

FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DE TIR
SOMMAIRE DES GARANTIES
Police n° 100013088 émise par iA Marchés spéciaux, une division de
l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

ASSURANCE COLLECTIVE ACCIDENTS

En cas de blessure occasionnée par un accident se produisant alors que vous participez à toute activité approuvée par et sous la surveillance de l'autorité compétente de la Fédération Québécoise de Tir, y compris tout voyage direct, avec d'autres assurés, à destination et en provenance du site de l'activité en cause, vous avez droit à un capital assuré de 10 000 \$. Les prestations exigibles en vertu de cette assurance s'ajoutent à celles de toute autre assurance.

DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT ET PERTES FONCTIONNELLES

La « perte » ou « perte fonctionnelle » doit survenir dans les 365 jours suivant la date de l'accident. Les prestations en vertu de cette garantie prennent la forme d'un montant forfaitaire et sont versées en plus de toute autre indemnité à laquelle l'assuré a droit.

	Capital assuré (%)
La vie.....	100 %
Les deux mains ou les deux pieds	100 %
La vue des deux yeux.....	100 %
Une main et un pied.....	100 %
Une main et la vue d'un œil.....	100 %
Un pied et la vue d'un œil.....	100 %
La parole et l'ouïe des deux oreilles.....	100 %
Un bras ou une jambe	80 %
Une main ou un pied.....	75 %
La vue d'un œil.....	75 %
La parole ou l'ouïe des deux oreilles.....	75 %
Le pouce et l'index d'une main.....	40 %
Quatre doigts d'une main.....	40 %
L'ouïe d'une oreille.....	40 %
Tous les orteils d'un pied.....	33 1/3 %
Quadruplégié (paralysie complète de tous les membres supérieurs et inférieurs).....	200 %
Paraplégie (paralysie complète des deux membres inférieurs).....	200 %
Hémiplégie (paralysie complète des membres supérieur et inférieur d'un seul côté du corps).....	200 %

ADAPTATION DE DOMICILE ET DE VÉHICULE (50 000 \$)

Si, par suite d'une blessure couverte par la garantie « Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles », l'assuré doit utiliser un fauteuil roulant pour se déplacer, la Compagnie assume le coût de la modification de sa résidence principale ou d'un véhicule motorisé qu'il utilise, jusqu'à concurrence du montant le plus élevé entre 15 000 \$ et 10 % du capital assuré, sous réserve d'un maximum de 50 000 \$.

FRACTURE, LUXATION, RUPTURE DE TENDON ET AUTRES BLESSURES (500 \$)

Si l'assuré subit une fracture, une luxation, une rupture de tendon ou une autre blessure des suites d'un accident, la compagnie verse divers pourcentages de l'indemnité prévue pour chaque fracture, dislocation, rupture de tendon ou autre blessure, mais pas plus d'une seule indemnité, la plus élevée, par accident. En cas de fracture ouverte, comminutive ou bilatérale, le montant versé est doublé.

FRAIS D'OBSÈQUES (5 000 \$)

En cas de décès découlant d'une blessure, la Compagnie rembourse les frais d'obsèques réellement engagés.

Si la garantie en cause est comprise dans plus d'une police que vous a consentie la Compagnie, les prestations exigibles à cet égard se limitent à celles d'une seule de ces polices.

FRAIS DENTAIRES PAR SUITE D'UN ACCIDENT (1 000 \$)

Si un assuré, par suite de dommages causés par un choc externe à des dents saines et intactes (y compris les dents avec coiffe ou couronne) doit être soigné dans les 30 jours de la date de l'accident ayant causé ces dommages, la Compagnie assume les frais effectivement engagés à cet égard.



