

Mode de fonctionnement

Vous êtes automatiquement assuré pour un Capital assuré de 25 000\$.

Voici ce que vous obtenez

Couverture d’assurance-accidents étendue — Votre régime prévoit de généreuses prestations en cas de décès ou de mutilation par accident à la suite de blessures subies dans des accidents couverts.

Protection Activité approuvée — Votre assurance vous couvre pendant que vous participez à un événement ou une activité approuvé par le Titulaire de police.

Définitions

Par « **Membre assuré** », on entend vous, si vous êtes un membre âgé de moins de 90 ans ou un bénévole âgés de moins de 75 ans.

Par « **Personne assurée** », on entend les membres assurés et les bénévoles assurés.

Désignation de bénéficiaire

Si vous êtes un membre assuré vous pouvez désigner un bénéficiaire qui recevra le montant payable en vertu de la présente police d’assurance à son décès. En l’absence d’une telle désignation, les prestations en cas de décès sont payables à votre succession. Toutes les autres prestations vous seront versées.

Prestations et garanties

Décès, mutilation, paralysie et perte de l’usage par accident

Si une perte couverte survient dans les 365 jours suivant la date de l’accident couvert qui en est la cause, le régime prévoit le versement d’une somme forfaitaire correspondant au pourcentage du Capital assuré indiqué dans le Tableau des pertes suivant :

Tableau des pertes

Perte de la Vie.....	Le Capital assuré
Perte des deux Mains ou des deux Pieds	Le Capital assuré
Perte de la Vue complète des deux yeux	Le Capital assuré
Perte d’une Main et d’un Pied.....	Le Capital assuré
Perte d’une Main et de la Vue complète d’un oeil	Le Capital assuré
Perte d’un Pied et de la Vue complète d’un oeil	Le Capital assuré
Perte d’un Bras ou d’une Jambe Quatre cinquièmes du Capital assuré	
Perte d’une Main ou d’un Pied.....	Trois quarts du Capital assuré
Perte de la Vue complète d’un oeil.....	Trois quarts du Capital assuré
Perte du Pouce et de l’Index d’une même Main	
.....	Un tiers du Capital assuré
Perte de la Parole et de l’Oüïe.....	Le Capital assuré
Perte de la Parole ou de l’Oüïe.....	Trois quarts du Capital assuré
Perte de l’Oüïe d’une oreille	Deux tiers du Capital assuré
Perte des quatre Doigts d’une Main.....	Un tiers du Capital assuré
Perte de tous les Orteils d’un Pied.....	Un quart du Capital assuré
Perte de l’usage	
Perte de l’usage des deux Bras ou des deux Mains	
.....	Le Capital assuré

Perte de l’usage d’une Main ou d’un Pied.....	
.....	Trois quarts du Capital assuré
Perte de l’usage d’un Bras ou d’une Jambe	
.....	Quatre cinquièmes du Capital assuré

Paralysie

Quadruplégie (paralysie totale des deux membres supérieurs et des deux membres inférieurs)	Deux fois le Capital assuré
.....	jusqu’à concurrence de 50 000 \$
Paraplégie (paralysie totale des deux membres inférieurs).....	Deux fois le Capital assuré jusqu’à
.....	concurrence de 50 000 \$
Hémiplégie (paralysie totale d’un membre supérieur et d’un membre inférieur du même côté du corps).....	
.....	Deux fois le Capital assuré jusqu’à
.....	concurrence de 50 000 \$

Si vous subissez plus d’une perte par suite d’un même accident, une seule prestation sera versée, soit la plus élevée. Par « Perte », on entend les définitions suivantes : par « Quadruplégie », « Paraplégie » et « Hémiplégie », on entend la paralysie complète et

