

Police n° 1HB85

Sur la foi des déclarations faites dans la proposition-cadre ci-jointe et dans la fiche d'adhésion du membre, le cas échéant, et moyennant paiement de la prime prévue aux articles 5, 6 et 7 de la proposition-cadre, **SSQ, Société d'assurance inc.** (ci-après appelée l'«assureur») convient avec

LA FÉDÉRATION DE SOCCER DU QUÉBEC

(ci-après appelée le «contractant»)

de couvrir les membres admissibles du contractant (chacun d'eux ci-après appelé «membre assuré») pour lesquels on a présenté une demande d'assurance en cas de blessure, de maladie ou d'affection, conformément aux dispositions contractuelles et sous réserve de toute exclusion, limitation et stipulation de la présente police.

Date d'effet et durée de la police

La présente police entre en vigueur à 0 h 1, heure normale, à l'adresse du contractant, à la date d'effet, conformément à l'article 9 de la proposition-cadre. Les années et les mois d'assurance sont tous calculés à partir de cette date. La durée de la police correspond à la période acquittée par la prime. Au terme de cette période, on peut la renouveler, moyennant le paiement de la prime prévue aux présentes. Toutefois, l'assureur se réserve le droit d'en refuser le renouvellement s'il en informe le contractant au moyen d'un préavis écrit d'au moins trente (30) jours.

Définitions

Dans la présente police, on entend par:

«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. Il faut toutefois que la blessure se produise lors d'un voyage hors de la province de résidence et que les frais qui l'accompagnent soient engagés à ce moment-là.

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. La maladie ou l'affection se produit en cours d'assurance, atteint l'assuré et les frais qui l'accompagnent sont engagés lors d'un voyage hors de la province de résidence.

«Voyage». Tout déplacement de l'assuré. Le voyage est sous réserve d'une durée maximale de soixante (60) jours consécutifs, que l'on calcule comme suit: de la date de départ de l'assuré de sa province de résidence à son retour dans celle-ci.

«Résidence». Non seulement l'habitation principale 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 d'administration des soins; le médecin en est membre en règle;

- 2) Un organisme gouvernemental ayant la compétence sur la réglementation de la délivrance des permis d'exercer dans la région d'administration des soins.

«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 d'exercer. L'infirmier n'est ni l'assuré ni un membre de sa famille immédiate.

«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 soeur, du beau-fils, de la belle-fille, du beau-père, de la belle-mère, du beau-frère, de la belle-soeur - 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 l'assuré.

«Compagnon de voyage». La ou l'une des personnes qui partagent avec l'assuré un logement ayant fait l'objet d'une réservation.

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

«Prix du billet d'avion». Le prix normal en classe touriste d'un vol régulier proposé par un transporteur aérien (service intérieur ou international), titulaire d'un certificat émis par Transports Canada ou un organisme de même nature d'un autre pays.

«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.

«Prix du billet». Le prix normal demandé:

1. en classe touriste d'un vol régulier proposé par un transporteur aérien (service intérieur ou international);
2. pour une place ordinaire dans un train de voyageurs;
3. pour une place ordinaire dans un autobus ou un autocar; ou
4. en classe touriste à bord d'un bateau.

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

«Logement». Un logement à proximité de l'hôpital où séjourne l'assuré.

«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.

Le terme «province» peut comprendre le lieu de résidence de l'assuré ou le lieu d'administration des soins.

Dans la présente police, on emploie généralement le masculin pour désigner les femmes et les hommes.

Admissibilité

Toutes les personnes admissibles en vertu de l'article 2 de la proposition-cadre peuvent être couvertes en vertu de la présente assurance.

