

ACCIRANCE, ASSURANCE
ACCIDENT DE PERSONNES

GUIDE

de distribution

Élite – 01



Accirance, Assurance accident de personnes
est un produit individuel d'assurance.

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

Avis émis par l'Autorité des marchés financiers

L'Autorité des marchés financiers ne s'est pas prononcée sur la qualité du produit offert dans le présent guide. L'assureur est le seul responsable de toute différence entre le contenu du guide et celui du contrat.

Ce guide a été rédigé à titre explicatif. Il ne constitue pas le contrat d'assurance. Une fois la lecture du guide terminée, si vous avez des questions, vous pouvez consulter le contrat d'assurance.

Le contrat d'assurance se compose :

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

Pour obtenir des **renseignements supplémentaires** sur Accirance, communiquez avec nous au numéro de téléphone suivant :

1 800 463-7838.

Les mots définis dans ce guide sont indiqués en *italique*. Vous trouverez leur définition aux pages 8 à 12.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
■ À quoi sert le guide de distribution?	7
■ Pourquoi choisir Accirance?	7
■ Délai pour l'examen du contrat	8
■ Définitions	8
1- DESCRIPTION DU PRODUIT OFFERT	12
a) Nature de l'assurance	12
b) Résumé des conditions et caractéristiques	12
■ Qui est admissible à l'assurance?	12
■ Jusqu'à quel âge pouvez-vous demander l'assurance?	13
■ Comment pouvez-vous obtenir l'assurance?	13
■ Devez-vous répondre à des questions relatives à votre état de santé?	13
■ Quand l'assurance débute-t-elle?	13
■ Quelle est la protection offerte?	13
A. Protection en cas de décès, de mutilation, de fracture, de coma ou de perte d'usage	14
B. Protection en cas de décès non accidentel	17
C. Protection pour les frais médicaux et paramédicaux	18
D. Protection pour les frais dentaires	19
E. Protection pour les frais de transport et de séjour	19
F. Protection pour les frais liés aux études	20
G. Prestation mensuelle pour une période de vacances scolaires	21
H. Protection en cas d'hospitalisation	22
■ Comment le coût de votre assurance est-il calculé?	22
■ Qu'arrive-t-il en cas de non-paiement de la prime?	23
■ À qui les sommes prévues sont-elles versées?	23
■ Quelle est la durée du contrat d'assurance?	24
■ Le renouvellement du contrat est-il garanti?	24
■ Modification et fin du contrat	24

■ Exclusions et limites	25
c) Quand l'assurance prend-elle fin?	28
2- DEMANDE DE PRESTATIONS	29
a) Présentation de la demande de prestations	29
b) Réponse de l'assureur	30
c) Appel de la décision de l'assureur et recours	30
■ Coordination des prestations	31
3- PRODUITS SIMILAIRES	31
4- AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS (RÉSIDENTS DU QUÉBEC SEULEMENT)	31
5- UNE INSATISFACTION? FAITES-LE-NOUS SAVOIR.	32

INTRODUCTION

■ À quoi sert le guide de distribution?

Ce guide de distribution renferme l'essentiel de l'information relative à Accirance.

Vous pourrez ainsi obtenir des réponses à vos questions et constater par vous-même, alors que vous n'êtes pas en présence d'un représentant en assurance, comment Accirance peut répondre à vos besoins.

Nous vous invitons à lire attentivement ce guide, plus particulièrement les pages **15 à 17** et **25 à 28**, qui traitent des **exclusions et limites**. De plus, vous trouverez aux pages **29 à 31** la marche à suivre pour la présentation d'une **demande de prestations**.

■ Pourquoi choisir Accirance?

- ✓ Parce que le contrat Accirance offre une protection contre les conséquences financières d'un *accident*, en tout temps et partout dans le monde.
- ✓ Parce que la seule condition pour pouvoir s'assurer est d'être un *résident canadien*, que vous soyez un adulte ou un *enfant*.
- ✓ Parce qu'avec Accirance, vous bénéficiez, à un coût minime, d'avantages importants que ne procure pas le régime gouvernemental d'assurance maladie.
- ✓ Parce que le contrat Accirance se renouvelle automatiquement. Ainsi, vous évitez les conséquences d'un oubli, et le maintien continu de votre protection est garanti.
- ✓ Parce qu'avec Accirance, vous tirez profit d'une expertise de plus de 50 ans dans le domaine de l'assurance contre les *accidents*.