FRAIS MÉDICAUX PAR SUITE D'UN ACCIDENT (15 000 \$)

Si un assuré, par suite d'une blessure et dans les 30 jours de la date de l'accident qui en est la cause, a besoin de soins ou de traitements médicaux, la Compagnie assume les frais raisonnables et ordinaires effectivement engagés pour a) des services infirmiers; b) le transport par service ambulancier autorisé ou, sur recommandation d'un médecin, par tout autre service autorisé à transporter des passagers, contre rémunération, à destination ou en provenance de l'hôpital le plus près en mesure de fournir le traitement requis; c) la différence entre l'indemnité pour hospitalisation en salle commune prévue par l'assurance hospitalisation provinciale et le montant exigé pour une hospitalisation en chambre à deux lits (chambre privée, sur recommandation du médecin); d) la location d'un fauteuil roulant, d'un poumon d'acier ou d'autre matériel durable aux fins thérapeutiques, mais n'excédant pas le prix d'achat en vigueur lorsque la location s'est avérée nécessaire; e) les services, sur recommandation d'un médecin, d'un physiothérapeute ou d'un thérapeute en sport agréé ou autorisé, sous réserve d'un remboursement maximum de 500 \$ par année d'assurance; f) des médicaments et des produits pharmaceutiques qu'on ne peut obtenir que sur prescription par écrit d'un médecin et qu'auprès d'un pharmacien agréé ou d'un médecin; g) l'obtention de prothèses auditives, béquilles, attelles, appareils plâtrés, bandages herniaires et appareils orthopédiques (à l'exclusion des appareillages orthodontiques), leur remplacement n'étant toutefois pas compris, sous réserve d'un maximum de 750 \$ par année d'assurance; h) les services d'un chiropraticien autorisé, sous réserve d'un remboursement maximum de 500 \$ par année d'assurance.

IDENTIFICATION DE LA DÉPOUILLE (20 000 \$)

Si l'assuré décède par suite d'une blessure et que l'identification de la dépouille soit requise par la police ou quelque organisme analogue chargé de l'application de la loi et ayant autorité en la matière, la Compagnie rembourse les frais effectivement engagés par un membre de la famille immédiate pour son hébergement et ses repas ainsi que son transport aller-retour par le chemin le plus direct, à condition que la dépouille se trouve à au moins 150 kilomètres de la résidence dudit membre de la famille. Si le transport s'effectue par véhicule privé, le remboursement des frais de transport engagés se limite à un maximum de 0,35 \$ par kilomètre parcouru.

LÉSIONS AU CERVEAU

Si, par suite d'une blessure, l'assuré subit des lésions au cerveau, la Compagnie paiera le montant du capital assuré, moins tout montant déjà versé pour le même accident en vertu de la garantie « Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles », pourvu que les lésions au cerveau surviennent dans les 120 jours suivant l'accident, que l'assuré soit hospitalisé au moins sept jours pendant cette période et qu'un médecin détermine, à la satisfaction de la Compagnie, que l'assuré montre des signes manifestes de lésions au cerveau pendant une période d'au moins six mois consécutifs.

RAPATRIEMENT D'UN DÉFUNT (20 000 \$)

Si l'assuré décède des causes d'une blessure, la Compagnie assume les frais engagés pour rapatrier la dépouille dans la ville de résidence du défunt.

RÉADAPTATION (20 000 \$)

Si l'assuré subit une blessure l'obligeant à obtenir une formation spéciale pour devenir apte à exercer une profession particulière qu'elle n'aurait pas exercée n'eût été cette blessure, la Compagnie assume les frais raisonnables et nécessaires engagés à cet égard, dans les trois années de la date de l'accident et à condition qu'il s'agisse d'une blessure ouvrant droit à des indemnités en vertu de la garantie « Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles ».

TRANSPORT D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE (20 000 \$)

Si, par suite d'une blessure ouvrant droit à des indemnités en vertu de la garantie « Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles », l'assuré est hospitalisé dans un établissement situé à au moins 150 kilomètres de sa résidence, la Compagnie rembourse les frais réellement engagés pour l'hébergement d'un membre de la famille immédiate ainsi que pour son transport par le parcours le plus direct entre son domicile et le lieu d'hospitalisation de l'assuré. Si le transport s'effectue par véhicule privé, le remboursement des frais de transport engagés se limite à un maximum de 0,35 \$ par kilomètre parcouru.