Remboursement des frais médicaux

Si, par suite d'une blessure, de la maladie ou d'une affection, l'assuré doit recevoir les soins médicaux et chirurgicaux et supporte 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, sauf en chambre à un lit, 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 l'assuré ni ne soit membre de sa famille immédiate. Le remboursement se limite à dix mille dollars (10 000 \$) par accident, maladie ou affection.
4. Les frais de médicaments, de sérums et de vaccins d'ordonnance, à l'exclusion des frais d'injection, sous réserve d'une provision de trente (30) jours, étant précisé que l'ordonnance est rédigée par un médecin ou un dentiste dûment qualifié et préparée par un pharmacien autorisé ou un médecin.
5. Les honoraires d'un physiothérapeute autorisé dont les services ont fait l'objet d'une ordonnance d'un médecin, sous réserve que normalement il n'habite pas chez l'assuré ni ne soit membre de sa famille immédiate. Le remboursement se limite à mille dollars (1 000 \$) par accident, maladie ou affection.
6. Les frais de transport, à l'aller ou au retour, de l'assuré 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 de services, médicaments ou appareils suivants:
- 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, de bandages herniaires, 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 durables d'équipement médical nécessaires de façon provisoire, jusqu'à concurrence de cinq mille dollars (5 000 \$) par accident, maladie ou affection.
8. Les soins médicaux ou chirurgicaux prodigués par un médecin.
9. Les honoraires d'un anesthésiste autorisé dont les services ont fait l'objet d'une ordonnance d'un médecin.
10. Les honoraires d'un des professionnels de la santé suivants, sous réserve qu'il puisse exercer dans la région d'administration des soins et que normalement il n'habite pas chez l'assuré ni ne soit membre de sa famille immédiate. Le remboursement se limite à trois cents dollars (300 \$) par spécialité et par accident, maladie ou affection et la recommandation du médecin n'est pas nécessaire, sauf indication contraire:
- a) Chiropraticien
 - b) Ostéopraticien
 - c) Podiatre
 - d) Massothérapeute, sur la recommandation du médecin
 - e) Orthophoniste
 - f) Psychologue

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, par assuré et par accident, maladie ou affection.

Soins dentaires d'urgence

Si, par suite d'un coup porté à la bouche 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 normaux et nécessaires effectivement supportés par l'assuré, jusqu'à concurrence d'une indemnisation maximale par accident de deux mille dollars (2 000 \$).

Le remboursement des frais dentaires en vertu de la présente disposition 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 de résidence de l'assuré.

Évacuation et rapatriement sanitaire

Si, par suite d'une blessure, de la maladie ou d'une affection, l'assuré doit faire l'objet d'une évacuation ou d'un rapatriement sanitaire, 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 comme suit:

Sur la recommandation du médecin traitant et avec l'approbation de l'assureur, le transport de l'assuré dans un véhicule ayant 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.

Attestation écrite du médecin traitant à l'appui et avec l'approbation de l'assureur, le retour de l'assuré, dès la fin des soins ou de l'obtention des épreuves diagnostiques, dans sa province de résidence pour qu'il puisse poursuivre son traitement ou commencer sa convalescence. Le retour s'effectue dans un véhicule ayant un permis de transports des passagers, y compris une ambulance aérienne, mais non une voiture d'ambulance.

Le retour de l'assuré dans sa province de résidence parce que, hospitalisé et recevant les

soins appropriés d'un médecin, il ne peut rentrer chez lui le jour prévu, étant précisé que son billet aller et retour original n'est ni échangeable ni remboursable.

L'assureur s'engage également à prendre en charge le prix du billet d'avion à l'aller et retour et l'hébergement et les repas d'un auxiliaire médical ou d'un seul membre de la famille immédiate, chargé d'accompagner l'assuré, si les frais effectivement supportés 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 de la proposition-cadre.

La présente indemnité n'est payable qu'en vertu d'un seul contrat de SSQ, Société d'assurance inc. établi au nom du contractant.

Transport après décès

Si, par suite d'une blessure, de la maladie ou d'une affection, l'assuré vient à décéder à cinquante kilomètres (50 km) ou plus de sa résidence, 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 choisi (notamment un salon funéraire ou un lieu d'inhumation), à proximité de la résidence de l'assuré. Le remboursement est sous réserve du maximum stipulé à l'article 3 de la proposition-cadre à la rubrique «Transport après décès».

La présente indemnité est payable à celui qui acquitte effectivement les frais.

Transport aérien d'urgence

- A. Si, par suite d'un sinistre (blessure, maladie ou affection):
- 1) le médecin traitant atteste par écrit que l'état de santé de l'assuré justifie son retour immédiat puisque l'hôpital de la région où est survenu le sinistre n'offre pas le traitement nécessaire; ou
 - 2) l'assuré, hospitalisé et recevant les soins appropriés d'un médecin, ne peut rentrer chez lui le jour prévu, étant précisé que son billet aller et retour original n'est ni échangeable ni remboursable;

l'assureur s'engage à rembourser les frais normaux et nécessaires suivants effectivement supportés: un billet d'avion à l'aller seulement, selon le trajet le plus court, jusqu'à l'aérogare le plus proche de la

résidence de l'assuré. Le remboursement est sous réserve d'un maximum de deux mille cinq cents dollars (2 500 \$).