irréversible des membres du corps visés; par « Main » ou « Pied », on entend le sectionnement total à l’articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus, mais en dessous de l’articulation du coude ou du genou; par « Bras » ou « Jambe », on entend le sectionnement total à l’articulation du coude ou du genou ou au-dessus; par « Pouce ou Index », on entend le sectionnement total à la première phalange ou au-dessus; par « Doigts », on entend le sectionnement total à la première phalange, ou au-dessus, des quatre Doigts d’une Main; par « Orteil », on entend le sectionnement total de deux phalanges de tous les Orteils d’un Pied; par « la Vue complète d’un oeil », on entend la Perte totale et irrémédiable de la vue de façon à ce que l’acuité visuelle corrigée de cet oeil soit égale ou inférieure à 20/200; par « la Vue complète des deux yeux », on entend la Perte totale et irréversible de la vue des deux yeux de façon à ce que l’acuité visuelle corrigée des deux yeux soit inférieure ou égale à 20/200 et que le champ visuel soit inférieur à 20 degrés dans les deux yeux. Un ophtalmologue qualifié doit confirmer cliniquement le diagnostic par écrit; par « l’Oüïe d’une oreille », on entend le diagnostic de Perte permanente de l’Oüïe d’une oreille, le seuil auditif excédant 90 décibels. Un oto-laryngologiste qualifié doit confirmer un tel diagnostic par écrit; par « l’Oüïe », on entend le diagnostic de Perte permanente de l’Oüïe des deux oreilles, le seuil auditif excédant 90 décibels dans chaque oreille. Un oto-laryngologiste qualifié doit confirmer le diagnostic par écrit; par « Perte de la parole», on entend la Perte totale et irrémédiable de la capacité d’émettre des sons intelligibles; et par « Perte de l’usage», on entend la Perte totale et irrémédiable de l’usage; cette Perte doit être continue pendant 12 mois consécutifs à la fin desquels elle doit être déclarée permanente. Par « Perte », utilisée dans les présentes, on entend aussi la « Perte de la vie ».

Prestation pour le remboursement des dépenses paramédicales en cas d’accident

Si par suite d’une blessure, et dans les 30 jours qui suivent la date de l’accident à l’origine de la blessure, vous obtenez un traitement paramédical au Canada dispensé par un médecin légalement autorisé à exercer la médecine et que, par suite d’une telle blessure, vous devez engager des dépenses pour l’un des services suivants sur la recommandation d’un médecin légalement autorisé à exercer la médecine, la Compagnie vous remboursera les frais raisonnables et nécessaires pour les services paramédicaux suivants :

- (a) les frais de services infirmiers privés dispensés par une infirmière diplômée autorisée, qui n’habite pas en général sous le même toit que la Personne assurée et qui n’est pas un membre de sa Famille immédiate. Ces prestations sont payables jusqu’à un maximum de 50 \$ par heure, jusqu’à concurrence de 5 000 \$ pour toutes les blessures découlant d’un seul accident;
- (b) les frais de transport, lorsqu’un tel service est fourni par un service ambulancier professionnel, jusqu’à l’hôpital approuvé le plus proche équipé pour fournir le traitement nécessaire requis et recommandé. Ces prestations sont payables jusqu’à concurrence de 5 000 \$ pour toutes les blessures découlant d’un seul accident;
- (c) les frais d’hôpital correspondant à la différence entre l’allocation pour un lit en salle commune aux termes du régime d’assurance-maladie provincial ou territorial et les frais pour une chambre à deux lits dans une chambre d’hôpital à deux lits. Ces prestations sont payables jusqu’à concurrence de 5 000 \$ pour toutes les blessures découlant d’un seul accident;
- (d) les frais de location d’un fauteuil roulant, de poumon d’acier ou de tout autre équipement durable, à condition qu’ils ne dépassent pas le prix d’achat courant au moment où la location est nécessaire;
- (e) les frais pour les services d’un physiothérapeute autorisé. Ces prestations sont payables jusqu’à un maximum de 500 \$ pour toutes les blessures découlant d’un seul accident;