ASSURANCE AÉRIENNE LIMITÉE

L'assurance comprend l'indemnisation en cas de blessures subies du fait d'avoir – en qualité de passager et non en qualité de pilote ou de membre d'équipage – voyagé à bord de, monté ou descendu de, été heurté par ou forcé d'atterrir dans :

- a) tout aéronef muni d'un certificat de navigabilité valide et exploité par une personne ayant une licence de pilote en règle l'autorisant à piloter un tel aéronef;
- b) tout type d'aéronef de transport employé par les Forces canadiennes ou par les services de transport analogues de toute autre instance dûment constituée par le gouvernement reconnu d'un État partout dans le monde, à condition que cet aéronef ne soit pas à l'essai ni employé à des fins expérimentales.

Indépendamment de a) et de b) ci-dessus, l'assurance exclut toute blessure subie du fait d'avoir – en qualité de passager, de pilote, d'exploitant ou de membre d'équipage – voyagé à bord de, monté dans ou descendu de, été heurté par ou forcé d'atterrir dans tout aéronef dont le Titulaire de la police est le propriétaire, l'exploitant ou le preneur à bail.

CESSATION DE L'ASSURANCE D'UN ASSURÉ

L'assurance prend immédiatement fin, selon la première éventualité, dès : a) la date de résiliation de la police; b) la date d'échéance de la prime si le Titulaire de la police omet de payer la prime exigée pour l'assuré, sauf par inadvertance; c) la date du 75^e anniversaire de l'assuré; d) la date à laquelle l'assuré cesse d'être admissible à l'assurance.

EXCLUSIONS

La police ne couvre aucun sinistre, mortel ou autre, causé ou occasionné par, directement ou indirectement résultant de :

- » une guerre, déclarée ou non, ou tout acte d'hostilité en découlant;
- » le service actif à temps plein au sein des forces armées d'un quelconque pays;
- » un suicide, une tentative de suicide ou une blessure auto-infligée intentionnellement, que l'assuré soit déclaré sain d'esprit ou non;
- » une blessure subie du fait d'avoir voyagé en qualité de passager ou autre à bord de tout véhicule ou appareil de navigation aérienne, sauf disposition contraire prévue par la garantie « Assurance aérienne limitée »;
- » une maladie ou un trouble physique ou mental ou un traitement pour cette maladie ou ce trouble.

Sont également exclus les frais engagés pour :

- » les services d'un masseur;
- » l'achat, la réparation ou le remplacement de lunettes ou de verres de contact, ainsi que pour toute prescription à cette fin;
- » les radiographies, la réparation ou le remplacement de prothèses dentaires, obturations ou de couronnes antérieures, sauf disposition contraire prévue par la garantie « Frais dentaires par suite d'un accident ».
- » les frais engagés par un assuré qui n'est pas couvert par un régime d'assurance hospitalisation fédéral ou provincial.

BÉNÉFICIAIRE

L'indemnité exigible en cas de décès de l'assuré est versée à la succession de celui-ci. Toute autre indemnité exigible sera versée à l'assuré lui-même, à l'exception des indemnités exigibles en vertu des garanties suivantes :

- Frais d'obsèques
- Identification de la dépouille
- Rapatriement d'un défunt
- Transport d'un membre de la famille

La police contient une disposition qui retire ou restreint le droit de la personne couverte par une assurance collective de désigner les personnes auxquelles ou au profit desquelles le produit du contrat d'assurance sera versé.

Toute procédure ou démarche intentée contre l'assureur aux fins de recouvrement des prestations payables aux termes du contrat est strictement interdite à moins qu'elle n'ait été entreprise dans les délais prévus par la Loi sur les assurances ou une autre loi applicable.

**iA Marchés spéciaux
Bureau régional de l'Est**

Téléphone: 416 498-8319 | Sans frais: 1 800 611-6667

Le présent aperçu des garanties n'est fourni qu'à titre d'information. Pour connaître le détail de l'assurance, consultez le contrat-cadre remis au titulaire de la police qui énonce clairement les dispositions du régime. Tout droit et toute obligation découlant de celui-ci sont régis par le contrat-cadre de la police établie par iA Marchés spéciaux, une division de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., et non par le présent aperçu.