



## ACCIDENT & GENERAL INSURANCE COMPANY, LIMITED

Siège social : c/o Artex Risk Solutions (Caïmans) Ltd., P.O. Box 10233, 171 Elgin Avenue  
Willow House, Cricket Square, George Town KY1-1002 Grand Cayman  
(ci-après désignée la Société)

---

### CERTIFICAT D'ASSURANCE TEMPORAIRE ACCIDENT DE PLONGÉE

Ce certificat décrit l'assurance accident fournie par la Société aux Personnes assurées. Cette assurance est soumise aux conditions d'éligibilité et à la date de prise d'effet de cette Police. Les prestations décrites dans ce Certificat sont assurées en vertu de la présente Police d'assurance au Titulaire de la police désigné :

**Numéro de la police :** G-2018-ST (la « Police »)

**Titulaire de la police :** TRAVELER EMERGENCY MEDICAL SERVICES, LTD. (TEMS)

#### Conformité avec la législation

Si les dispositions de cette Police d'assurance et de ce Certificat ne sont pas conformes aux exigences légales et réglementaires de tout pays, province ou état s'appliquant à la Police d'assurance/au Certificat, la Police d'assurance/le Certificat sera automatiquement modifié afin d'être remis en conformité avec les exigences légales ou réglementaires en vigueur. S'il est déterminé que cette Police d'assurance ne peut pas être souscrite par les résidents de certains états, provinces, pays ou autres juridictions, le Certificat pourra être annulé, et toutes les primes payées seront remboursées.

La Proposition, la Police d'assurance principale, le Certificat et les annexes jointes forment l'ensemble du contrat passé entre la Société et les Personnes assurées. Il peut être modifié, renouvelé ou terminé sans notification préalable ou sans l'accord des personnes jouissant d'un intérêt bénéficiaire dans la Police d'assurance. Veuillez lire ce Certificat avec attention.

Ce plan ne couvre pas les soins médicaux dans leur intégralité et ne constitue pas une assurance médicale complète. Il s'agit uniquement d'une garantie en cas d'Accident. Cette Police d'assurance ne couvre pas les dépenses liées à des soins médicaux prodigués aux États-Unis.

**Avertissement relatif à la fraude :** Toute personne qui, avec l'intention d'escroquer ou en sachant qu'elle encourage la fraude à l'encontre d'un assureur, soumet une proposition ou remplit une déclaration comportant des informations fausses ou trompeuses peut être rendue coupable de crime de fraude à l'assurance, si cela est établi par un tribunal de la juridiction compétente.

#### OBLIGATION DE NOTIFICATION

**Si vous tombez malade ou êtes blessé(e), vous devez immédiatement vous rendre à l'établissement médical d'urgence le plus proche. En cas de Blessure ou d'Accident couvert par cette Police d'assurance, vous devez immédiatement contacter DAN World pour confirmer que vous êtes couvert(e) et obtenir une garantie de paiement pour tous les services médicaux dont vous avez bénéficié. Si les circonstances vous empêchent de contacter DAN World, vous devez informer DAN World dès que les circonstances le permettent.**

#### ASSISTANCE D'URGENCE MONDIALE

**En cas d'Accident de plongée couvert, vous devez immédiatement contacter l'Assistance téléphonique d'urgence mondiale DAN au +1 919 684 9111. Ce service est disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 365 jours par an, et est assuré par des médecins DAN et d'autres professionnels de la santé qui pourront vous fournir une assistance d'urgence. Les appels internationaux en PCV sont acceptés.**

## SOMMAIRE

DÉFINITIONS .....	3
ÉLIGIBILITÉ ET DATE EFFECTIVE D'ASSURANCE.....	6
PRESTATIONS .....	7
BARÈME D'INDEMNISATION .....	8
ASSISTANCE ET TRANSPORT MÉDICAL .....	9
ASSURANCE MÉDICALE ACCIDENT .....	11
RECHERCHE ET SAUVETAGE .....	10
DÉCÈS ACCIDENTEL ET MUTILATION .....	13
PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES .....	13
EXCLUSIONS .....	14
CONDITIONS GÉNÉRALES .....	16
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉCLARATIONS.....	17

## DÉFINITIONS

**ACCIDENT** désigne tout événement soudain, inattendu et imprévu ayant lieu sans qu'une action ou un acte intentionnel de la Personne assurée ne cause ou ne contribue à cet événement soudain, inattendu ou imprévu.