■ Délai pour l'examen du contrat

Le *preneur* dispose de 30 jours, après la réception de son contrat, pour en prendre connaissance et aviser l'*assureur* s'il n'en est pas satisfait. À la demande du *preneur*, l'*assureur* annule le contrat et cette annulation prend effet à la date à laquelle le contrat est entré en vigueur. Cette date est indiquée dans les CONDITIONS PARTICULIÈRES. De plus, l'*assureur* rembourse alors au *preneur* toute prime versée, à condition qu'aucune demande de *prestations* n'ait été présentée.

■ Définitions

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

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

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

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

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

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

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

- 1) qui est mariée ou unie civilement au *preneur* ou à un *assuré*; ou
- 2) qui peut prouver qu'elle vit maritalement avec le *preneur* ou un *assuré* depuis au moins 12 mois; ou
- 3) qui peut prouver qu'elle vit maritalement avec le *preneur* ou un *assuré* et qu'ils ont eu un *enfant* ensemble.

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

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

Établissement de santé :

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

- c) aux maisons de convalescence, de repos, de soins prolongés ou pour les malades chroniques;
- d) aux foyers pour personnes âgées.

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

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

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

Hospitalisation : séjour dans un *établissement de santé*.

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

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

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

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

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

Orthèse : appareillage orthopédique rigide destiné à protéger, à immobiliser ou à soutenir un membre ou une autre partie du corps. L'*orthèse* est directement fixée à la partie du corps à traiter.

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

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

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

Perte de l'ouïe ou « **perte d'usage de l'ouïe** » : perte permanente de l'ouïe. L'*assuré* doit avoir un seuil d'audition de plus de 90 décibels à l'intérieur d'une gamme de fréquences sonores allant de 500 à 3 000 Hz. Le diagnostic du seuil d'audition doit être établi par un oto-rhino-laryngologiste qui exerce sa profession au Canada.

Preneur : personne de 18 ans ou plus qui conclut le contrat avec l'*assureur* et qui répond à la définition de *résident canadien* lors de l'entrée en vigueur du contrat. Le *preneur* est considéré comme le propriétaire du contrat. Il peut aussi être un *assuré*. Son nom est indiqué dans les plus récentes CONDITIONS PARTICULIÈRES.

Prestation : montant versé par l'*assureur*. Selon les conditions du contrat, la *prestation* peut être un montant forfaitaire, un remboursement de frais engagés ou une rente mensuelle. Pour que l'*assureur* paie une *prestation*, un événement assuré par le contrat doit être survenu.

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

Traitement(s):

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

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

1- DESCRIPTION DU PRODUIT OFFERT

a) Nature de l'assurance

Accirance est un contrat d'assurance individuel qui prévoit le versement d'une *prestation* si l'*assuré* subit un *accident*.

b) Résumé des conditions et caractéristiques

■ Qui est admissible à l'assurance?

Tous les *résidents canadiens* sont admissibles à Accirance. Toutefois, le *preneur* du contrat doit être âgé de 18 ans ou plus.

Les personnes admissibles sont couvertes par l'assurance si leur nom est inscrit dans les plus récentes CONDITIONS PARTICULIÈRES et si la prime nécessaire est payée.

Si un *enfant* naît pendant que le contrat est en vigueur, il est automatiquement assuré par Accirance dès qu'il est âgé de plus de 14 jours. Aucune prime n'est requise pour cet *enfant* jusqu'à la date de renouvellement du contrat.

■ Jusqu'à quel âge pouvez-vous demander l'assurance?

Comme les risques d'*accident* persistent tout au long de la vie, il est possible de demander Accirance à tout âge.

■ Comment pouvez-vous obtenir l'assurance?

Le *preneur* peut demander l'assurance en composant le 1 877 888-4873.

■ Devez-vous répondre à des questions relatives à votre état de santé?

Vous n'avez à répondre à aucune question sur votre état de santé pour pouvoir obtenir Accirance. Vous êtes assuré automatiquement, sans examen médical.