- (f) les médicaments et produits médicaux sur ordonnance (sauf dans la province du Québec);
- (g) les frais pour les prothèses auditives, les béquilles, les attelles, les plâtres, les minerves et les supports orthopédiques, à l’exclusion de leur remplacement jusqu’à un maximum de 750 \$ par Personne Assurée ;
- (h) les frais pour les services d’un chiropraticien autorisé. Ces prestations sont payables jusqu’à un remboursement maximal de 500 \$ pour toutes les Blessures découlant d’un seul accident.
- (i) les frais pour une paire de lunette (incluant le remplacement) suite à un accident. Ces prestations sont payables jusqu’à un remboursement maximal de 100 \$ par Personne assurée pour toutes Blessures découlant d’un seul accident ;
- (j) les frais de stationnement à l’hôpital suite à un accident. 30 \$ par jour pour un maximum de 150 \$.
- (k) les frais pour les rapports de médecin suite à un accident. Ces prestations sont payables jusqu’à un remboursement maximum de 40 \$ par Personne assurée découlant d’un seul accident.

Le remboursement ne sera fait que si :

- (a) les frais sont engagés au Canada;
- (b) les frais sont engagés dans les 52 semaines qui suivent la date de l’accident à l’origine de la blessure; 18 mois pour les frais de services d’un physiothérapeute autorisé;
- (c) les frais sont engagés uniquement à des fins thérapeutiques et non de traitement facultatif; et
- (d) la demande est accompagnée des reçus à l’appui, soumis à la Compagnie comme preuve.

Cette prestation est en supplément de toute autre prestation similaire prévue par une autre assurance, une autre police ou un autre régime, y compris, mais sans s’y limiter, une police d’assurance automobile et tout régime fédéral ou provincial d’assurance maladie, hospitalisation ou médicaments.

Le montant maximal payable en vertu de cette garantie est de 25 000 \$ pour toutes les Blessures découlant d’un seul accident.

Remboursement des dépenses pour les soins dentaires en cas d’accident

Si vous subissez une blessure à des dents saines et entières dans les 30 jours qui suivent la date de l’accident à l’origine de la blessure et que, pour soigner cette blessure, vous obtenez un traitement au Canada dispensé par un dentiste ou un chirurgien-dentiste légalement autorisés à exercer leur profession, et que vous devez engager des dépenses liées aux soins dentaires, la Compagnie vous remboursera tout montant permis pour de tels services dans le barème des frais et des services de traitement des praticiens généraux de l’association des dentistes de la province ou du territoire dans lequel vous avez reçu un tel traitement.

Le remboursement ne sera fait que si :

- (a) les frais sont engagés au Canada;
- (b) les frais sont engagés dans les 52 semaines qui suivent la date de l’accident à l’origine de la blessure;
- (c) les frais sont engagés uniquement à des fins thérapeutiques et non de traitement facultatif ou esthétique; et
- (d) la demande est accompagnée du formulaire original de demande de règlement soumis à la Compagnie comme preuve.

Cette prestation est en supplément de toute autre prestation similaire prévue par une autre assurance, une autre police ou un autre régime, y compris, mais sans s’y limiter, une police d’assurance automobile et tout régime fédéral ou provincial d’assurance maladie, hospitalisation ou médicaments.

Le montant maximal payable en vertu de cette garantie est de 5 000 \$ pour toutes les blessures découlant d’un (1) seul accident.

Frais de prothèses dentaires ou de ponts

Si vos prothèses amovibles, ponts fixes ou couronnes de l’assuré sont endommagés par suite d’une blessure et qu’un médecin ou un

dentiste dûment qualifiés doit le traiter au plus tard dans les 30 jours après l’accident, la Compagnie s’engage à payer les frais de réparation ou de remplacement raisonnables et nécessaires effectivement supportés jusqu’à concurrence de 52 semaines après l’accident et de 300 \$ par période d’assurance.

Prestation pour fractures

Si vous subissez une blessure qui entraîne une fracture ou une luxation décrite dans le tableau des fractures ci-dessous, la Compagnie doit payer le montant précisé dans le tableau des fractures, à condition qu’une telle fracture ou luxation se soit produite dans les 30 jours qui suivent la date de l’accident qui en est à l’origine.

Le montant maximal payable en vertu de cette garantie est de 2 000 \$ pour toutes les Blessures découlant d’un seul accident.

