée ou en son nom par suite d'un seul Accident ou d'une seule Maladie ou Affection correspond à la somme stipulée à l'article 3

des Dispositions particulières, à la rubrique « Déplacement pour raisons familiales et logement ».

Indemnité pour le retour du véhicule

Si, par suite d'une Blessure, Maladie ou Affection, le Médecin traitant atteste par écrit que l'invalidité de la Personne assurée l'empêche de conduire le véhicule automobile, qu'il en soit le propriétaire ou non, qui lui servait de moyen de transport, l'assureur s'engage à rembourser les frais normaux et nécessaires effectivement engagés pour qu'une agence spécialisée rapatrie le véhicule en question jusqu'à la résidence de la Personne assurée ou jusqu'à l'agence de location, selon le cas.

Le maximum payable à la Personne assurée ou en son nom par suite d'un seul Accident ou d'une seule Maladie ou Affection correspond à la somme stipulée à l'article 3 des Dispositions particulières, à la rubrique « Indemnité pour le retour du véhicule ».

Indemnité pour les frais de convalescence dans un hôtel

Si, par suite d'une Blessure, Maladie ou Affection, le Médecin traitant atteste par écrit que l'état de santé de la Personne assurée l'empêche de reprendre la route après sa sortie de l'hôpital où elle a été hospitalisée pendant moins de sept (7) jours, l'assureur s'engage à rembourser les frais de logement et de repas normaux et nécessaires effectivement engagés.

Le maximum payable à la Personne assurée ou en son nom par suite d'un seul Accident ou d'une seule Maladie ou Affection correspond à la somme stipulée à l'article 3 des Dispositions particulières, à la rubrique « Indemnité pour les frais de convalescence dans un hôtel ».

Montant global d'indemnisation

À l'exception des dispositions mentionnées ci-dessous, le remboursement de tous les frais engagés par la Personne assurée par suite de toutes les Blessures résultant d'un même accident, ou par suite de la même Maladie ou Affection, se limite au montant global d'indemnisation stipulé à l'article 4 des Dispositions particulières.

Les indemnités suivantes sont exclues du Montant global d'indemnisation :

- Indemnité d'évacuation
- Indemnité de rapatriement
- Indemnité de déplacement pour raisons familiales et logement
- Indemnité pour le retour du véhicule
- Indemnité pour les frais de convalescence dans un hôtel

Franchise

Comme stipulé à l'article 3 des Dispositions particulières, la franchise s'applique à toutes les prestations payables en vertu de la rubrique « Indemnité pour le remboursement des frais médicaux » par

suite d'un seul Accident, d'une seule Maladie ou Affection.

Le remboursement des frais assurés commence dès qu'on a atteint la franchise, le cas échéant.

Coassurance

Comme stipulé à l'article 3 des Dispositions particulières, la coassurance (en pourcentage) s'applique à toutes les prestations payables en vertu de la rubrique « Indemnité pour le remboursement des frais médicaux » par suite d'un seul Accident, d'une seule Maladie ou Affection :

Le remboursement des frais s'effectue selon le pourcentage stipulé, une fois que la franchise est atteinte, le cas échéant.

Indemnisation

Sauf stipulation contraire, toutes les prestations, y compris celles payables au Conjoint et/ou aux Enfants à charge assurés, sont remises à la Personne assurée. En cas de décès de la Personne assurée, les prestations à verser, le cas échéant, sont payables à sa succession.

Résiliation de l'assurance d'une personne admissible

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

1. la résiliation de la Police;
2. l'échéance de la prime si le Membre n'acquitte pas la prime exigible;
3. le quatre-vingtième (80^e) anniversaire de la Personne assurée;
4. l'inadmissibilité à l'assurance de la Personne assurée en raison de la nature de son association au Contractant.

Si la Personne assurée devient non admissible à l'assurance durant son Voyage, cette assurance prendra fin à la première des éventualités suivantes : la date à laquelle la Personne assurée retourne dans sa province de résidence ou après la durée maximale indiquée à la définition du terme « Voyage », qui débute au moment où la Personne assurée quitte sa province de résidence.