■ Quand l'assurance débute-t-elle?

Votre assurance entre en vigueur le jour qui suit celui de votre demande.

La période d'assurance pour laquelle la prime a été payée est indiquée dans les CONDITIONS PARTICULIÈRES. La date du début de la période d'assurance correspond à la date d'entrée en vigueur de votre assurance.

■ Quelle est la protection offerte?

Accirance procure une protection complète contre les *accidents*. Elle prévoit le versement de *prestations*:

- 1) en cas de décès accidentel;
- 2) en cas de *mutilation* ou *perte d'usage*;
- 3) en cas de *fracture*;
- 4) en cas de *coma*;
- 5) en cas de décès non accidentel;
- 6) pour certains frais médicaux et paramédicaux;

- 7) pour certains frais dentaires;
- 8) pour certains frais de transport et de séjour;
- 9) pour certains frais liés aux études;
- 10) pour compenser la perte d'un emploi d'été d'un *étudiant* en raison d'une *invalidité totale*;
- 11) en cas d'*hospitalisation*.

A. Protection en cas de décès, de mutilation, de fracture, de coma ou de perte d'usage

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

TABLEAU DES PERTES

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

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

**Décès d'un assuré
âgé de 25 ans ou plus lors de l'accident**

décès accidentel à bord d'un <i>véhicule de transport public</i>	1 000 000 \$
décès accidentel, autrement que lors de l'utilisation d'un <i>véhicule de transport public</i>	100 000 \$

Fracture

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

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

Coma

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

MISE EN GARDE

Exclusions et limites de la protection en cas de décès, de mutilation, de fracture, de coma ou de perte d'usage

- 1) Un assuré âgé de 75 ans ou plus à la date de l'accident n'a droit qu'à 50 % des sommes prévues au TABLEAU DES PERTES.**
- 2) Si un assuré subit plus d'une des pertes décrites au TABLEAU DES PERTES à la suite d'un même accident, l'assureur verse une seule prestation. La prestation versée est celle qui correspond au montant le plus élevé prévu dans le TABLEAU DES PERTES pour les pertes subies.**

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

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

- 7) Si, à la suite d'un accident, l'assuré:
- a) subit une ou plusieurs des pertes décrites au TABLEAU DES PERTES; et

b) décède des causes de cet *accident* dans les 365 jours qui suivent immédiatement cet *accident*;

***l'assureur* verse seulement la *prestation* prévue en cas de décès accidentel.**

8) Pour que *l'assureur* paie une *prestation* pour une *fracture*, cette dernière doit être diagnostiquée pendant les 30 jours qui suivent *l'accident*.

9) *L'assureur* ne verse pas de *prestation* pour les *comas* provoqués médicalement, causés par l'abus d'alcool ou de drogue et les diagnostics de mort cérébrale.

B. Protection en cas de décès non accidentel

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

MISE EN GARDE

Exclusion de la protection en cas de décès non accidentel

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

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

Cette condition s'applique aussi pendant les 12 mois qui suivent toute remise en vigueur du contrat après une interruption.

C. Protection pour les frais médicaux et paramédicaux

Selon ce qui est indiqué ci-dessous, l'*assureur* verse un montant forfaitaire ou rembourse les *frais raisonnables* engagés pour un *assuré à la suite d'un accident*, pour les soins, services ou articles suivants :

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

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

- 3) le transport d'urgence immédiatement après un *accident* jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par *accident*;
- 4) l'achat ou la location d'une canne, de béquilles, de vêtements compressifs ou d'une marchette jusqu'à concurrence de 500 \$ par *accident*;
- 5) l'achat ou la location d'un fauteuil roulant jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par *accident*;
- 6) l'achat d'un premier appareil auditif ou œil artificiel, jusqu'à concurrence de 700 \$ pour chacune de ces prothèses (pour un appareil auditif, l'*assureur* verse un maximum de 700 \$ par *assuré* pour la vie de cet *assuré*);

- 7) le remplacement de lunettes cassées ou de lentilles cornéennes brisées qui servent à corriger la vue, jusqu'à concurrence de 300 \$ par *accident*;
- 8) l'achat ou la location d'une *orthèse*, jusqu'à concurrence de 400 \$ par *accident*.