Tableau des fractures

Fracture complète (y compris la fracture en bois vert) :

Crâne (enfoncement localisé)	100 % de la prestation pour fractures
Crâne (sans enfoncement localisé).....	40 % de la prestation pour fractures
Colonne vertébrale (une ou plusieurs vertèbres)	
.....	100 % de la prestation pour fractures
Colonne vertébrale (une vertèbre).....	
.....	40% de la prestation pour fractures
Colonne vertébrale (fracture par compression).....	
.....	20 % de la prestation pour fractures
Mâchoire supérieure (maxillaire).....	
.....	33 % de la prestation pour fractures
Mâchoire (mandibule).....	
.....	8 % de la prestation pour fractures
Hanche (fémur).....	
.....	33 % de la prestation pour fractures
Pelvis	
.....	33 % de la prestation pour fractures
Rotule (patella).....	
.....	27 % de la prestation pour fractures
Jambe (tibia ou péroné).....	
.....	25 % de la prestation pour fractures
Omoplate (scapula).....	
.....	25 % de la prestation pour fractures
Cheville (fracture de Pott).....	25 % de la prestation pour fractures
Poignet (fracture de Pouteau-Colles).....	25 % de la prestation pour fractures
Avant-bras (fracture ouverte ou comminutive)	
.....	23 % de la prestation pour fractures
Avant-bras (fracture non ouverte)	12 % de la prestation pour fractures
Sacrum ou coccyx	17 % de la prestation pour fractures
Sternum	17 % de la prestation pour fractures
Bras, entre le coude et l’épaule	17 % de la prestation pour fractures
Clavicule	12 % de la prestation pour fractures
Nez	12 % de la prestation pour fractures
Au moins deux côtes	10 % de la prestation pour fractures
Main (un ou plusieurs métatarsiens)	8 % de la prestation pour fractures
Pied (un ou plusieurs métatarses).....	8 % de la prestation pour fractures
Os du visage	8 % de la prestation pour fractures
Une côte	5 % de la prestation pour fractures
Tout autre os	3 % de la prestation pour fractures

Luxation complète :

Hanche	42% de la prestation pour fractures
Genou (réparation chirurgicale primaire).....	
.....	33% de la prestation pour fractures
Épaule	
(réduction de fracture par un traitement chirurgical).....	
.....	25% de la prestation pour fractures
Poignet	17% de la prestation pour fractures
Cheville.....	17% de la prestation pour fractures
Coude.....	12% de la prestation pour fractures
Os du pied, sauf les orteils	8% de la prestation pour fractures

Prestation pour invalidité totale et permanente

Si vous subissez une blessure qui entraîne une invalidité totale et permanente, la Compagnie versera un montant correspondant au capital assuré, moins tout montant figurant dans le Tableau des pertes déjà payé ou payable pour la même perte. Par « invalidité totale et permanente », on entend qu’à la suite d’une blessure, vous êtes incapables d’effectuer au moins deux des activités de la vie

quotidienne décrites ci-dessous sans l'aide d'une autre personne et ce, pendant une période de 12 mois après la date de la blessure, après quoi vous êtes alors jugés incapables d'effectuer de telles activités sans aide jusqu'à la fin de votre vie et un médecin atteste que l'invalidité est totale, permanente et irréversible.

Prestation pour réadaptation

Remboursement de vos frais de formation professionnelle, jusqu'à concurrence de 15 000 \$, si ces frais sont engagés dans les deux années suivant l'accident à l'origine d'une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime.

Prestation pour aménagement de la résidence ou d'un véhicule

Versement d'une prestation allant jusqu'à 15 000 \$ pour la modification de votre résidence ou de votre véhicule, si vous subissez une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime et laquelle vous oblige à utiliser un fauteuil roulant pour vous déplacer.

Prestation pour thérapie psychologique

Versement d'une prestation allant jusqu'à 5 000 \$, si vous subissez une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime et laquelle entraîne le besoin d'une thérapie psychologique dans les deux années qui suivent cette blessure.