**EMBOLIE GAZEUSE ARTÉRIELLE (EGA)** désigne les signes et symptômes dus à la pénétration de gaz dans le système artériel du fait d'une surpression du gaz dans les structures corporelles le contenant au cours d'une Plongée couverte.

**CERTIFICAT** désigne ce Certificat (et le Barème d'indemnisation) délivré à la Personne assurée et démontrant qu'elle est couverte par la Police d'assurance.

**PLONGEUR COMMERCIAL** désigne un plongeur utilisant un scaphandre autonome ou une source d'air fournie en surface, s'engageant dans des activités de plongée dans le cadre d'une entreprise commerciale et recevant une compensation ou une autre forme de rétribution en échange de services rendus. Les activités de plongée des Plongeurs commerciaux peuvent inclure, sans s'y limiter, la construction, l'inspection, la recherche et le sauvetage, le renflouage, la réparation et le ramassage ou la pêche de produits marins. La dénomination Plongeur commercial n'inclut pas les plongeurs professionnels, les photographes et vidéastes sous-marins, les plongeurs scientifiques et les personnes menant des études ou offrant leurs services dans le cadre du bénévolat.

**SOCIÉTÉ** désigne Accident & General Insurance Company, Ltd., la société auprès de laquelle le Contrat a été souscrit. Pour des raisons administratives, « Société » peut aussi désigner l'administrateur autorisé agissant pour le compte de celle-ci.

**PLONGÉE COUVERTE** ou **ACTIVITÉ DE PLONGÉE COUVERTE** désigne :

1. L'apnée de loisirs, la randonnée palmée et/ou la plongée en scaphandre autonome, ou la formation en vue d'une certification d'apnée ou de plongée en scaphandre autonome ; ou
2. La plongée pratiquée en tant qu'instructeur de plongée, guide de palanquée ou photographe/vidéaste sous-marin ; ou
3. La plongée effectuée dans le cadre de recherches, pratiquée sous l'égide et respectant les consignes de sécurité en plongée de l'American Academy of Underwater Scientists (AAUS), la Canadian Academy of Underwater Scientists (CAUS), ou tout groupe dont les protocoles de recherche sous-marine écrits sont au moins équivalents à ceux de l'AAUS ou de la CAUS ; ou
4. La plongée en tant que bénévole impliqué dans des projets de conservation marine ou de restauration de l'habitat marin.

Une Plongée couverte débute à l'immersion dans l'eau et se termine à la sortie de l'eau. Pour que la plongée soit couverte, elle ne doit commencer que lorsque l'assurance est en vigueur et vous devez plonger dans les limites imposées par votre niveau, définies par le centre de formation auprès duquel vous avez obtenu votre certification.

**ACCIDENT DE PLONGÉE COUVERT** désigne un Accident, un ADD, ou toute blessure survenant dans l'eau au cours d'une Plongée couverte, et ce quelle que soit la profondeur.

**SOINS D'ASSISTANCE** désigne des soins :

1. assurés en priorité pour le confort quotidien de la Personne assurée ; et
2. essentiellement destinés à assister la Personne assurée dans ses activités de la vie quotidienne.

Les Soins d'assistance n'incluent pas les soins principalement prodigués pour leur intérêt thérapeutique dans le traitement de la Blessure.

**ACCIDENT DE DÉCOMPRESSION (ADD)** désigne le mal de décompression (MDD) et l'embolie gazeuse artérielle (EGA).

Ces événements doivent être la conséquence directe d'une Plongée couverte ayant lieu alors que l'Assurance est en vigueur.

**MAL DE DÉCOMPRESSION (MDD)** désigne les signes et les symptômes dus à la présence de gaz dans les tissus, s'échappant sous la forme de bulles à l'intérieur du corps au cours du processus de dépressurisation, résultant d'une Plongée couverte.

**PROCÉDURES ET TRAITEMENTS ÉLECTIFS** désigne tout traitement médical ou toute procédure chirurgicale n'étant pas nécessaire d'un point de vue médical, y compris les services, fournitures ou traitements jugés par une autorité gouvernementale fédérale, nationale ou locale, ou par la Société comme relevant de la recherche ou de l'expérimentation, ou n'étant pas considérés comme des pratiques médicales reconnues.