D. Protection pour les frais dentaires

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

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

E. Protection pour les frais de transport et de séjour

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

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

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

F. Protection pour les frais liés aux études

L'assureur rembourse l'ensemble des frais suivants si, en raison d'un *accident* et seulement pour cette raison, un *étudiant* assuré devient *totalelement invalide*.

- 1) **Cours privés** – L'assureur rembourse les *frais raisonnables* que doit engager l'*étudiant* pour des cours privés. L'assureur rembourse ces frais aux conditions suivantes:
 - a) l'*invalidité totale* doit obliger l'*étudiant* à interrompre ses études pendant une période continue d'au moins 30 jours;
 - b) les cours privés doivent faire partie du programme d'études normal de l'*étudiant*;
 - c) les cours privés doivent être donnés par un enseignant qui détient le diplôme d'enseignement approprié;
 - d) les frais remboursés sont limités à un taux maximal de 30 \$ l'heure;
 - e) le maximum remboursé est de 3 500 \$ par *accident*.

- 2) **Transport scolaire** – L'assureur rembourse les *frais raisonnables* de transport scolaire que doit engager l'*étudiant*. L'assureur rembourse ces frais aux conditions suivantes:
 - a) l'*étudiant* assuré est incapable d'utiliser son moyen de transport habituel pour le trajet aller-retour entre son domicile et l'école;
 - b) les frais remboursés sont limités à un maximum de 15 \$ par jour;
 - c) le maximum remboursé est de 150 \$ par *accident*.

- 3) **Réorientation** – L'assureur rembourse les *frais raisonnables* de formation que doit engager l'étudiant s'il doit se réorienter en raison de son *invalidité totale*.

Le remboursement de ces frais est limité à un montant maximal de 4 000 \$ pour toute la vie de l'étudiant.

- 4) **Frais de scolarité** – L'assureur paie la portion des frais de scolarité non remboursée par l'établissement d'enseignement si l'*invalidité totale* survient pendant un trimestre pour lequel l'étudiant a engagé de tels frais.

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

G. Prestation mensuelle pour une période de vacances scolaires

Si, en raison d'un *accident*, un *étudiant* assuré est *totalelement invalide* pendant les vacances d'été, l'assureur lui verse une *prestation* mensuelle pour cette période.

Cette *prestation* peut atteindre 850 \$ par mois et sert à compenser la perte d'un emploi d'été.

Les conditions ci-dessous s'appliquent :

- 1) l'*accident* doit être survenu pendant l'année scolaire;
- 2) l'*étudiant* doit être *âgé* de 16 ans ou plus;
- 3) la *prestation* est versée à partir de la 8^e journée d'*invalidité totale*; aucune *prestation* n'est donc payable pour les 7 premiers jours d'*invalidité totale*;
- 4) l'*étudiant* assuré doit recevoir les soins d'un *médecin* durant toute la période d'*invalidité totale*;
- 5) le paiement de la *prestation* cesse à la fin de l'*invalidité totale* ou au plus tard à la fin de la période des vacances;

- 6) les *prestations* sont payables pendant la période de vacances fixée par l'établissement d'enseignement de l'*étudiant*. Cette période doit se situer entre le 1^{er} mai et le 31 août d'une même année.

H. Protection en cas d'hospitalisation

Lorsqu'un *assuré* est hospitalisé à la suite d'un *accident*, l'*assureur* verse un montant forfaitaire de 75 \$ pour chaque période complète de 24 heures consécutives d'*hospitalisation*, et ce, pendant un maximum de 30 jours par *accident*. **Cependant, aucun montant n'est payable pour les 24 premières heures de chaque période d'*hospitalisation*.**

Si plusieurs *assurés* membres d'une même famille sont hospitalisés en raison d'un *accident*, l'*assureur* verse ce montant pour chacun d'eux.

■ Comment le coût de votre assurance est-il calculé?

La prime est établie selon :

- 1) l'âge de chaque *assuré* à la date d'entrée en vigueur du contrat ou à la date du renouvellement;
- 2) le sexe de chaque *assuré*;
- 3) la fréquence des paiements.