Prestation pour hospitalisation

Versement d'une prestation de (i) 1 % du capital assuré jusqu'à concurrence de 2 500 \$ par mois pour une période d'hospitalisation de plus de 30 nuits ou (ii) 1/30 du montant déterminé conformément à l'alinéa (i) par période d'hospitalisation de plus de 5 nuits mais de moins de 30, si vous subissez une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime et laquelle entraîne votre hospitalisation pour une période maximale de douze mois.

Prestation pour transport de la famille

Versement d'une prestation allant jusqu'à 15 000 \$ à l'égard des frais engagés pour le transport d'un membre de votre famille immédiate pour se rendre à l'hôpital où vous êtes hospitalisés, à plus de 100 kilomètres de votre résidence, à la suite d'une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime.

Prestation de rapatriement

Versement d'une prestation allant jusqu'à 15 000 \$ pour couvrir les frais engagés pour le retour du corps à la ville de résidence, si vous êtes victimes de décès par accident couvert survenant à au moins 50 kilomètres de votre résidence.

Prestation pour identification du corps

Versement d'une prestation allant jusqu'à 5 000 \$ pour le transport d'un membre de votre famille immédiate qui se rend identifier le corps, si vous êtes victimes de décès par accident couvert survenant à au moins 150 kilomètres de votre résidence et si un organisme d'exécution de la loi exige une telle identification.

Prestation port de la ceinture de sécurité

Versement d'une prestation additionnelle équivalant à 10 % du capital assuré, jusqu'à concurrence de 50 000 \$, si vous êtes victimes de décès par accident couvert alors que vous vous trouvez à bord d'un véhicule de tourisme en tant que conducteur ou passagers et que votre ceinture de sécurité est proprement bouclée au moment de l'accident.

Prestation pour études d'un enfant à charge

Versement d'une prestation allant jusqu'à 5 % du capital assuré, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année scolaire, pour les frais de scolarité de chaque enfant à charge qui est inscrit au niveau d'études postsecondaires, si vous êtes victimes de décès par accident couvert. La prestation est payable jusqu'à concurrence de quatre années consécutives.

Prestation pour études du conjoint

Versement d'une prestation allant jusqu'à 15 000 \$ visant les frais engagés par votre conjoint pour suivre un programme de formation professionnelle ou de cours de métier dans le but d'obtenir une source indépendante de revenu, si vous êtes victime d'un décès par accident couvert et si ces frais sont engagés dans une période de 30 mois suivant votre décès. Les cours individuels seront aussi remboursés jusqu'à concurrence de 3 000 \$.

Prestation pour frais funéraires

Versement d'une prestation allant jusqu'à 5 000 \$ pour rembourser les frais funéraires dans le cas où vous êtes victimes de décès par accident couvert.

Prestation de taxis d'urgence

Si vous avez besoin d'une assistance médicale immédiate, une prestation sera versée pour les frais raisonnables pour vous transporter à vous rendre ou revenir d'un cabinet d'un médecin ou hôpital le plus proche, pour un maximum de 100 \$.

Frais de sauvetage

Les frais chargés par un service municipal ou provincial, en sol canadien, pour un sauvetage d'ordre médical ou non-médical, sous réserve d'un montant de 10 000 \$ par évènement.

Transport médical en cas d'urgence

Les frais de transport par un service professionnel d'ambulanciers ou, sur la recommandation d'un médecin, par un autre véhicule détenant un permis de transport des voyageurs. L'assuré peut être transporté à l'hôpital le plus proche qui dispose des installations permettant d'effectuer le traitement requis, ou en revenir jusqu'à un maximum de 50 000 \$.

