



POLICE 9227098A

En considération du paiement d'une prime minimale exigible de 750 \$, l'assureur convient avec:

UNIVERSITÉ LAVAL

Pavillon des sciences de l'Éducation, local 1570
Québec, Canada
G1K 7P4

(ci-après appelé le contractant)

d'assurer toutes les personnes admissibles du contractant (ci-après individuellement appelées personne assurée) en cas de perte résultant d'une blessure, conformément à ce qui est prévu aux présentes et sous réserve de toutes les exceptions, limitations et dispositions de cette police.

Date d'entrée en vigueur et durée de la police

Cette police est émise pour la période débutant le 14 septembre 2006 et se terminant le 14 septembre 2007. Elle entre en vigueur à 0h 1min, heure normale à l'adresse du contractant, et toutes les années et mois d'assurance sont calculés à partir de cette date. Elle demeure en vigueur pendant la période pour laquelle la prime a été payée.

Définitions

«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, pourvu que cette blessure soit subie dans les circonstances et de la façon décrite à la section «Description des risques». 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.

Admissibilité

Tous les étudiants de la faculté des sciences et de génie âgés de moins de 70 ans.

Tableau des prestations

Seules sont prévues par cette police les indemnités indiquées ci-dessous:

Capital Assuré	50 000 \$
Remboursement des Dépenses accident:	10 000 \$
Soins dentaires par Suite d'un accident	1 000 \$

Description des risques

Sont incluses dans la garantie du présent contrat les blessures subies par la personne assurée pendant qu'elle

- (1) assiste ou participe à une activité se rapportant à un projet de conception cédulé et approuvé par une autorité compétente du contractant;
- (2) voyage pour le contractant: on considère un voyage commencé dès que la personne assurée quitte sa résidence dans le but de faire ce voyage et le voyage se poursuit jusqu'au retour de la personne assurée à sa résidence.

Le terme «voyage directement de sa résidence aux bâtisses ou terrains du contractant et vice versa» signifie tout voyage qui conduit la personne assurée de sa résidence aux bâtisses ou terrains du contractant et vice versa sur un trajet normal et raisonnable, sans délai ou arrêt.

«Résidence» signifie le logement qu'occupe la personne assurée et les terrains sur lesquels il est situé.

Prestations en cas de perte accidentelle

Si l'une des pertes ci-dessous est consécutive à un accident corporel s'étant produit il y a moins de trois cent soixante-cinq (365) jours, l'assureur s'engage à verser des prestations comme suit:

Perte

La vie (décès).....Le capital assuré
La vue complète
des deux yeux.....Le capital assuré
La parole et l'ouïe
des deux oreilles.....Le capital assuré
Une main et la vue
complète d'un oeil.....Le capital assuré
Un pied et la vue
complète d'un oeil.....Le capital assuré
La vue complète
d'un oeil..... Les trois quarts du capital assuré
La parole..... Les trois quarts du capital assuré
L'ouïe des
deux oreilles..... Les trois quarts du capital assuré
L'ouïe d'une
oreille..... Les deux cinquièmes du capital assuré
Tous les orteils
d'un pied.....Le tiers du capital assuré

Perte ou perte de l'usage

Les deux mains.....Le capital assuré
Les deux pieds.....Le capital assuré
Une main et un pied.....Le capital assuré
Un bras..... Les quatre cinquièmes du capital assuré
Une jambe..... Les quatre cinquièmes du capital assuré
Une main..... Les trois quarts du capital assuré
Un pied..... Les trois quarts du capital assuré
le pouce et l'index ou au
moins quatre doigts
d'une main..... Les deux cinquièmes du capital assuré

Paralysie

Quatre membres
(quadriplégie)..... Le double du capital assuré
Deux membres inférieurs
(paraplégie)..... Le double du capital assuré
Une moitié du corps
(hémiplegie)..... Le double du capital assuré

Par «perte de la vie», on entend le décès de l'assuré.

