

ACCIRANCE, ASSURANCE
ACCIDENT DE PERSONNES

GUIDE

de distribution



Desjardins
Sécurité financière^{MD}

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

^{MD} Marque de commerce propriété de Desjardins Sécurité financière

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.



Desjardins
Sécurité financière^{MD}

200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2
1 800 463-7838
Télécopieur : 418 833-6546
www.desjardins.com

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 :

- des CONDITIONS GÉNÉRALES;
- des plus récentes CONDITIONS PARTICULIÈRES;
- de la proposition d'assurance, s'il y a lieu;
- 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 11.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
■ À quoi sert le guide de distribution?	7
■ Pourquoi choisir Accirance?	7
■ 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?	12
■ Comment pouvez-vous obtenir l'assurance?	12
■ 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 ou de perte d'usage	14
B. Protection en cas de décès non accidentel	17
C. Protection pour les frais hospitaliers et paramédicaux	17
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	19
G. Prestation mensuelle pour une période de vacances scolaires	21
H. Protection en cas d'hospitalisation	21
I. Protection en cas de disparition d'un enfant assuré	22
■ Comment le coût de votre assurance est-il calculé?	22
■ À qui les sommes prévues sont-elles versées?	23
■ Quelle est la durée du contrat d'assurance?	23
■ Le renouvellement du contrat est-il garanti?	23
■ L'assureur peut-il modifier le contrat?	24

■ Qu'arrive-t-il en cas de non-paiement de la prime?	24
■ Exclusions, limitations ou réductions de garantie	25
■ Résiliation	28
c) Quand l'assurance prend-elle fin?	29
2- DEMANDE DE PRESTATIONS	30
a) Présentation de la demande de prestations	30
b) Réponse de l'assureur	31
c) Appel de la décision de l'assureur et recours	31
■ Coordination des prestations	31
3- PRODUITS SIMILAIRES	32
4- AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS (RÉSIDENTS DU QUÉBEC SEULEMENT)	32
5- VOTRE SATISFACTION, C'EST NOTRE PRIORITÉ!	33

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 **16, 17, 25, 26, 27 et 28**, qui traitent des **exclusions, limitations ou réductions de garantie**. De plus, vous trouverez aux pages **30 et 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 40 ans dans le domaine de l'assurance contre les accidents.

■ Définitions

Voici le sens donné à certains termes utilisés et 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.

Assuré : toute personne dont le nom est inscrit dans les plus récentes CONDITIONS PARTICULIÈRES à la section « Renseignements sur les assurés ». 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).

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.

Disparition : absence anormale et inexplicquée d'une durée d'au moins 48 heures d'un *assuré* de moins de 16 ans. L'*assureur* considère aussi comme une disparition les cas d'enlèvement par l'un des deux *parents*.

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

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 (transport - séjour - disparition) : 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.

Les frais raisonnables de transport comprennent :

- 1) les frais engagés pour les déplacements (remboursement par l'*assureur* d'un montant fixe par kilomètre effectué);
- 2) les frais engagés pour le stationnement.

Les frais raisonnables de séjour comprennent les frais engagés pour les repas et l'hébergement.

Les frais raisonnables liés à une disparition sont ceux qui sont engagés pour payer les honoraires d'un détective privé et les appels interurbains.

Hôpital :

- 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 hôpital 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 centres hospitaliers;
 - b) les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
 - c) les centres de réadaptation; et
 - d) les centres locaux de services communautaires (CLSC).

3) Toutefois, la définition d'hôpital 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.

Hospitalisation : séjour dans un *hôpital*.

Invalidité totale ou « totalement 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 totalement 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.

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.

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.

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. 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. Il est alors couvert soit par Accirance de base, soit par Accirance *Plus*, selon l'option retenue par le *preneur* du contrat. 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 par les 3 moyens suivants :

- **par la poste** : en remplissant la proposition d'assurance contenue dans le dépliant envoyé dans le cadre de certaines promotions et en la retournant à Desjardins Sécurité financière;

- **par téléphone** : en composant le 1 877 888-4873;
- **par voie électronique** : en se rendant dans le site de Desjardins (www.desjardins.com).

Dans les jours qui suivent la demande de l'assurance, l'*assureur* fait parvenir le contrat d'assurance au *preneur*.

■ 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 débute le jour où la proposition d'assurance parvient à l'*assureur*. Si vous demandez l'assurance par téléphone ou par voie électronique, 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 offre 2 options : Accirance de base et Accirance Plus.