**HÔPITAL** désigne un établissement répondant à tous les critères suivants :

1. Il doit être géré dans le cadre défini par la législation ;
2. Il doit assurer des soins médicaux, des diagnostics et des traitements pour les personnes malades ou blessées 24 heures sur 24, dans le cadre d'une hospitalisation ;
3. Il doit fournir des diagnostics et disposer de blocs chirurgicaux supervisés par des Médecins ;
4. Des infirmiers praticiens doivent être présents ou de garde 24 heures sur 24 ; et
5. Les soins doivent être prodigués sur le site de l'hôpital ou dans des locaux mis à disposition de l'hôpital selon un accord prédéfini.

Un Hôpital ne désigne pas : un établissement de repos, de convalescence, de soins prolongés, ou autre centre de soins infirmiers ; un établissement spécialisé dans le traitement des maladies mentales, de l'alcoolisme ou de l'addiction aux drogues (ou tout service, toute aile ou autre section de l'hôpital utilisé à ces fins) ; ou un établissement offrant des soins palliatifs (ou tout service, toute aile ou autre section de l'hôpital utilisé à ces fins).

**CHAMBRE HYPERBARE** désigne un caisson pressurisé approuvé pour prodiguer un traitement par recompression des victimes d'accidents de décompression et/ou le recours à l'oxygénothérapie hyperbare, utilisé spécifiquement pour le traitement par recompression lors d'EGA ou de MDD.

**MEMBRE DE LA FAMILLE IMMÉDIATE** désigne la Personne assurée ou l'époux ou épouse, les enfants, les frères, les sœurs et les parents et beaux-parents de la Personne assurée ou de son époux/épouse ; et les époux/épouses des enfants, frères et sœurs de la Personne assurée ou de l'époux/épouse de la Personne assurée, qu'il s'agisse de liens de sang, de mariage ou d'adoption.

**BLESSURE** désigne tout dommage corporel (à l'exclusion des dommages psychiques et émotionnels) dû à un Accident de plongée couvert et n'étant pas lié à une maladie, un trouble, une infection, une infirmité ou autre condition physique anormale et (i) nécessitant un examen et un traitement prodigués par un Médecin ; et (ii) ayant eu lieu pendant que la Police d'assurance de la personne blessée était en vigueur. Toutes les blessures subies par une personne du fait d'un seul Accident, y compris les problèmes de santé associés et les symptômes récurrents de ces blessures, sont considérées comme une seule et même blessure.

**PATIENT HOSPITALISÉ** désigne une Personne assurée hospitalisée dans un établissement lui facturant des frais de chambre et de pension.

**ASSURANCE** désigne la couverture fournie à la Personne assurée par la Police d'assurance.

**PERSONNE ASSURÉE** désigne une personne étant couverte par la présente Police d'assurance.

**UNITÉ DE SOINS INTENSIFS** désigne une section distincte de l'hôpital réservée aux patients en état critique et gravement malades nécessitant des soins infirmiers hautement qualifiés et une surveillance audiovisuelle constante ou rapprochée et fréquente. Une Unité de soins intensifs doit fournir les services suivants aux patients :

1. une chambre avec pension ;

2. des soins infirmiers prodigués par des Infirmiers travaillant exclusivement dans ce service de l'hôpital ; et

3. des équipements et des fournitures destinés à être utilisés en priorité dans l'unité.

**MÉDICALEMENT NÉCESSAIRE** désigne des services ou des fournitures que le Médecin traitant juge comme étant :

1. appropriés et nécessaires au vu des symptômes, du diagnostic ou pour le soin et le traitement directs d'une Blessure ou d'une Maladie ; et,

2. prodigués pour les symptômes le diagnostic ou pour le soin et le traitement directs d'une Blessure ou d'une Maladie ; et,

3. conformes aux normes de bonnes pratiques médicales et utilisés au sein de la communauté médicale ; et

4. proposés en premier lieu non pas pour la commodité de la Personne assurée, du Médecin de la Personne assurée ou d'un autre prestataire ; et

5. les fournitures ou le niveau de service les plus aptes à être fournis en toute sécurité.

Pour un séjour à l'hôpital, cela signifie que la Personne assurée nécessite des soins plus intensifs dans le cadre d'une hospitalisation, du fait du type de services dont la Personne assurée bénéficie ou de la gravité de l'état de la Personne assurée, et du fait qu'un Traitement ambulatoire ne permettrait pas de traiter efficacement la Personne assurée.