Le *preneur* autorise l'*assureur*, au moment de la souscription du contrat, à prélever la prime périodique nécessaire pour maintenir le contrat en vigueur. L'*assureur* peut prélever cette dernière soit sur le compte-chèques du *preneur*, soit sur son compte de carte de crédit.

L'*assureur* perçoit la première prime dans les jours qui suivent la souscription de l'assurance.

■ Qu'arrive-t-il en cas de non-paiement de la prime?

Lorsqu'une prime n'est pas payée à la date prévue aux CONDITIONS PARTICULIÈRES, l'assureur envoie au *preneur* un préavis de résiliation. Le *preneur* dispose d'un délai de 30 jours à partir de la date d'envoi du préavis pour payer la prime. Votre contrat demeure en vigueur pendant ce délai. Ce délai ne s'applique toutefois pas si le *preneur* a fait savoir à l'assureur qu'il voulait mettre fin au contrat ou s'il s'agit de la première prime.

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

■ À qui les sommes prévues sont-elles versées?

L'assureur verse les sommes prévues de la façon suivante :

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

- b) si l'assuré a 18 ans ou plus à la date du versement de la *prestation*, à l'assuré.

■ Quelle est la durée du contrat d'assurance?

La durée du contrat d'assurance est indiquée aux CONDITIONS PARTICULIÈRES.

■ Le renouvellement du contrat est-il garanti?

L'assureur avise le *preneur* par écrit du renouvellement prochain de son contrat 30 à 60 jours avant la date d'échéance. À moins d'avis contraire de la part du *preneur*, le contrat est automatiquement renouvelé à la date d'échéance, pourvu que les primes soient payées.

L'assureur renouvelle le contrat selon les modalités de paiement qui s'appliquaient lors de la demande de l'assurance ou du dernier renouvellement.

■ Modification et fin du contrat

Lors du renouvellement, l'assureur peut modifier le contrat à condition de le faire pour tous les contrats Accirance de même catégorie. Il doit aussi en aviser par écrit le *preneur* au moins 30 jours à l'avance. **L'assureur considère que le *preneur* a accepté la modification 30 jours après la réception de l'avis.**

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

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

Vous trouverez à la page 3 de ce guide le numéro de téléphone à composer pour communiquer avec l'*assureur*.

MISE EN GARDE

■ Exclusions et limites

- 1) **En plus des exclusions et limites prévues dans les sections A et B de ce guide, l'*assureur* ne verse aucune *prestation* pour un *accident* dans les cas suivants:**
 - a) **si l'*accident* résulte directement ou indirectement de blessures que l'*assuré* s'est infligées volontairement ou d'une tentative de suicide. Cette restriction s'applique que l'*assuré* soit sain d'esprit ou non;**
 - b) **si une maladie, une infirmité ou une infection a contribué à l'atteinte corporelle;**
 - c) **si l'atteinte corporelle résulte d'une maladie ou d'une infection contractée accidentellement;**
 - d) **si l'atteinte corporelle résulte d'une complication ou autres événements consécutifs à un *traitement*;**
 - e) **si l'*accident* résulte d'une guerre, déclarée ou non, d'une émeute, d'une révolution ou d'un acte de terrorisme;**

- f) si l'*accident* survient lors de la participation de l'*assuré* à tout acte criminel ou à tout acte qui y est lié;
- g) si l'*accident* résulte de la pratique des activités suivantes:
 - i) vol plané ou vol libre;
 - ii) parachutisme;
 - iii) escalade ou alpinisme;
 - iv) plongée sous-marine;
 - v) saut à l'élastique («bungee jumping»);
 - vi) rodéo;
 - vii) go-kart;
- h) si l'*accident* survient lorsque l'*assuré*:
 - i) participe à une activité sportive pour laquelle il est payé;
 - ii) prend part à une compétition de véhicules motorisés; ou
 - iii) s'entraîne en vue d'une telle compétition de véhicules;
- i) si l'*accident* survient lorsque l'*assuré* a fait une consommation abusive de médicaments ou d'alcool ou lorsque l'*assuré* a des traces de drogue dans le sang. La consommation abusive de médicaments est celle qui dépasse la posologie recommandée par un spécialiste de la santé. La consommation abusive d'alcool est celle qui entraîne un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à 80 mg d'alcool par 100 ml de sang;
- j) l'*assureur* ne verse pas les *prestations* prévues dans les sections C, F et G (pages 18 à 22) pour toute *prestation* qui constitue un remboursement de frais engagés et qui est payable par:
 - i) un organisme gouvernemental; ou
 - ii) un autre régime d'assurance privé;

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

2) Contrats multiples :

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

3) L'assureur ne fait aucun paiement de prestation d'un montant inférieur à 5 \$.