- B. Si le médecin traitant recommande par écrit que l'assuré dispose d'une civière lors du vol mentionné au paragraphe précédent, peu importe qu'il ait ou non raté son vol, l'assureur s'engage à rembourser les frais d'une seule place supplémentaire. Le remboursement est sous réserve d'un maximum de deux mille cinq cents dollars (2 500 \$).
- C. Si le médecin traitant recommande par écrit que l'assuré soit accompagné d'un auxiliaire médical ou si les statuts du transporteur aérien exigent sa présence, peu importe qu'il ait ou non raté son vol, l'assureur s'engage à rembourser les frais normaux et nécessaires suivants effectivement supportés: le billet aller et retour de l'auxiliaire médical et les frais de logement et de repas d'une seule journée. Celui-ci doit être autorisé à exercer sa profession dans la région d'administration des soins d'urgence; il ne peut habiter chez l'assuré ni être membre de sa famille immédiate. Le remboursement total est sous réserve d'un maximum de cinq mille dollars (5 000 \$).

Le maximum payable à l'assuré 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 de la proposition-cadre à la rubrique «Transport aérien d'urgence».

Déplacement pour raisons familiales et logement

Si, par suite d'une blessure, de la maladie ou d'une affection, l'assuré vient à décéder ou est hospitalisé 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 comme suit:

1. Les frais de repas et de logement de tous les autres assurés ou du compagnon de voyage qui, puisqu'ils restent au chevet de l'hospitalisé, ne peuvent rentrer dans leur province de résidence le jour prévu ainsi que le prix du billet à l'aller seulement, selon le trajet le plus court, étant précisé que le billet aller et retour original n'est ni échangeable ni remboursable; ou
2. Les frais de repas, de logement et du billet aller et retour d'un seul membre de la famille immédiate ou de son représentant pour qu'il puisse se rendre au chevet de l'assuré si, au moment de l'hospitalisation, il n'était accompagné 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 d'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 aller et retour. 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 l'assuré 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 de la proposition-cadre à la rubrique «Déplacement pour raisons familiales et logement».

Rapatriement du véhicule

Si, par suite d'une blessure, de la maladie ou d'une affection, le médecin traitant atteste par écrit que l'invalidité de l'assuré 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 supportés pour qu'une agence spécialisée rapatrie le véhicule en question jusqu'à la résidence de l'assuré ou jusqu'à l'agence de location, selon le cas.

Le maximum payable à l'assuré 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 de la proposition-cadre à la rubrique «Rapatriement du véhicule».

Location d'un téléphone et/ou d'un téléviseur

Si, par suite d'une blessure, de la maladie ou d'une affection, l'assuré est hospitalisé et reçoit les soins appropriés d'un médecin, l'assureur s'engage à rembourser les frais normaux de location d'un téléphone et/ou d'un téléviseur effectivement supportés.

Le maximum payable à l'assuré 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 de la proposition-cadre à la rubrique «Location d'un téléphone et/ou d'un téléviseur».

Frais de convalescence dans un hôtel

Si, par suite d'un sinistre (blessure, maladie ou affection), le médecin traitant atteste par écrit que l'état de santé de l'assuré l'empêche de reprendre la route après sa sortie de l'hôpital, où il a fait un séjour d'au moins sept (7) jours, l'assureur

s'engage à rembourser les frais de logement et de repas normaux et nécessaires effectivement supportés.

Le maximum payable à l'assuré 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 de la proposition-cadre à la rubrique «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 l'assuré par suite de toutes les blessures résultant d'un même accident, ou par suite de la même maladie ou d'une même affection, se limite au montant global d'indemnisation stipulé à l'article 4 de la proposition-cadre.

Les dispositions suivantes ne sont pas assujetties au montant global d'indemnisation:

- Évacuation et rapatriement sanitaire
- Transport après décès
- Transport aérien d'urgence
- Déplacement pour raisons familiales et logement
- Rapatriement du véhicule
- Location d'un téléphone et/ou d'un téléviseur
- Frais de convalescence dans un hôtel

Franchise

Comme le stipule l'article 3 de la proposition-cadre, la franchise s'applique à toutes les prestations payables en vertu de la disposition «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.

Coassurance

Comme le stipule l'article 3 de la proposition-cadre, la coassurance (en pourcentage) s'applique à toutes les prestations payables en vertu de la disposition «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 sont payables au membre assuré ou selon ses directives. S'il vient à décéder, les prestations à verser, le cas échéant, sont payables à ses héritiers.