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

- en cas de décès accidentel;
- en cas de *mutilation ou perte d'usage*;
- en cas de *fracture*;
- en cas de décès non accidentel;
- pour certains frais hospitaliers et paramédicaux;
- pour certains frais dentaires;
- pour certains frais de transport et de séjour;
- pour certains frais liés aux études;
- pour compenser la perte d'un emploi d'été d'un *étudiant* en raison d'une *invalidité totale*;

- en cas d'*hospitalisation*;
- en cas de *disparition* d'un *enfant* assuré.

Accurance **Plus** procure tous les avantages de l'option Accurance de base, mais fournit des *prestations* 4 fois plus élevées en cas :

- de *fracture*;
- de décès accidentel ou non accidentel;
- de *mutilation ou perte d'usage*;
- de *disparition* d'un *enfant* assuré.

Toutes les personnes assurées par un même contrat ont la même option, soit Accurance de base ou Accurance *Plus*.

A. Protection en cas de décès, de mutilation, de fracture 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 égale au montant d'assurance prévu pour la perte subie.

TABLEAU DES PERTES	Accurance de base	Accurance Plus
<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	87 500 \$	350 000 \$
• <i>de l'ouïe</i> des deux oreilles et de la parole	87 500 \$	350 000 \$
• d'une main, d'un pied, d'un bras ou d'une jambe	45 000 \$	180 000 \$
• <i>de l'ouïe</i> des deux oreilles ou de la parole	45 000 \$	180 000 \$
• <i>de la vue</i> d'un œil ou <i>de l'ouïe</i> d'une oreille	12 500 \$	50 000 \$
• d'un doigt ou d'un orteil (par doigt ou par orteil)	1 250 \$	5 000 \$

TABLEAU DES PERTES	Accirance de base	Accirance Plus
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>	16 000 \$	64 000 \$
• décès accidentel, autrement que lors de l'utilisation d'un <i>véhicule de transport public</i>	8 000 \$	32 000 \$
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>	25 000 \$	100 000 \$
• décès accidentel, autrement que lors de l'utilisation d'un <i>véhicule de transport public</i>	16 000 \$	64 000 \$
Fracture		
• du crâne*, de la colonne vertébrale (à l'exclusion du coccyx), du bassin, du fémur	375 \$	1 500 \$
• d'une côte, du sternum, du coccyx, du larynx, de la trachée, de l'omoplate, de l'humérus, de la rotule, du tibia ou du péroné	75 \$	300 \$
• d'un os non mentionné ci-dessus	40 \$	160 \$

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

MISE EN GARDE

A.5 Exclusions, limitations ou réductions de garantie

- Un *assuré* âgé de 65 ans ou plus à la date de l'*accident* n'a droit qu'à 50 % des sommes prévues au TABLEAU DES PERTES.
- 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.
- Le total des montants d'assurance payables par la protection en cas de décès, de *muti-*
lation, de *fracture* ou de *perte d'usage* est limité à 350 000 \$ par *assuré* par *accident*.
- 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 :
 - 1) conducteur;
 - 2) pilote;
 - 3) membre d'équipage; ou
 - 4) 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*.

- Si, à la suite d'un *accident*, l'*assuré* :
 - 1) subit une ou plusieurs des pertes décrites au TABLEAU DES PERTES; et
 - 2) 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.
- L'*assureur* ne verse aucune *prestation* pendant qu'un *assuré* est dans le coma.

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

B. Protection en cas de décès non accidentel

L'assureur paie une prestation en cas de décès non accidentel d'un assuré âgé de plus de 14 jours et de moins de 25 ans. Si l'assuré est couvert par **Accirance de base**, cette prestation est de **4 000 \$**. Si l'assuré est couvert par **Accirance Plus**, cette prestation est de **16 000 \$**.

MISE EN GARDE

B.1 Exclusion

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.

Cette condition s'applique aussi pendant les 12 mois qui suivent un remplacement de l'option Accirance de base par Accirance Plus à la demande du preneur.

Elle s'applique aussi de nouveau après toute remise en vigueur de cette protection après une interruption.