La terminaison de l'assurance de toute Personne assurée n'influencera pas le traitement d'une demande de règlement si la Blessure, la Maladie ou l'Affection est couverte et si la demande est soumise à la date de la terminaison. Si l'hospitalisation de la Personne assurée a lieu après la résiliation alors qu'elle est le résultat d'un sinistre s'étant produit avant, les prestations sont payables sous réserve que le traitement soit continu et que les conditions contractuelles en vigueur à la résiliation soient respectées. Toutefois, aucune prestation n'est payable en vertu de l'Indemnité pour le remboursement des frais médicaux ni de l'Indemnité pour le remboursement des soins dentaires en cas d'accident pour les frais engagés après

l'hospitalisation de la Personne assurée ou après une période de douze (12) mois suivant le premier jour d'hospitalisation de cette dernière, selon la première éventualité.

Maintien en vigueur de l'assurance

L'assurance en vertu de la présente police se poursuit, sans aucune prime à acquitter, si le séjour de la Personne assurée est reporté jusqu'après la résiliation de l'assurance comme suit :

1. Si le retour de la Personne assurée dans sa province de résidence est reporté en raison d'une panne mécanique du moyen de transport utilisé ou à utiliser, d'un accident de la route ou des intempéries, l'assurance se poursuit pendant un maximum de soixante-douze (72) heures après la date de résiliation de l'assurance.
2. Si, par suite d'une Blessure, Maladie ou Affection, la Personne assurée est hospitalisée, l'assurance se poursuit pendant un maximum de soixante-douze (72) heures après la date de sortie de l'hôpital.
3. Si, par suite d'une Blessure, Maladie ou Affection, l'état de santé de la Personne assurée l'empêche, attestation du Médecin traitant à l'appui et, même s'il n'est pas hospitalisé, de rentrer dans sa province de résidence, l'assurance se poursuit pendant un maximum de dix (10) jours après la date de résiliation de l'assurance.

L'assurance prévue en vertu de la présente disposition est soumise aux conditions contractuelles en vigueur à la date à laquelle l'assurance aurait dû normalement prendre fin, y compris toute disposition prévoyant la réduction des montants d'assurance.

Exclusions et limitations

- A. Cette police ne couvre pas les pertes (mortelles ou non) ni les frais résultant principalement ou accessoirement de ce qui suit :
 1. un suicide ou des blessures que la Personne assurée s'inflige intentionnellement;
 2. une guerre, déclarée ou non;
 3. la perpétration d'actes de terrorisme, 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. la grossesse ou l'accouchement, sauf les complications qui en découlent, lesquelles seront considérées comme toute autre Maladie;

6. tout Voyage de la Personne assurée dont le but est de consulter un Médecin ou d'obtenir des soins médicaux ou chirurgicaux;
7. la participation à un sport professionnel;
8. la pratique de l'acrobatie aérienne, de l'alpinisme, du vol libre, de la plongée sous-marine autonome ou la participation à des courses ou à des épreuves de vitesse.

Pour les Personnes assurées âgées entre 65 et 69 ans :

1. toute condition pour laquelle la Personne assurée a consulté un Médecin ou reçu des soins dans les trois (3) mois précédant le début du Voyage, sauf en ce qui a trait à un état chronique traité par un Médecin et jugé stable grâce à la prise régulière de médicaments prescrits.

Par « état chronique », on entend une Maladie ou un trouble présent depuis au moins trois (3) mois.

Par « état jugé stable », on entend un état pathologique stationnaire qui n'a nécessité aucune intervention médicale ni psychiatrique pendant un minimum de trois (3) mois.

Pour les Personnes assurées âgées entre 70 et 74 ans :

1. toute condition pour laquelle la Personne assurée a consulté un Médecin ou reçu des soins dans les six (6) mois précédant le début du Voyage, sauf en ce qui a trait à un état chronique traité par un Médecin et jugé stable grâce à la prise régulière de médicaments prescrits.

Par « état chronique », on entend une Maladie ou un trouble présent depuis au moins six (6) mois.

Par « état jugé stable », on entend un état pathologique stationnaire qui n'a nécessité aucune intervention médicale ni psychiatrique pendant un minimum de six (6) mois.

Pour les Personnes assurées âgées entre 75 et 79 ans :

1. toute condition pour laquelle la Personne assurée a consulté un Médecin ou reçu des soins dans les douze (12) mois précédant le début du Voyage, sauf en ce qui a trait à un état chronique traité par un Médecin et jugé stable grâce à la prise régulière de médicaments prescrits.

Par « état chronique », on entend une Maladie ou un trouble présent depuis au moins douze (12) mois.

Par « état jugé stable », on entend un état pathologique stationnaire qui n'a

nécessité aucune intervention médicale ni psychiatrique pendant un minimum de douze (12) mois.