Entrée en vigueur de l'assurance d'une personne admissible

L'assurance de chaque personne admissible en vertu de l'article 2 de la proposition-cadre entre en vigueur comme le stipule l'article 8.

Résiliation de l'assurance d'une personne admissible

L'assurance prévue par la présente police prend fin dès que survient l'une des éventualités suivantes:

1. La résiliation de la présente police.
2. L'échéance de la prime si le contractant n'acquiesce pas la prime exigible.
3. Le soixante-dixième (70^e) anniversaire de l'assuré.
4. L'inadmissibilité de l'assuré à l'assurance en raison de la nature de son association au contractant.

Si, lors d'un voyage, l'assuré cesse d'être admissible, l'assurance prend fin dès que se produit l'une des éventualités suivantes: le retour dans sa province de résidence ou la durée maximale stipulée à la définition du terme «voyage».

La résiliation de l'assurance n'affecte pas une demande de règlement qui résulte d'un sinistre (blessure, maladie ou affection) se produisant avant la résiliation. Si l'hospitalisation 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 des dispositions «Remboursement des frais médicaux» et «Soins dentaires d'urgence» dès que se produit l'une des éventualités suivantes: la fin de l'hospitalisation ou toute période d'hospitalisation dépassant douze (12) mois.

Maintien en vigueur de l'assurance

L'assurance en vertu de la présente police se poursuit, sans aucune prime à acquiescer, si le

séjour à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré est reporté jusqu'après la résiliation de l'assurance comme suit:

1. Si le retour de l'assuré 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, de la maladie ou d'une affection, l'assuré est hospitalisé, 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, de la maladie ou d'une affection, l'état de santé de l'assuré 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 de garantie.

Limitations et exclusions

- A. La présente police ne couvre aucune perte, mortelle ou non, ou les frais résultant principalement ou accessoirement de ce qui suit:
 1. Le suicide ou les blessures volontaires.
 2. La guerre, déclarée ou non.
 3. La perpétration d'actes de terrorisme, la participation à une émeute, 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, étant précisé que les complications en résultant sont considérées comme toute autre maladie.
 6. Tout voyage de l'assuré 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.
- B. La présente police ne couvre pas ce qui suit:
1. Les frais couverts par tout régime d'assurance hospitalisation, maladie ou de soins dentaires d'État, qu'ils soient payables 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 ou hospitalisation de groupe de l'assuré.
 3. Les examens médicaux à l'usage d'un tiers, la chirurgie esthétique et les soins dentaires, sauf s'ils sont nécessaires par suite d'un accident.
 4. Tout produit au stade expérimental n'ayant pas reçu l'approbation de la Direction des médicaments, protection de la santé, Santé et Bien-être social Canada, les contraceptifs, peu importe leur nature, et les spécialités pharmaceutiques.
 5. Les frais de tout traitement expérimental.
 6. Les services pour lesquels il n'y aurait habituellement aucuns frais en l'absence d'assurance.
 7. Les soins médicaux ou chirurgicaux qui, même s'ils sont nécessaires, peuvent attendre le retour de l'assuré dans sa province de résidence.
 8. Dans le cadre d'une urgence survenant à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré, les soins médicaux ou chirurgicaux qui, attestation médicale à l'appui, peuvent attendre le retour de l'assuré chez lui.
- C. Les limitations suivantes s'appliquent:
1. Pour chaque voyage, l'assurance prend effet dès que l'assuré sort de sa province de résidence (passage de la frontière) ou, s'il est en aéronef, au moment du décollage, sous réserve toutefois que l'assuré soit effectivement couvert conformément à l'article 8 de la proposition-cadre.

Pour chaque voyage, l'assurance prend fin dès que l'assuré rentre dans sa province de résidence (passage de la frontière) ou, s'il est en aéronef, au moment de l'atterrissage, sous réserve

toutefois que le retour s'effectue au plus tard soixante (60) jours après le départ.

2. Tous les frais résultent d'une intervention obligatoire et urgente hors de la province de résidence de l'assuré et sont en sus des frais couverts par tout régime d'assurance maladie ou hospitalisation individuelle, collective ou d'État.
3. En consultation avec le médecin traitant, l'assureur se réserve le droit de faire transférer l'assuré dans un autre hôpital ou de le faire revenir dans sa province de résidence pour qu'il puisse 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 de 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 l'assuré lui cède tout droit de poursuite contre les tiers à concurrence des prestations versées en vertu des présentes.