De plus, l'assureur ne verse aucune prestation s'il n'a pas d'abord obtenu l'autorisation nécessaire quant à la collecte et à la communication de renseignements personnels.

Cette autorisation doit lui être donnée par :

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

Pour avoir plus d'information sur les renseignements, preuves ou documents que peut exiger l'assureur, reportez-vous à la section DEMANDE DE PRESTATIONS de ce guide (page 29).

4) L'assureur ne rembourse aucune prime s'il a déjà accepté une demande de prestations pour le contrat.

c) Quand l'assurance prend-elle fin?

L'assurance prend fin pour l'ensemble des assurés d'un même contrat à la première des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle le *preneur* demande à l'*assureur* d'annuler son contrat. À la réception de cette demande, l'*assureur* met fin à l'assurance et rembourse au *preneur* la portion non utilisée (en jours) de la prime. Toutefois, des frais administratifs sont retenus par l'*assureur* sur le montant du remboursement. Si le *preneur* fait sa demande pendant une *période de renouvellement*, le contrat se termine alors à la date de la fin de la période d'assurance en cours;
- 2) la date à laquelle le délai de 30 jours accordé pour le paiement de la prime s'est écoulé à la suite de l'envoi par l'*assureur* d'un préavis de résiliation;

- 3) lorsqu'une demande de *prestations* comprend des déclarations ou omissions frauduleuses.

L'*assureur* peut mettre fin au contrat à condition de le faire pour tous les contrats Accirance de la même catégorie. Il doit également en aviser par écrit le *preneur* au moins 30 jours à l'avance.

2- DEMANDE DE PRESTATIONS

a) Présentation de la demande de prestations

Toute demande de *prestations* doit être présentée à l'*assureur* dans les 30 jours qui suivent la date de l'événement qui peut donner lieu au paiement d'une *prestation*.

Vous pouvez présenter une demande de *prestations* en vous rendant au www.desjardins.com/accirance. Vous pouvez également communiquer avec l'*assureur* par téléphone au: 1 877 838-5423. L'*assureur* enverra les documents nécessaires à la production de la demande de *prestations*.

Les demandes doivent être transmises à l'adresse suivante:

Desjardins Sécurité financière
Case postale 520, succursale Lévis
Lévis (Québec) G6V 7E2

La demande peut être soumise par le *preneur* ou, en cas de décès du *preneur*, toute personne majeure qui prétend avoir des droits sur la *prestation*.

L'*assureur* peut exiger tout renseignement, toute preuve ou tout document qu'il juge nécessaires à l'étude d'une demande de *prestations*. Ces renseignements, preuves ou documents doivent lui être fournis dans les 90 jours qui suivent la date de la demande de *prestations*.

Si une personne ne transmet pas la demande de *prestations* ou les preuves et renseignements exigés dans les délais prévus, cela ne signifie pas que sa demande sera refusée. Cependant, elle devra démontrer pourquoi elle n'a pu agir dans les délais prévus. Les documents requis doivent alors parvenir à l'*assureur* dans l'année qui suit la date de l'événement qui a entraîné la demande de *prestations*.

L'*assureur* se réserve le droit de faire examiner l'*assuré* par le *médecin* de son choix lorsqu'une demande de *prestations* lui est présentée.

b) Réponse de l'assureur

Si l'*assureur* accepte la demande, il verse la *prestation* dans les **60 jours** de la réception des preuves requises pour le paiement.

Si l'*assureur* refuse la demande ou ne verse qu'une partie de la *prestation*, il envoie une lettre à l'auteur de la demande pour lui expliquer les motifs de sa décision. Il expédie cette lettre dans les **60 jours** qui suivent la réception des documents demandés pour l'examen de la demande.

c) Appel de la décision de l'assureur et recours

Si l'*assureur* refuse la demande de *prestations* et que vous désirez lui soumettre des renseignements supplémentaires, vous pouvez demander une seconde analyse. Cette démarche peut également être exécutée par vos bénéficiaires.