Par «perte», comme il est employé ci-dessus, on entend dans le cas d'une main ou d'un pied, 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; dans le cas d'un

bras ou d'une jambe, le sectionnement total à l'articulation du coude ou du genou ou au-dessus; dans le cas d'un pouce, le sectionnement total d'une phalange; dans le cas d'un doigt, le sectionnement total de deux phalanges; dans le cas d'un orteil, le sectionnement total d'une phalange du gros orteil et de toutes les phalanges des autres orteils; dans le cas d'un oeil, la perte totale et irrémédiable de la vue.

Par «perte», comme il est employé ci-dessus, on entend dans le cas de la parole, la perte totale et irrémédiable de la capacité d'émettre des sons intelligibles et, dans le cas de l'ouïe, la perte totale et irrémédiable de l'ouïe.

Par «paralysie», on entend l'abolition d'origine neurologique de la motricité d'un ou de plusieurs muscles.

Par «quadriplégie», on entend la paralysie permanente des quatre membres.

Par «paraplégie», on entend la paralysie permanente des deux membres inférieurs.

Par «hémiplegie», on entend la paralysie permanente d'une moitié du corps.

Par «perte», comme il est employé ci-dessus, on entend dans le cas de l'usage, la perte totale et irrémédiable de l'usage. Elle doit cependant se poursuivre pendant douze (12) mois consécutifs, au terme desquels elle est déclarée permanente.

Si, par suite d'un seul accident, l'assuré reçoit des blessures multiples à un membre, les prestations prévues par la présente disposition ne sont versées que pour une seule perte, la plus importante.

La prestation payable à l'égard de toutes les pertes subies par le même assuré à la suite d'un seul et même accident se limite comme suit:

- a) Le capital assuré, sauf en cas de quadriplégie, de paraplégie ou d'hémiplegie;
- b) Le double du capital assuré en cas de quadriplégie, de paraplégie ou d'hémiplegie; le doublement ne s'applique pas si l'assuré vient à décéder dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant l'accident.

Le montant global d'indemnisation payable à l'égard d'un même accident ne peut dépasser le double du capital assuré.

Remboursement des frais médicaux par suite d'un accident

Si, suite à une blessure, l'assuré doit recevoir des soins médicaux au plus tard trente (30) jours après l'accident et supporte n'importe lequel des frais admissibles (services, médicaments ou appareils) décrits ci-après,

l'assureur s'engage à rembourser les frais réels, raisonnables et ordinaires comme suit:

- 1) Les frais d'hospitalisation correspondant à la différence entre le coût en salle commune, en vertu du régime provincial d'hospitalisation de l'assuré, et les frais exigés pour une chambre à deux lits (une chambre à un lit si le médecin le recommande);
- 2) Sur la recommandation d'un médecin, les honoraires d'un membre du personnel infirmier, sous réserve que normalement il n'habite pas chez l'assuré; le remboursement est limité à cinq mille dollars (5 000 \$) par accident;
- 3) Les frais de médicaments, de sérums et de vaccins faisant l'objet d'une ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste dûment qualifié et préparés par un médecin ou un pharmacien autorisé, sous réserve d'une provision de trente (30) jours; sont exclus les frais d'injection;
- 4) Sur la recommandation d'un médecin, les honoraires d'un physiothérapeute autorisé ou d'un thérapeute en sport agréé, sous réserve que normalement il n'habite pas chez l'assuré ni ne soit membre de sa famille immédiate; le remboursement est limité à vingt-cinq dollars (25 \$) par traitement, à deux cent cinquante dollars (250 \$) par accident et à cinq cents dollars (500 \$) par période d'assurance;
- 5) Les frais de transport d'un service autorisé d'ambulance ou, sur la recommandation d'un médecin, de tout autre véhicule ayant un permis de transport des passagers, y compris une ambulance aérienne; l'assuré peut être transporté à l'hôpital le plus proche qui dispose des installations permettant d'effectuer le traitement, ou en revenir; le remboursement est limité à mille dollars (1 000 \$) par accident;
- 6) Les frais de prothèses auditives, de béquilles, d'attelles, de plâtres, de bandages herniaires et d'appareils orthopédiques, mais non les frais d'appareils orthodontiques et de remplacement; le remboursement est limité à sept cent cinquante dollars (750 \$) par période d'assurance;
- 7) Les frais de location d'un fauteuil roulant, d'un poumon d'acier ou d'autres articles durables d'équipement nécessaires de façon provisoire au traitement; les frais ne doivent pas dépasser le prix d'achat en vigueur au moment de la location; le remboursement est limité à cinq mille dollars (5 000 \$) par accident;
- 8) Les honoraires d'un chiropraticien autorisé, sous réserve que normalement il n'habite pas chez l'assuré ni ne soit membre de sa famille immédiate; le remboursement est limité à vingt-cinq dollars (25 \$) par traitement, à deux cent