B. La présente police ne couvre pas ce qui suit :

1. les frais couverts par tout régime collectif ou gouvernemental d'assurance hospitalisation, maladie ou soins dentaires, que ces frais soient remboursables ou non, ou les frais qui ne sont pas assurables en vertu de la loi;
2. les frais remboursés par un autre régime d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation du Contractant;
3. les examens médicaux à l'usage d'un tiers, la chirurgie esthétique ou les soins dentaires, sauf s'ils sont nécessaires par suite d'un Accident;
4. les frais de tout produit au stade expérimental n'ayant pas reçu l'approbation de tout programme fédéral d'accès spécial à des produits médicaux, les contraceptifs, peu importe leur nature, et les spécialités pharmaceutiques;
5. les frais de tout traitement médical expérimental;

6. les services pour lesquels il n'y aurait habituellement aucuns frais en l'absence d'assurance;
7. les frais engagés pour un traitement ou une chirurgie qui, d'un point de vue médical, aurait pu attendre le retour de la Personne assurée dans sa province de résidence;
8. les frais engagés pour un traitement ou une chirurgie que la Personne assurée a décidé d'obtenir à l'extérieur de sa province de résidence à la suite d'un diagnostic ou d'un traitement d'urgence relativement à une condition médicale, qui, d'un point de vue médical, n'aurait pas empêché la Personne assurée de retourner dans sa province de résidence avant de recevoir ce traitement ou cette chirurgie.

C. Les limitations suivantes s'appliqueront :

1. La couverture d'assurance de chaque Voyage débute lorsque la Personne assurée traverse les frontières de sa province de résidence ou, si elle voyage par aéronef, lorsque cet aéronef décolle de sa province de résidence, à la condition que l'assurance de la Personne assurée soit en vigueur à ce moment, selon ce qui est prévu à l'article 8 des Dispositions particulières.

La couverture d'assurance de chaque Voyage se termine lorsque la Personne assurée traverse à nouveau les frontières de sa province de résidence lors de son retour de Voyage ou, si elle voyage par aéronef, lorsque cet aéronef atterrit dans sa province de résidence, ou quarante-cinq (45) jours après la date de son départ de sa province de résidence, selon la première éventualité.

2. Les frais ne sont remboursés que s'il s'agit d'interventions obligatoires et urgentes exécutées à l'extérieur de la province de résidence de la Personne assurée et de frais supérieurs aux dépenses payables en vertu d'un régime individuel, collectif ou provincial d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation.
3. En consultation avec le Médecin traitant, l'assureur se réserve le droit de faire transférer la Personne assurée dans un autre hôpital ou de la faire transférer dans sa province de résidence pour qu'elle puisse y recevoir les soins nécessaires. En cas de refus, l'assureur cesse d'être responsable des frais liés à l'Affection à l'origine des soins et engagés après la date du transfert proposée.

Coordination des prestations

Toutes les prestations de même nature habituellement payables en vertu d'une autre assurance ou d'un autre régime sont coordonnées avec les prestations de la présente police de sorte que le remboursement maximal ne dépasse pas la totalité des frais engagés.

L'assureur peut, à sa guise, exiger que la Personne assurée lui cède tout droit de poursuite contre les tiers à concurrence des prestations versées en vertu des présentes.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Un avis écrit de la perte doit être remis à l'Assureur au plus tard trente (30) jours suivant la date de la perte. Une telle déclaration doit être remise par la Personne assurée ou en son nom, selon le cas, au siège social de l'Assureur, situé au 1225, rue St-Charles Ouest, bureau 200, Longueuil (Québec) J4K 0B9, à un de ses bureaux régionaux ou à un de ses mandataires autorisés, et doit être accompagnée des renseignements permettant d'identifier la Personne assurée dont la perte constitue le fondement de cette déclaration. 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 de retard. En aucun cas, la déclaration ne peut être présentée plus d'un (1) an après la perte.

Dans les trente (30) jours suivant la réception de la déclaration de la perte, l'Assureur

remettra au demandeur les formulaires habituels de demande de règlement.

La preuve écrite de la perte doit être remise à l'Assureur au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de la perte. La non-présentation de la preuve, dans le délai imparti, n'invalide pas ni ne diminue la demande de règlement s'il est prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de le faire et que la déclaration a été présentée dès que possible, mais dans tous les cas pas plus de un (1) an après la perte.

Tant que la demande de règlement est à l'étude, l'assureur se réserve le droit de faire passer à la Personne assurée un examen médical toutes les fois qu'il le juge opportun. Toutes les prestations payables en vertu de la police sont réglées dès réception d'une attestation de la perte.