C. Protection pour les frais hospitaliers et paramédicaux

L'assureur rembourse les frais raisonnables engagés pour un assuré à la suite d'un accident, pour les soins, services ou articles suivants :

- 1) le coût d'une chambre d'hôpital située au Canada, jusqu'à concurrence de 100 \$ par jour;

- 2) les soins d'un infirmier ou d'une infirmière autorisés, s'ils sont prescrits par le *médecin* traitant, jusqu'à concurrence de 7 000 \$*;
- 3) 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 rembourse ces frais à raison de 25 \$ par *traitement* et jusqu'à concurrence de 250 \$ pour l'ensemble de ces professionnels*. Ces derniers doivent être membres en règle de leur corporation ou ordre professionnel. Les radiographies liées à ces *traitements* sont également admissibles, jusqu'à concurrence de 30 \$*;

- 4) les médicaments d'ordonnance;
- 5) le transport d'urgence immédiatement après un *accident*;
- 6) l'achat ou la location d'une canne, de béquilles, de vêtements compressifs, d'une marchette ou d'un fauteuil roulant;
- 7) l'achat d'un premier appareil auditif ou œil artificiel, jusqu'à concurrence de 700 \$ pour chacune de ces prothèses;
- 8) le remplacement de lunettes cassées qui servent à corriger la vue, jusqu'à concurrence de 300 \$*;
- 9) les soins de santé non mentionnés ci-dessus **ET** reçus hors de la province de résidence, jusqu'à concurrence de 7 000 \$*;
- 10) l'achat ou la location d'une *orthèse*, jusqu'à concurrence de 400 \$ par *accident*.

* montant maximal pour l'année d'assurance.

D. Protection pour les frais dentaires

Lorsqu'un *assuré* reçoit des soins dentaires **à la suite d'un accident**, l'*assureur* rembourse les *frais raisonnables* engagés :

- 1) jusqu'à concurrence de 400 \$ par dent saine et naturelle qui doit être traitée ou remplacée; et
- 2) jusqu'à concurrence de 400 \$ pour la réparation ou le remplacement d'une prothèse dentaire.

E. Protection pour les frais de transport et de séjour

L'*assureur* rembourse les *frais raisonnables* de transport et de séjour que doit engager l'*assuré* pour suivre des *traitements* rendus nécessaires par un *accident*. L'assurance couvre aussi les *frais raisonnables* de transport et de séjour de la personne qui accompagne l'*assuré*. 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**;
- 3) le montant maximal remboursé est de **1 000 \$** par *accident*.

Cette protection couvre aussi les *frais raisonnables* 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'*hôpital* doit être situé à plus de 50 km de son domicile. Le remboursement de ces frais est soumis au maximum de 1 000 \$ par *accident* prévu 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 *totalément 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 \$ pour l'année d'assurance.

- 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 \$ pour l'année d'assurance.

- 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 \$ pour l'année d'assurance.

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 :

- l'*accident* doit être survenu pendant l'année scolaire;
- l'*étudiant* doit être âgé de 16 ans ou plus;
- 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*;
- l'*étudiant* assuré doit recevoir les soins d'un *médecin* durant toute la période d'*invalidité totale*;
- 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;
- 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* paie une *prestation* de 35 \$ pour chaque période complète de 24 heures consécutives d'*hospitalisation*. **Cependant, aucun montant n'est payable pour les 24 premières heures de chaque période d'hospitalisation. Les maximums applicables sont les suivants :**

	Accirance de base	Accirance Plus
Maximum pour l'année d'assurance et par <i>accident</i>	1 400 \$	5 600 \$

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

I. Protection en cas de disparition d'un enfant assuré

Lors de la *disparition* d'un *enfant* assuré de moins de 16 ans, l'*assureur* rembourse les *frais raisonnables* engagés pour le retrouver. Le montant du remboursement est toutefois limité à 1 500 \$ pour Accirance **de base** et à 6 000 \$ pour Accirance **Plus**.

Pour que l'*assureur* rembourse les frais engagés :

- 1) la *disparition* doit avoir fait l'objet d'un rapport de police; **ET**
- 2) les frais doivent d'abord avoir été approuvés par l'*assureur*.

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

La prime est établie au moment de la demande de l'assurance ou du renouvellement selon :

- l'âge de l'*assuré* à cette date;
- le sexe;
- l'option choisie (Accirance de base ou Accirance *Plus*);
- la fréquence des paiements.

Au moment de la conclusion du contrat, le *preneur* autorise l'*assureur* à prélever la prime périodique nécessaire pour maintenir le contrat en vigueur. Cette prime est payable en un seul versement. 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 prime dans les jours qui suivent la réception de la proposition d'assurance.

■ 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 le mode de paiement et les coordonnées qui s'appliquaient lors de la demande de l'assurance ou du dernier renouvellement.