cinquante dollars (250 \$) par accident et à cinq cents dollars (500 \$) par période d'assurance.

Le remboursement des sept (7) premiers frais ou honoraires est toutefois sous réserve que l'assuré reçoive les soins normaux d'un médecin. De plus, il est nécessaire que tous les frais soient engagés au plus tard cinquante-deux (52) semaines après l'accident, sous réserve de la somme figurant à la rubrique «Remboursement des frais médicaux par suite d'un accident» du Tableau; cette somme correspond au remboursement maximal résultant d'un seul accident.

Par «recevoir les soins normaux», on entend 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.

Par «médecin», on entend 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 où le traitement est administré, sous réserve que le médecin en soit membre en règle;
- 2) Un organisme gouvernemental ayant pouvoir de réglementation sur la délivrance des permis d'exercer dans la région où le traitement est administré.

Par «membre de la famille immédiate», on entend le fils, la fille, le père, la mère, le frère, la sœur, le beau-fils, la belle-fille, le beau-père, la belle-mère, le beau-frère, la belle-sœur - peu importe que leur lien de parenté soit naturel ou résulte d'une adoption ou d'un remariage -, le conjoint, le petit-fils, la petite-fille, le grand-père ou la grand-mère de l'assuré; est exclue toute personne qui n'a pas au moins dix-huit (18) ans.

Il est spécifiquement entendu et convenu que par rapport aux étudiants canadiens, leur protection sous cette police ne couvre pas les dépenses couvertes par un régime d'assurance maladie ou d'hospitalisation fédéral ou provincial. Par rapport aux étudiants non canadiens, leur protection sous cette police ne couvre pas les dépenses couvertes par la police de Desjardins # Q178 émise au nom du contractant.

Frais dentaires par suite d'un accident

Si, par suite d'un coup porté à la bouche et 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 qualifié, l'assureur s'engage à rembourser ce qui suit: les frais raisonnables et nécessaires effectivement supportés par l'assuré au cours des cinquante-deux (52) semaines suivant l'accident. Toutefois, le

maximum par accident ne peut dépasser la somme stipulée à la rubrique «Frais dentaires par suite d'un accident» du Tableau ; et le dentiste ou le chirurgien dentiste n'habite normalement pas chez l'assuré ni n'est membre de sa famille immédiate. Il faut également que l'assuré ait consulté le dentiste ou le chirurgien dentiste dûment qualifié au plus tard trente (30) jours après l'accident.

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 ou du territoire de résidence de l'assuré; de plus, le remboursement est déduit de toute somme payable à la rubrique «Frais de prothèses dentaires ou de ponts».

Transport après décès

Si, par suite du décès par accident corporel de l'assuré à plus de cinquante kilomètres (50 km) de sa résidence, des prestations sont payables conformément aux conditions contractuelles, l'assureur s'engage à rembourser, jusqu'à concurrence d'une somme globale de quinze mille dollars (15 000 \$), ce qui suit: les frais réels et normaux de la préparation du corps et de son transport jusqu'au premier endroit choisi (notamment un salon funéraire ou un lieu d'inhumation) à proximité de la résidence du défunt.