**INFIRMIER** désigne un infirmier praticien, un infirmier auxiliaire autorisé ou un infirmier professionnel autorisé, ou un praticien de santé offrant des services infirmiers et autorisé ou certifié pour la délivrance de tels services dans le pays ou sous la juridiction où les services sont prodigués.

**AUTRE ASSURANCE** désigne une assurance fournie par tout autre plan d'assurance ou plan d'aide sociale ou arrangement prépayé (y compris, mais sans s'y limiter, les assurances Blue Cross ou Blue Shield aux États-Unis), indépendamment du fait que l'autre assurance couvre un individu, une famille ou un groupe, ou ait été souscrite via un employeur, un syndicat ou une adhésion à une association. Si l'assurance est fournie sur la base de la prestation de services, alors, aux fins de la présente définition, le montant correspondra aux frais qu'auraient engendrés les services fournis en l'absence de l'assurance. L'Autre assurance entend également la responsabilité civile et la couverture médicale automobile.

**TRAITEMENT AMBULATOIRE** désigne les services et les fournitures Médicalement nécessaires fournis à une Personne assurée dans un cabinet de Médecin ou le service Ambulatoire d'un hôpital, dans lequel aucun frais relatif à une chambre ou à une pension n'est appliqué.

**MÉDECIN** désigne un prestataire de santé diplômé dûment agréé, pratiquant dans le cadre de sa licence et prodiguant des soins ou un traitement à une Personne assurée. Cette définition englobe :

1. Un praticien médical autorisé à offrir des services médicaux et à réaliser des actes de chirurgie générale ; ou

2. tout autre praticien dont les services, selon la législation ou la juridiction dans le cadre de laquelle ces services sont fournis, doivent être couverts par la présente Police d'assurance.

« Médecin » ne peut pas désigner un Membre de la famille immédiate, ni un compagnon de voyage ou un employé, partenaire commercial ou associé commercial de la Personne assurée.

**POLICE** d'assurance désigne le contrat émis auprès de Traveler EMS faisant bénéficier l'assuré des garanties spécifiées ici.

**PROBLÈME DE SANTÉ PRÉEXISTANT** désigne une maladie, un trouble ou autre problème de santé pour lequel une consultation médicale, un diagnostic, des soins ou un traitement ont été préconisés ou réalisés par un Médecin au cours des six (6) mois précédant directement la date de prise d'effet de la Police d'assurance de la Personne assurée, y compris :

1. toute recommandation de test de diagnostic, d'examen ou de traitement médical ; ou

2. des problèmes de santé ayant entraîné la prise ou la prescription de médicaments pour la Personne assurée.
3. un problème de santé ayant engendré des symptômes pour lesquels une personne raisonnablement prudente aurait cherché à être diagnostiquée ou traitée avant d'entreprendre un départ en voyage ou un séjour de plongée.

L'article (2) de cette définition ne s'applique pas à un problème de santé uniquement traité ou contrôlé par la prise des médicaments prescrits et continuant à être traité ou contrôlé sans qu'aucun ajustement ou changement n'ait été apporté à la prescription requise au cours d'une période de six (6) mois précédant la prise d'effet de l'assurance de cette Police d'assurance.

**RAISONNABLE ET COURANT** désigne des frais ne dépassant pas les frais habituels pour le traitement médical nécessaire dans localité où ils sont prodigués. La nature et la sévérité de la Blessure ou de la Maladie traitée seront prises en compte par la Société.

**MALADIE** désigne une maladie ou un trouble corporel engendré par un Accident de plongée couvert qui :

1. nécessite un examen et un traitement assurés par un Médecin ; et,
2. débute alors que l'assurance est en vigueur ; et,
3. dans les cas où les prestations dépendent de l'incapacité de la Personne assurée à plonger, qui de l'opinion d'un Médecin empêcheraient la Personne assurée de plonger lors de son séjour.

**NOUS** ou **NOTRE** désigne le cabinet d'assurance nommé dans ce Certificat.

**VOUS** ou **VOTRE** désigne la Personne assurée.

## ÉLIGIBILITÉ

Les personnes suivantes peuvent souscrire cette assurance :

Les personnes âgées de 8 à 75 ans suivant une formation ou détentrices d'un diplôme de plongée en apnée ou en scaphandre autonome. Le Titulaire de la police peut, à sa seule discrétion, accorder une dérogation écrite à la limite d'âge pour les personnes de plus de 75 ans. Dans un tel cas, la personne pourra avoir à fournir un certificat médical délivré par un médecin du sport spécialisé dans la plongée sous-marine et jugé acceptable par le Titulaire de la police, qui garantira que la personne est apte à la plongée. (Le Titulaire de la police jugera si cela est nécessaire ou non au moment de la souscription de l'assurance.)