Exclusions

Le régime ne couvre aucune perte causée ou entraînée en tout ou en partie par ce qui suit :

- (a) le suicide commis ou toute tentative de suicide commise par vous, si vous êtes sains d'esprit;
- (b) des blessures que vous vous infligez intentionnellement ou toute tentative en ce sens, que vous soyez sains d'esprit ou non;
- (c) la guerre, déclarée ou non, ou tout acte de guerre;
- (d) une maladie, une affection ou une infirmité corporelle, directement ou indirectement, à l'origine de la perte ou de la demande de règlement;
- (e) une incapacité mentale, directement ou indirectement, à l'origine de la perte ou de la demande de règlement;
- (f) une blessure subie pendant que vous recevez un traitement médical ou chirurgical pour soigner une maladie, une affection ou une infirmité corporelle ou mentale;
- (g) un accident ou un événement vasculaire cérébral, un accident ou un événement cardiovasculaire, un infarctus du myocarde ou une crise cardiaque, une thrombose coronaire, un anévrisme;
- (h) un voyage ou un vol à bord d'un appareil (y compris à l'embarquement ou au débarquement et en y montant ou en en descendant) utilisés pour la navigation aérienne, si vous :
 1. êtes passagers dans un aéronef non destiné au transport de passagers ou ne détenant pas de permis à cet effet; ou
 2. exécutez, apprenez à exécuter ou enseignez à exécuter des manœuvres en tant que pilotes ou membres de l'équipage de tout aéronef; ou
 3. êtes passagers d'un aéronef qui appartient au Titulaire de police ou qui est loué par ce dernier.
- (i) une infection, quelle qu'elle soit, peu importe la façon dont elle a été contractée, à l'exception d'infections bactériennes causées directement par le botulisme, l'intoxication alimentaire ou une coupure ou une blessure accidentelles indépendantes et en l'absence de toute autre maladie, affection ou condition sous-jacentes, y compris mais sans s'y limiter, le diabète;
- (j) une blessure que vous subissez pendant que vous êtes au service actif à plein temps des forces armées ou des forces de réserve organisées d'un pays ou d'une autorité internationale quelconques. (Sur demande du Titulaire de police, la Compagnie remboursera toute prime non acquise se rapportant à une période pendant laquelle vous êtes en service actif à temps plein);

- (k) une blessure que vous subissez pendant que vous êtes sous l'effet de substances intoxicantes et que vous conduisez un véhicule ou tout autre moyen de transport ou de déplacement et que le taux d'alcoolémie soit de plus de 80 milligrammes par 100 millilitres de sang;
- (l) une blessure que vous subissez pendant que vous êtes sous l'effet de drogues ou de substances désignées, selon la définition figurant dans la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (Canada) à moins que leur prise soit strictement conforme aux conseils et à l'ordonnance d'un médecin autorisé;
- (m) la perpétration ou toute tentative de perpétration d'un acte par vous ou une blessure subie par vous durant la perpétration ou toute tentative de perpétration d'un tel acte qui, s'il fait l'objet d'un jugement du tribunal, serait un acte illégal aux termes des lois de la juridiction où l'acte a été commis;
- (n) un acte, toute tentative de perpétrer un acte, ou une omission commise par vous, ou un acte, toute tentative de perpétrer un acte ou une omission commise avec votre consentement dans le but d'interrompre le flux sanguin vers votre cerveau ou de causer l'asphyxie, qu'il y ait ou non intention de nuire; et
- (o) les causes naturelles.
- (p) un accident se produisant pendant que la Personne assurée ne participe pas à une Activité approuvée; et



POUR TOUTE QUESTION : Serge Roy
Téléphone : 514-905-4405 ou (800) 465-2842 ext.1405
sroy@bflcanada.ca

La présente brochure ne fait que décrire brièvement la couverture offerte. Les renseignements complets sur les garanties sont contenus dans la police, y compris les dispositions relatives aux limitations, aux exclusions et à la résiliation. En cas d'incompatibilité entre le présent document et la police, la police prévaut. L'assurance est émise par la Compagnie d'Assurance AIG du Canada.

DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT ASSURANCE RISQUE SPÉCIAL

POUR TOUS LES MEMBRES ET BÉNÉVOLES DE LA

**FÉDÉRATION QUEBÉCOISE DE LA MONTAGNE ET DE
L'ESCALADE**

POLICE NUMÉRO : SRG 913 9257



**Période de couverture :
31 décembre 2016 au 31 décembre 2017**

Souscrit par :



Bureau principal : Toronto
Succursales : Montréal, Vancouver