L'indemnité n'est payable qu'en vertu d'une seule police de l'assureur établie au nom du contractant.

Indemnité de réadaptation professionnelle

Si, par suite d'une blessure donnant droit à des prestations prévues par la disposition «Prestations en cas de perte accidentelle», l'assuré doit s'inscrire à un programme de réadaptation professionnelle, l'assureur s'engage à rembourser, les frais réels, normaux et nécessaires supportés par l'assuré au cours des trois (3) années suivant la perte.

L'indemnité se limite à quinze mille dollars (15 000 \$) par accident. Elle ne couvre ni les frais de pension ni les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

L'indemnité n'est payable qu'en vertu d'une seule police de l'assureur établie au nom du contractant.

Aménagement de la résidence et/ou d'un véhicule

Si, à la suite de la perte ou de la perte de l'usage des deux pieds ou des deux jambes, de la quadriplégie, la paraplégie ou l'hémiplégie donnant droit à des prestations payables en vertu de la présente police, l'assuré ne peut se déplacer qu'en fauteuil roulant, l'assureur s'engage à rembourser, dans les trois (3) années qui suivent la perte, les frais normaux et

nécessaires effectivement supportés de travaux d'aménagement de sa résidence principale et/ou d'un véhicule automobile, à son usage personnel. Ces travaux doivent permettre à l'Assuré d'accéder à sa résidence et/ou à son véhicule en fauteuil roulant. Il faut en outre obtenir, le cas échéant, l'approbation du service de la délivrance des permis.

Le remboursement maximal des frais supportés par l'assuré ou en son nom se limite à quinze mille dollars (15 000 \$) par accident; le montant payable en vertu de la présente disposition est coordonné avec toute autre indemnité de même nature versée ou exigible en vertu de tout autre régime d'assurance.

Déplacement pour raisons familiales

Si, par suite d'une blessure couverte par la disposition «Prestations en cas de perte accidentelle», l'assuré est hospitalisé à plus de cent cinquante kilomètres (150 km) de sa résidence et reçoit les soins appropriés d'un médecin, l'assureur s'engage à rembourser les frais réels et normaux suivants: les frais de logement des membres de la famille immédiate ou de leur représentant et les frais de déplacement aller et retour entre leur résidence et l'hôpital (selon le trajet le plus court). Ces frais peuvent être remboursés dans le cas d'une perte non couverte par la disposition «Prestations en cas de perte accidentelle» si l'hospitalisation dure au moins quatre (4) jours et commence au plus tard vingt-quatre (24) heures après l'accident. L'indemnité globale est plafonnée à cinq mille dollars (5 000 \$) par accident. Sont toutefois exclus les frais de repas et autres frais normaux de subsistance, d'habillement ou de déplacement, à l'exception des frais stipulés ci-dessus. Si on se déplace dans un véhicule ou un appareil particulier, le remboursement se limite alors à vingt-cinq cents (0,25 \$) le kilomètre.

Par «hôpital», on entend 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, on y inclut un établissement réservé en tout ou en partie aux soins de réadaptation.

Par «recevoir les soins appropriés», on entend 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.

Par «médecin», on entend 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.

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

Par «logement», on entend un logement à proximité de l'hôpital où séjourne l'assuré.

L'indemnité n'est payable qu'en vertu d'une seule police de l'assureur établie au nom du contractant.