■ L'assureur peut-il modifier le 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. S'il désire modifier son contrat, il peut s'adresser à l'*assureur* par écrit ou par téléphone. Toutefois, s'il veut mettre fin à son contrat, il doit en faire la demande à l'*assureur* par écrit.

Lorsque le *preneur* demande par écrit à l'*assureur* de modifier son contrat ou d'y mettre fin, sa demande entre en vigueur à la date à laquelle l'*assureur* la reçoit. Lorsque le *preneur* transmet sa demande de modification par téléphone, elle 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 2 de ce guide le numéro de téléphone à composer pour communiquer avec l'*assureur*, de même que son adresse.

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

Vous disposez d'un délai de 30 jours pour payer toute prime due, sauf la première. 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.

MISE EN GARDE

■ Exclusions, limitations ou réductions de garantie

- 1) **En plus des exclusions, limitations ou réductions de garantie 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 a consommé des stupéfiants. 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) lorsque les frais sont engagés plus de 104 semaines après l'*accident*;

k) si les soins ou services ont été fournis par une personne qui a un lien de parenté avec l'*assuré* ou le *preneur*;

l) si l'*accident* est uniquement dû à un *traitement*, une intervention chirurgicale ou une anesthésie;

m) en ce qui concerne la protection pour les frais hospitaliers et paramédicaux, si le voyage est entrepris dans l'intention de recevoir :

i) des *traitements*; ou

ii) des services hospitaliers;

Cette exclusion s'applique même si le voyage est fait à la suite de la recommandation d'un *médecin*;

- 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) L'*assureur* ne verse pas les *prestations* prévues dans les sections C à G (pages 17 à 21) pour toute part de frais qui est payable par :
- a) un organisme gouvernemental; ou
 - b) un autre régime d'assurance privé.
- 3) Contrats multiples :
- a) Si un *assuré* est couvert par plusieurs contrats Accirance offerts sans frais par l'assureur, un seul des contrats sans frais peut donner droit à des *prestations*. Dans le cas où l'*assureur* doit trancher entre plusieurs contrats 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 sans frais peut être pris en considération pour le paiement d'une *prestation*.

4) 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 30).

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

■ Résiliation

La Loi sur la distribution de produits et services financiers permet au *preneur* d'un contrat d'assurance de mettre fin à son contrat. Dans le cas d'Accirance, l'assureur accorde au *preneur*, pour ce faire, un délai de 30 jours à compter de la date de réception du contrat. Pour les résidents du Québec, ce délai commence après la réception par le *preneur* du guide de distribution. Si le *preneur* met fin à son contrat dans ce même délai, l'assureur lui rembourse toute prime versée.

Le *preneur* peut également demander en tout temps à l'assureur de mettre fin à son contrat d'assurance. 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 de 15 \$ 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.

Pour mettre fin à son contrat, le *preneur* doit aviser l'*assureur* **par écrit**. Il doit envoyer sa demande à l'*assureur* par courrier recommandé, à l'adresse indiquée en page 2. Dans le cas d'une demande soumise dans le délai de 30 jours indiqué ci-dessus, le *preneur* doit joindre le contrat à sa lettre.

Par ailleurs, 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.

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.

c) Quand l'assurance prend-elle fin?

L'assurance demeure en vigueur tant que les primes qui doivent être payées périodiquement sont perçues par l'*assureur*. Le *preneur* doit signifier son désir de mettre fin au contrat.

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*. Les demandes doivent être transmises à l'adresse suivante :

Desjardins Sécurité financière
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2

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*.

Pour obtenir tout renseignement, vous pouvez composer, pendant les heures normales de bureau, le numéro de téléphone suivant :

1 877 838-5423.

L'*assureur* fera parvenir l'information et les documents nécessaires pour soumettre une demande de *prestations* à toute personne qui le désire. 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 **30 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 **30 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 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, boul. Laurier, bureau 400
Québec (Québec) G1V 5C1
Téléphone : 418 525-0337 ou 1 877 525-0337
Télécopieur : 418 525-9512
Courriel : renseignements-consommateur@lautorite.qc.ca
Site Internet : www.lautorite.qc.ca

5- VOTRE SATISFACTION, C'EST NOTRE PRIORITÉ!

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 ses 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.



Desjardins
Sécurité financière^{MD}

www.desjardins.com

^{MD} Marque de commerce propriété de Desjardins Sécurité financière

09188F (09-11)