Dispositions générales

La déclaration écrite de la perte doit être remise à l'assureur dans un délai maximal de trente (30) jours. Est réputée être une déclaration remise à l'assureur toute déclaration remise par l'assuré ou en son nom, selon le cas, au siège social de l'assureur [2020, rue University, bureau 1800, Montréal (Québec), H3A 2A5,], 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 qu'on avait un motif valable. En aucun cas, la déclaration ne doit être présentée plus de un (1) an après la perte.

Au plus tard trente (30) jours après réception de la déclaration, l'assureur remet au demandeur les formulaires habituels d'attestation du sinistre.

Les pièces justificatives du sinistre doivent être remises à l'assureur au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours après la perte. Leur non-présentation, dans le délai imparti, n'invalide ni ne réduit la demande de règlement, s'il est prouvé que le demandeur avait un motif valable. En aucun cas,

les justificatifs ne peuvent être présentés plus de un (1) an après le sinistre.

Tant que la demande de règlement est à l'étude, l'assureur se réserve le droit de faire subir à l'assuré 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 du sinistre.

Toutes les sommes payables aux termes de la police le sont dans la monnaie légale du Canada.

La garantie d'un assuré n'est pas cessible.

La police, les avenants et toute pièce annexe, le cas échéant, forment un contrat indivisible. Aucune déclaration du proposant n'invalide l'assurance ni n'en réduit les prestations, à moins de figurer par écrit dans une proposition portant sa signature. Les agents ne peuvent modifier la police ni lever une condition. Aucune modification n'est valide, sauf si elle est approuvée par un des dirigeants de l'assureur et qu'elle figure dans un avenant à la police ou une pièce annexe. Toutes les réponses de l'assuré figurant dans la proposition sont réputées être des déclarations, non des conditions essentielles.

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 justificatifs de perte, ou pour intenter une action en justice, est inférieur à celui prévu par la loi de la province de résidence de l'assuré au moment du sinistre, ce dernier prévaut.

Le contractant peut résilier la présente police s'il envoie par la poste à l'assureur un préavis par écrit l'informant de la date de la résiliation. L'assureur peut, lui aussi, résilier la police s'il envoie par la poste au contractant, à l'adresse qui figure dans la présente, un préavis par écrit d'au moins trente (30) jours l'informant de la date de la 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) du préavis écrit a le même effet que son envoi par la poste.

Sous réserve de stipulations contraires de la présente police, le calcul des primes acquises, en cas de résiliation de la police par le contractant, s'effectue selon la méthode habituelle de la table

«courte durée»; si l'assureur résilie la police, le calcul s'effectue au prorata. L'ajustement de la prime a lieu lors de la résiliation, sinon dans les plus brefs délais. Le chèque de l'assureur ou de son représentant, envoyé par la poste ou délivré comme ci-dessus, constitue une preuve suffisante du remboursement de prime au contractant.

À intervalles raisonnables, l'assureur est autorisé à examiner les registres de la police tenus par le contractant, jusqu'à concurrence de deux (2) ans après l'expiration de l'assurance ou s'il y a des sinistres non réglés, jusqu'à leur règlement définitif.

La présente police n'ouvre droit à aucune participation aux bénéfices de l'assureur.

EN FOI DE QUOI, SSQ, Société d'assurance inc. a autorisé la signature de la présente police par son président-directeur général et son premier vice-président. Toutefois, la police n'engage l'assureur que si elle est contresignée par son rédacteur de police dûment autorisé.



Président-directeur général Premier vice-président



Contresignataire :

Rédacteur de police

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 médical aux assurés (ci-après désignés sous le nom de membres) en vertu du **contrat n° 1HB85** établi au nom de:

LA FÉDÉRATION DE SOCCER DU QUÉBEC

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 n° de téléphone et le lien avec le membre.
- Le nom du membre, l'endroit et le code

d'identification et le contrat n° figurant sur la carte.

- L'état du membre et la nature de l'urgence.
- Le nom, l'endroit et le n° de téléphone de l'hôpital.
- Le nom, l'endroit et le n° 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 ou 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, de voyage ou personnelle.

On peut bénéficier du service si le **contrat n° 1HB85** de SSQ, Société d'assurance inc. est en vigueur.

AXA Assurances Inc.

227 mai 2013

Date

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