Assurance aviation

La présente police couvre toute blessure reçue par l'assuré dans les circonstances décrites ci-après et en raison de celles-ci:

- a) Tout voyage à titre de passager, non en qualité de membre de l'équipage, notamment le pilote, à bord d'un aéronef dont le certificat de navigabilité est en règle, de même que le brevet du pilote correspondant au type d'aéronef;
- b) Tout voyage à titre de passager, non en qualité de membre de l'équipage, notamment le pilote, à bord d'un aéronef exploité par les Forces armées canadiennes ou par les forces armées d'une autorité gouvernementale dûment constituée de tout autre pays reconnu;
- c) L'embarquement, la descente ou le heurt par un aéronef.

Nonobstant a) et b) ci-dessus, la présente police ne couvre pas les blessures reçues lors d'un voyage à bord d'un aéronef appartenant au contractant, exploité ou loué par lui ou en son nom.

Exposition aux éléments et disparition

Si, à la suite d'un accident couvert par la présente police, l'assuré est inévitablement exposé aux éléments et que, par conséquent, il subit une perte donnant normalement droit à une prestation, la perte est couverte conformément aux stipulations de la police.

Si l'assuré n'est pas retrouvé dans l'année qui suit la disparition, le naufrage ou la destruction du véhicule à bord duquel il se trouvait lors de l'accident et dans des circonstances qui seraient normalement couvertes, on

présume qu'il a alors perdu la vie par suite d'un accident corporel.

Montant global d'indemnisation

Le montant global d'indemnisation, prévu par la présente assurance, à la suite de toutes les pertes résultant d'un même accident est 5 000 000 \$. S'il ne suffit pas à couvrir le plein montant de l'indemnité auquel a droit chaque assuré, la somme alors payable est calculée conformément au rapport entre le montant global d'indemnisation et la somme payable sans ce montant.

La présente disposition ne joue qu'en vertu de la garantie suivante: Prestations en cas de perte accidentelle

Désignation de bénéficiaire

L'indemnité payable en cas de perte de la vie d'une personne assurée est payable à la succession de la personne assurée.

Toutes les autres prestations, à l'exception de ce qui suit, sont remises à la personne assurée: Transport après décès

Résiliation de l'assurance d'une personne admissible

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

- 1) La résiliation de la police.
- 2) L'échéance de la prime si le contractant n'acquitte pas la prime exigible.
- 3) Le soixante-dixième (70^e) anniversaire de l'assuré;
- 4) La cessation de l'assuré d'être associée au contractant en qualité de personne admissible à l'assurance en vertu des présentes.

Limites territoriales

Aucune.

Exclusions

La présente police ne couvre aucune perte, mortelle ou non, causée principalement ou accessoirement par ce qui suit:

- 1) Le suicide ou les blessures volontaires.
- 2) La guerre, déclarée ou non.

- 3) La participation à une émeute, une insurrection, un mouvement populaire ou des troubles.
- 4) Le service à plein temps, à temps partiel ou temporaire dans les forces armées d'un pays.
- 5) Tout voyage, à titre de passager ou autre, à bord d'un véhicule ou d'un appareil de navigation aérienne, sauf ce qui est prévu à la disposition «Assurance aviation».
- 6) Les soins médicaux ou les interventions chirurgicales, sauf s'ils sont consécutifs à un accident.

La présente police se conforme aux conditions légales de tout régime d'assurance maladie ou hospitalisation fédéral ou provincial. Les prestations prévues par les dispositions «Remboursement des frais par suite d'un accident» et «Soins dentaires par suite d'un accident» sont déduites de toute prestation payable en vertu de dispositions de même nature d'une autre police.

Dispositions relatives aux sinistres

Déclaration de sinistre. La déclaration écrite de la blessure pouvant faire l'objet d'une demande de règlement doit être remise à l'assureur au plus tard trente (30) jours après l'accident à l'origine de la blessure. Est réputée être une déclaration remise à l'assureur toute déclaration remise par l'assuré ou le bénéficiaire, selon le cas, ou en leur nom, au siège social de l'assureur [2020, rue University, bureau 700, 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 que le demandeur avait un motif valable. En aucun cas, la déclaration ne peut être présentée plus de un (1) an après l'accident.