Prenez note que la loi prévoit un délai maximum de 3 ans (délai de prescription) pour contester une décision de l'*assureur*.

Si vous êtes un résident du Québec et désirez en savoir plus sur vos droits, vous pouvez consulter l'Autorité des marchés financiers. Les numéros de cet organisme sont le 418 525-0337 ou le 1 877 525-0337. Vous pouvez également vous adresser à votre conseiller juridique.

■ **Coordination des prestations**

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

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

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

3- PRODUITS SIMILAIRES

Des produits d'assurance similaires sont offerts sur le marché. Vérifiez si vous ne possédez pas déjà une assurance offrant les mêmes protections que celles décrites dans ce guide.

4- AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS (RÉSIDENTS DU QUÉBEC SEULEMENT)

Pour obtenir plus de renseignements sur les obligations de l'*assureur* et du distributeur envers vous, vous pouvez communiquer avec l'Autorité des marchés financiers. Voici les coordonnées de cet organisme :

Place de la Cité, Tour Cominar
2640, boulevard Laurier, bureau 400
Québec (Québec) G1V 5C1
Téléphone : 418 525-0337 ou 1 877 525-0337
Télécopieur : 418 525-9512
Site Internet : www.lautorite.qc.ca

5- UNE INSATISFACTION? FAITES-LE-NOUS SAVOIR.

En tant qu'entreprise prévenante et digne de confiance, Desjardins Sécurité financière souhaite offrir à chacun de ses clients des produits et services qui sont à la hauteur de leurs attentes. Cependant, si vous êtes insatisfait du service que vous avez reçu ou de l'un de nos produits, faites-le-nous savoir. Pour ce faire, nous vous invitons à suivre les étapes décrites ci-dessous.

1. Communiquez avec la personne ou l'établissement auprès duquel vous vous êtes procuré ce produit.

Pour obtenir le numéro de téléphone, consultez la documentation qui vous a été remise lors de votre souscription de ce produit. Demandez des explications. Vous obtiendrez une réponse satisfaisante dans la majorité des cas.

2. Communiquez avec notre service à la clientèle.

Si les explications que vous avez obtenues à l'étape précédente ne vous satisfont pas entièrement, communiquez avec le personnel du Centre de service à la clientèle au 1 866 838-7584. Notre personnel connaît bien nos produits et sera sûrement en mesure de vous aider.

3. Écrivez à notre Officier du règlement des différends.

Si vous n'êtes pas satisfait de la réponse que vous avez reçue de notre Centre de service à la clientèle, vous pouvez déposer une plainte auprès de l'Officier du règlement des différends de Desjardins Sécurité financière. Le rôle de ce dernier consiste à évaluer le bien-fondé des décisions et des pratiques de notre entreprise, lorsqu'un de ses clients estime qu'il n'a pas obtenu le service auquel il avait droit.

Vous pouvez lui écrire à l'adresse suivante :

Officier du règlement des différends
Desjardins Sécurité financière
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2

Ou encore, par courriel à : officierplaintes@dsf.ca

Vous pouvez aussi joindre l'Officier par téléphone, au numéro : 1 877 938-8184.

Nous vous invitons à visiter notre site Internet, à l'adresse www.dsf.ca/plainte, pour obtenir plus de renseignements sur la procédure à suivre en cas d'insatisfaction ou de plainte ou pour obtenir notre formulaire de plainte.

Votre satisfaction, c'est notre priorité !**Quelques conseils pour faciliter vos démarches**

- Ayez sous la main les documents et les données nécessaires pour expliquer en détail la cause de votre insatisfaction : relevés, noms des employés concernés, date à laquelle vous avez éprouvé un problème, etc.
- Notez les noms des personnes à qui vous parlez, ainsi que les dates auxquelles vous communiquez avec elles.
- Inscrivez vos nom, adresse et numéro de téléphone dans chacune de vos communications écrites, s'il y a lieu.

Pour obtenir des **renseignements supplémentaires** sur Accirance, communiquez avec nous au numéro de téléphone suivant :

1 800 463-7838.