## DATE DE PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

L'assurance prendra effet à partir du moment où une personne devient éligible, remplit les formulaires de souscription nécessaires, s'acquitte du paiement des primes et est approuvée par le Titulaire de la police. La notification d'accord sera envoyée à l'adresse e-mail fournie par la Personne assurée.

## DATE DE FIN DE COUVERTURE

L'assurance prend automatiquement fin au terme de la période pour laquelle la prime a été payée (voir Période de couverture dans Barème d'indemnisation). L'expiration de la Police d'assurance n'a pas d'incidence sur les déclarations relatives à des sinistres ayant eu lieu après la date de prise d'effet de l'assurance et avant sa date de fin.

## LIMITE DE L'ASSURANCE

Le montant maximum que Nous pouvons verser pour payer les Frais couverts relatifs à une Blessure ou une Maladie subie par une Personne assurée est de 200 000 \$ US, quel que soit le nombre d'Accidents ou de maladies dont la Personne assurée est victime ou

le nombre de déclarations effectuées. Cette limite spécifique de l'assurance s'applique même si une Personne assurée est impliquée dans plusieurs Accidents ayant lieu au cours de plusieurs Périodes de couverture. Des limites d'indemnisation inférieures peuvent s'appliquer à certains avantages individuels, comme mentionnées dans le Barème d'indemnisation.

## **PRESTATIONS**

Cette Assurance temporaire accident de plongée est fournie par la Société à toute Personne assurée. À réception de la confirmation du Titulaire de la police indiquant que votre souscription a été acceptée, vous devenez éligible aux prestations décrites ici. La Société paiera ces prestations selon les termes, conditions et limitations mentionnées ici. Le montant exigible pour couvrir les dépenses engagées dans le cadre des prestations ne pourra pas excéder 200 000 \$ US. Des limites d'indemnisation inférieures peuvent s'appliquer à certains avantages individuels, comme mentionnées dans le Barème d'indemnisation.

Les prestations liées au Transport médical d'urgence ou à l'Assistance de voyage doivent être au préalable déterminées et approuvées par le Titulaire de la police afin d'être éligibles dans le cadre de l'assurance, et toutes les modalités de voyage doivent être organisées par le biais de DAN World. Cette Police d'assurance ne couvre pas les dépenses liées à des soins médicaux prodigués aux États-Unis.

## **TERRITOIRE COUVERT**

Cette Police d'assurance offre une couverture mondiale. Aucune couverture n'est fournie aux résidents des pays énumérés ci-après, ou pour les sinistres se produisant dans les pays exclus de la couverture : Afghanistan ; Corée du Nord ; Iran ; Irak ; Somalie ; Syrie ou Yémen. La liste des pays non couverts peut être modifiée à tout moment par le Titulaire de la police.

BARÈME D'INDEMNISATION

Description des prestations (relatives à un Accident de plongée uniquement)	Autres conditions générales (sous-limites)	Indemnité totale maximale
Évacuation médicale d'urgence	100 000 \$ US – Limite combinée	Jusqu'à 200 000 \$ US pour toutes les prestations
Rapatriement médical nécessaire		
Assurance médicale accident – Plongée couverte uniquement	100 000 \$ US Se référer à la Police d'assurance pour connaître les Frais couverts, les	
Décès accidentel et mutilation	10 000 \$ US	
Rapatriement de la dépouille mortelle	5 000 \$ US	
Recherche et sauvetage	10 000 \$ US	
Frais d'hébergement/de transport supplémentaires	3 000 \$ US	
Équipement de plongée perdu	2 000 \$ US	
Mélange de gaz et recycleur	Couvert	
Plongée libre, plongée en scaphandre autonome, plongée spéléologique et plongée sous glace	Couvert	
DAN TravelAssist – Services d'assistance de voyage	Inclus	
<b>REMARQUE : L'INDEMNITÉ MAXIMALE TOTALE POUR L'ÉVACUATION MÉDICALE D'URGENCE ET LES FRAIS MÉDICAUX RÉSULTANT D'UNE PLONGÉE COUVERTE S'ÉLÈVE À 200 000 \$ US</b>		
Transport médical supplémentaire	<b>Pour bénéficier de ces prestations supplémentaires, renseignez-vous sur l'assurance et l'adhésion annuelles au réseau DAN</b>	
Transport médical vers le pays de résidence		
Visite d'un membre de la famille ou d'un ami		
Retour d'un compagnon de voyage		
Retour d'un enfant dépendant		
Retour d'un véhicule		
Responsabilité personnelle		
Assurance médicale – Hors plongée		
Assurance médicale – Sports aquatiques existants		
Invalidité permanente et totale		
Perte de l'équipement de plongée		
Annulation du séjour de plongée		
Interruption du séjour de plongée		