Formulaires de demande de règlement. Dès réception de la déclaration de sinistre, l'assureur remet au demandeur les formulaires habituels de demande de règlement. Le demandeur, qui au bout de quinze (15) jours n'a pas reçu ces formulaires, est réputé s'être conformé aux exigences s'il soumet, dans le délai imparti, les preuves écrites du sinistre exposant les circonstances, la nature et l'étendue de la perte qui fait l'objet de la demande de règlement.

Preuve de sinistre. La preuve écrite du sinistre doit être remise à l'assureur au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours après l'accident à l'origine du sinistre. La non-présentation de la preuve, dans le délai imparti, n'invalide pas la demande de règlement s'il est prouvé que le demandeur avait un motif valable. En aucun cas, la preuve ne peut être présentée plus de un (1) an après l'accident.

Examen physique et autopsie. Tant que la demande de règlement est à l'étude, l'assureur se réserve le droit de faire subir à l'assuré un examen physique toutes les fois qu'il le juge opportun, sous réserve toutefois qu'il en acquitte les frais. Il peut aussi exiger une autopsie en cas de décès, lorsque la loi le permet.

Versement des prestations. Toutes les prestations payables en vertu du contrat sont réglées dès que l'assureur reçoit une preuve de sinistre qu'il juge suffisante et qui se conforme aux exigences contractuelles.

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

Action contre l'assureur. Pour qu'une action en demande de règlement au titre du présent contrat puisse être intentée par l'assuré, il faut respecter les deux délais ci-après: un délai minimal de soixante (60) jours calculé à partir de la remise à l'assureur d'une preuve de sinistre, remise qui se conforme aux exigences contractuelles, et un délai maximal de trois (3) ans [un (1) an à l'extérieur du Québec].

Conformité à la loi de la province. Si le délai stipulé au contrat pour présenter une déclaration, une preuve de sinistre ou pour intenter une action contre l'assureur est inférieur à celui prévu par la loi de la province de résidence du demandeur au moment du sinistre, ce dernier prévaut.

Dispositions générales

Intégrité du contrat. La police, les avenants et toute pièce annexe, le cas échéant, forment un contrat indivisible. Une déclaration du proposant ne peut entraîner la nullité de l'assurance ni la diminution des prestations, sauf si elle figure par écrit dans la proposition portant la signature du proposant. Aucun agent ne peut modifier le contrat ni supprimer une de ses dispositions. Toute modification n'est valide que si elle est approuvée par un dirigeant de l'assureur, sous réserve que l'approbation figure dans un avenant à la police ou une pièce annexe.

Toutes les réponses du proposant qui figurent dans la proposition sont réputées être des déclarations, non des conditions essentielles.

Certificat d'assurance. L'assureur doit approuver la description des garanties contractuelles qui est faite dans la notice et, en cas de divergence, peut exiger la modification du libellé. En l'absence de l'approbation de l'assureur ou au refus d'obtempérer à la demande de modification, le contractant s'engage à exonérer l'assureur de toute responsabilité découlant de la divergence et à le dédommager de toute réclamation. L'exonération porte également sur les pertes et les frais, notamment les frais juridiques, résultant d'une réclamation.

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

Examen des archives. En ce qui a trait aux archives du contractant se rapportant à l'assurance, l'assureur est autorisé à les examiner à toute époque au cours du présent contrat et, au besoin, dans les deux (2) ans suivant l'expiration de l'assurance ou encore jusqu'au règlement définitif des sinistres non réglés.

EN FOI DE QUOI, AXA Assurances inc. a autorisé la signature du présent avenant par son président du conseil et par son président et chef de la direction. Toutefois, l'avenant n'engage l'assureur que s'il est contresigné par son rédacteur de police dûment autorisé.



Président du conseil

Président et chef
de la direction

Contresignataire: Jeanne Kawigh
Rédacteur de police

Fait le 11 octobre 2006