Toutes les sommes payables en vertu de la Police le sont en monnaie légale du Canada.

L'assurance d'une Personne assurée n'est pas cessible.

Aucune action en justice ne peut être intentée pour se faire verser les sommes assurées en vertu de la présente police avant l'expiration d'un délai de soixante (60) jours après présentation des pièces justificatives de perte à l'assureur et au plus tard trois (3) ans [un (1) an à l'extérieur du Québec] par la suite.

Si le délai stipulé dans la police pour présenter une déclaration de sinistre ou des pièces justificatives de la perte, ou pour intenter une action en justice, est inférieur à celui prévu par la loi de la province de résidence de la Personne assurée au moment du sinistre, ce dernier prévaut.

AXA Assistance Canada inc. Programme AXA Assistance

SSQ, Société d'assurance inc., s'engage, en collaboration avec AXA Assistance Canada inc., à offrir le programme d'assistance médicale aux Personnes assurées (ci-après désignés sous le nom de membres) en vertu du **contrat no 1C680** établi au nom de :

ASSOCIATION CANADIENNE DES PROPRIÉTAIRES ET PILOTES D'AÉRONEFS

Tous les membres qui voyagent ou qui résident à l'étranger peuvent profiter des services d'urgence suivants :

1. Recommandation de Médecins et d'établissements de santé.
2. Expédition, si la loi le permet, de médicaments d'ordonnance qu'il faut remplacer en cas de perte, de vol, d'expiration, etc.
3. Suivi médical, évaluation de la pertinence des soins et transmission de l'information à la famille et/ou à l'employeur.
4. Préparatifs d'évacuation vers l'établissement le plus proche en mesure de dispenser les soins.
5. Organisation du transport d'urgence sous supervision médicale.
6. Organisation du transport de la dépouille mortelle du membre.
7. Transmission entre le membre et sa famille ou son employeur de tout message urgent.
8. Soutien accordé pour remplacer les documents importants (passeports, cartes de crédit, etc.).
9. Transmission des coordonnées des ambassades ou consulats.
10. Organisation de la première consultation en cas d'infraction à la loi en pays étranger.
11. Services d'interprète au téléphone ou recommandation d'un tel service.
12. Préparatifs du voyage d'un membre de la famille immédiate choisi par le membre à destination du lieu d'hospitalisation.
13. Préparatifs du voyage de retour des enfants à charge laissés sans surveillance.
14. Soutien accordé pour remplacer les billets, les pièces d'identité ou autres documents officiels en cas de perte, de vol ou de retour anticipé.
15. Préparatifs de départ sous forme d'information relative aux passeports, visas, vaccins obligatoires et à toute autre restriction propre au pays visité.
16. Soutien accordé pour remplacer les bagages en cas de perte ou de vol.

En cas de maladie ou de blessure d'un membre de AXA Assistance, on peut composer l'un des numéros figurant sur la carte de membre et on doit être prêt à donner l'information suivante :

- le nom de l'appelant, le no de téléphone et le lien avec le membre.
- le nom du membre, l'endroit et le code

d'identification et le contrat no figurant sur la carte.

- l'état du membre et la nature de l'urgence.
- le nom, l'endroit et le no de téléphone de l'Hôpital.
- le nom, l'endroit et le no de téléphone du Médecin traitant.

AXA Assistance aide le membre à obtenir les soins nécessaires. Toutefois, SSQ, Société d'assurance inc. et AXA Assistance déclinent toute responsabilité quant à la disponibilité, l'indisponibilité, la quantité, la qualité ou aux résultats des soins reçus ou à l'impossibilité d'obtenir de tels soins.

En cas d'urgence, il faut communiquer avec AXA Assistance dans les 48 heures, ou dans les meilleurs délais possible. Pour éviter la réduction de sa demande de règlement, il faut contacter AXA Assistance dans les 48 heures suivant son admission à l'hôpital.

SSQ, Société d'assurance inc. remettra à tous les membres assurés une carte d'identité sur laquelle figurent les numéros de téléphone à composer. On peut utiliser ce service 24 heures sur 24, 365 jours par année en cas d'urgence médicale, personnelle ou de voyage.

On peut bénéficier du service si le **contrat no 1C680** de SSQ, Société d'assurance inc. est en vigueur.

Ces services ne font cependant pas partie du contrat de SSQ, Société d'assurance inc.