## ASSISTANCE ET TRANSPORT MÉDICAL

### ASSISTANCE ET INFORMATION MÉDICALE MONDIALE 24 H

L'assistance téléphonique DAN, les spécialistes de l'information médicale et les représentants du service clientèle sont disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 pour fournir à la Personne assurée des recommandations et consultations en cas d'Accident de plongée couvert. DAN World apportera son aide dans l'organisation de la réponse à l'urgence médicale, par le biais d'actions que Nous, en accord avec le personnel médical présent sur site, jugeons comme étant dans le meilleur intérêt de la Personne assurée, y compris, mais sans s'y limiter : (i) recommander ou réserver les services d'un Médecin local (le cas échéant) ; (ii) prendre les dispositions pour des traitements en chambre hyperbare ou une hospitalisation ; et (iii) dans les cas où cela est Médicalement nécessaire, organiser le transport médical.

### TRANSPORT MÉDICAL

Lorsque Nous obtenons une preuve tangible témoignant que la Personne assurée a été victime d'un Accident de plongée couvert et que la situation nécessite une Évacuation d'urgence ou un Transfert médical nécessaire, Nous réglons les Frais couverts dans les limites de l'Indemnité totale maximale, pour procéder à ladite évacuation ou au dit transfert.

**ÉVACUATION D'URGENCE** désigne une situation où aucun soin médical n'est localement disponible et l'état de santé de la Personne assurée et la Nécessité médicale exigent un Transport immédiat depuis l'endroit où s'est déroulé l'Accident de plongée couvert vers l'Hôpital le plus proche ou l'établissement médical offrant un examen médical, un traitement et des soins adaptés. L'Évacuation médicale n'inclut pas les moyens mis en œuvre pour localiser un plongeur blessé dont la position est inconnue ou les moyens mis en œuvre par le personnel des services médicaux d'urgence pour secourir ces personnes se trouvant dans une situation dangereuse ou un lieu inaccessible. L'Évacuation médicale peut uniquement commencer une fois la Personne assurée transportée sur un site accessible par le personnel des services médicaux d'urgence et sans que celui-ci ou son équipement ne risque des blessures ou des dommages.

**TRANSFERT MÉDICALEMENT NÉCESSAIRE** signifie qu'à la suite du traitement ou de l'examen ayant eu lieu à l'Hôpital ou dans l'établissement médical le plus proche, et en l'absence de possibilité locale de soins adaptés, la Nécessité médicale exige le Transport vers un autre Hôpital ou établissement médical pour la poursuite des soins, du traitement ou de l'examen.

**RAPATRIEMENT POUR SOINS SUPPLÉMENTAIRES** signifie que lorsqu'une Personne assurée a subi un Accident de plongée couvert pour lequel une Évacuation médicale ou un Transfert médical nécessaire a été requis, et si à la suite de ces premiers soins la Personne assurée est jugée médicalement apte à être transférée vers un autre Hôpital ou établissement médical pour la poursuite des soins, du traitement ou de l'examen, Nous prendrons en charge, dans la limite de l'Indemnité totale maximale, les Frais couverts engendrés par le Transport vers un Hôpital ou un établissement médical situé soit :

1. près du domicile de la Personne assurée ; ou,
2. près du lieu de résidence et/ou de travail de la Personne assurée au moment où s'est produit l'Accident de plongée couvert.

Tout Rapatriement pour soins supplémentaires peut être entrepris à la seule discrétion du Titulaire de la police, de concert avec le Médecin traitant de la Personne assurée.

**TRANSPORT** désigne tout moyen de transport terrestre, aquatique ou aérien nécessaire au transport d'une Personne assurée dans le cadre de son transport, transfert, évacuation ou rapatriement médical. Le Transport doit être requis par les circonstances, recommandé par le personnel médical local et approuvé par le Titulaire de la police.

Le Transport peut inclure, mais sans s’y limiter, le transport médical par les airs, les ambulances terrestres, les véhicules motorisés privés, les embarcations aquatiques, les vols ou trains commerciaux (selon les circonstances). DAN World organise le Transport avec le moyen de locomotion le plus adapté en fonction de la gravité de l’état du patient. Toutes les décisions relatives au mode de Transport au à la destination finale seront uniquement prises au vu des facteurs médicaux. Nous ne couvrirons aucune dépense liée à des services fournis gratuitement à la Personne assurée par un tiers.

**FRAIS COUVERTS** désigne le coût du Transport et les frais Raisonables et Courants pour le traitement médical en cours, les services médicaux et les fournitures médicales qui : (i) sont nécessairement engagés dans le cadre du Transport médical d’urgence de la Personne assurée ou ; (ii) sont conformes aux normes généralement reconnues de la pratique médicale ; et (iii) sont soit exigés par un Médecin et prodigués ou utilisés à sa charge, sous sa supervision ou sous son contrôle, ou sont requis selon la législation courante relative au moyen de transport utilisé pour transporter la Personne assurée.

Toutes les dispositions prises pour organiser le Transport de la Personne assurée doivent être les options les plus directes et les plus économiques, et doivent avoir été au préalable gérées par DAN World pour pouvoir être couvertes. Nous n’assurons pas le Transport au domicile de la Personne assurée si un établissement médical plus proche est en mesure de fournir les soins médicaux adaptés à la Personne assurée.

Limitation spécifique : Dans le cas où il serait impossible de contacter DAN World pour l’organisation de l’Évacuation d’urgence, l’indemnisation sera limitée au montant que la Société aurait payé si elle ou son représentant autorisé avait pu être contacté.

#### **RAPATRIEMENT DE LA DÉPOUILLE MORTELLE**

Lorsque Nous obtenons la preuve tangible que la Personne assurée est décédée, nous prenons en charge, dans le cadre de la Sous-limite d’indemnisation, les frais nécessaires au déplacement du corps et au retour de la dépouille mortelle sur le lieu de résidence de la Personne assurée pour son enterrement. Les Frais couverts comprennent, mais sans s’y limiter, les dépenses liées à l’embaumement, à la crémation, aux autorisations nécessaires du gouvernement, au cercueil et au Transport. Les dépenses liées à l’utilisation d’un transport médical aérien pour le Rapatriement de la dépouille mortelle sont expressément exclues.

#### **RECHERCHE ET SAUVETAGE**

##### **RECHERCHE ET SAUVETAGE**

Lorsque nous obtenons la preuve tangible que la Personne assurée a disparu au cours d’une Plongée couverte, et que les services de gardes-côtes, la police locale ou d’autres services nationaux ou internationaux responsables de la sécurité en mer et/ou de la recherche et du sauvetage partent à la recherche de la Personne assurée pour la secourir, DAN World couvre les frais engendrés par la mission de recherche et sauvetage, dans le cadre de la Sous-limite d’indemnisation. Le remboursement sera limité aux dépenses engagées auprès d’organisations ayant reçu une formation spécialisée et certifiées pour la réalisation d’opérations de recherche et de sauvetage. Aucune indemnisation n’est exigible pour les dépenses que la Personne assurée n’est pas tenue de payer ou les frais uniquement imputables à l’existence de cette indemnité.

## PRESTATIONS DE L'ASSURANCE MÉDICALE ACCIDENT

Lorsque nous obtenons la preuve tangible que la Personne assurée a engagé des frais relatifs au traitement d'une Blessure du fait d'un Accident de plongée couvert, nous prenons en charge les Frais couverts décrits ci-après sujets aux termes, conditions et exclusions mentionnés ici, et dans la limite de l'Indemnité totale maximale.

**FRAIS COUVERTS** désigne les dépenses éligibles relatives aux services, aux fournitures, aux soins ou au traitement Médicalement nécessaires après un Accident de plongée couvert. L'Accident doit avoir lieu pendant que l'Assurance est en vigueur. Les dépenses éligibles doivent être facturées dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant l'Accident. La Blessure doit se produire ou la Maladie doit commencer après le début du voyage et pendant la période d'effet de la Police d'assurance.

Les services, fournitures, soins ou traitements médicaux doivent être prescrits, réalisés ou établis par un Médecin ou autre prestataire de santé qui a été approuvé, avant le début du traitement, par Nous ou Notre agent désigné. Les frais relatifs à ces services, fournitures, soins ou traitements doivent être Raisonables et Courants. Nous ne paierons pas les frais dépassant la limite de l'Indemnité totale maximale.

Sur notre demande, vous devez vous présenter pour un examen, à Nos frais, réalisé par des médecins de Notre choix aussi souvent que Nous le jugerons nécessaire.

Les Frais couverts englobent les frais raisonnables et nécessaires pour les frais suivants :

1. Les Frais relatifs aux traitements en Chambre hyperbare, pour un maximum de trois (3) séances par Accident de plongée couvert. Toute poursuite de traitement au-delà de trois (3) séances doit être approuvée par DAN World ou la personne désignée par DAN World, et peut nécessiter un examen réalisé par un professionnel de la santé désigné par DAN World.
2. Les frais facturés par le Médecin pour le traitement en Chambre hyperbare, les soins médicaux et les opérations chirurgicales.
3. Les frais facturés par un service d'ambulance professionnel terrestre, aérien ou aquatique pour le transport vers l'Hôpital ou la chambre hyperbare la plus proche, offrant un traitement et des soins adaptés. Tous les transports impliquant un service d'ambulance aérien ou aquatique doivent être préalablement validés par le Titulaire de la police ou une personne désignée par celui-ci.
4. Les frais hospitaliers pour :
  - a. la chambre et la pension ;
  - b. les soins infirmiers généraux, y compris le traitement en Chambre hyperbare ;
  - c. les autres services d'Hospitalisation ou Ambulatoires et les fournitures associées (cela ne comprend pas les frais liés à des services professionnels réalisés à l'hôpital par des personnes n'y étant pas employées) ; et
  - d. le séjour dans une Unité de soins intensifs aussi longtemps que cela est jugé nécessaire par le Médecin et du fait d'une Blessure requérant un traitement médical et des soins infirmiers spécifiques n'étant généralement pas prodigués aux autres Patients hospitalisés dans l'Hôpital.

L'indemnité quotidienne exigible pour la chambre et la pension de l'Hôpital pour chaque jour d'hospitalisation correspond au tarif moyen d'une chambre semi-privée dans l'Hôpital où a lieu l'hospitalisation. Si l'Hôpital où la Personne assurée est hospitalisée est uniquement équipé de chambres privées, l'indemnité quotidienne d'hospitalisation s'élèvera à 60 % du tarif de la chambre privée. Les indemnités quotidiennes exigibles pour l'hospitalisation en Unité de soins intensifs couvrent la chambre et la pension pour chaque jour d'hospitalisation dans une Unité de soins intensifs, et correspondent au double des indemnités quotidiennes versées pour une hospitalisation classique.

5. Frais de fournitures médicales pour l'oxygène ;

## 6. Autres frais éligibles :

- a. Les frais chirurgicaux ambulatoires liés aux services et fournitures nécessaires si :
  - i. les frais sont dus à une chirurgie ;
  - ii. les indemnités liées à ces frais auront été exigibles si la chirurgie avait été réalisée dans un Hôpital ;et
  - iii. cette chirurgie est réalisée dans un centre chirurgical ambulatoire exerçant dans le cadre de la licence qui lui a été accordée pour réaliser une telle chirurgie.
  
- b. Les frais facturés par le chirurgien pour la réalisation des procédures chirurgicales.
  
- c. Les frais liés à l'anesthésie et à son administration lorsqu'ils ne sont pas pris en charge en tant que frais hospitaliers.
  
- d. les frais infirmiers, physiothérapeutiques et ergothérapeutiques pour :
  - i. les soins infirmiers particuliers assurés par un Infirmier ;
  - ii. le traitement réalisé par un physiothérapeute reconnu ;
  - iii. les frais de traitement réalisés par un ergothérapeute reconnu.
  
- e. Les frais de radiologie et de laboratoire pour les rayons X, les radiothérapies, et les examens de diagnostic en laboratoire.
  
- f. Les fournitures médicales pour :
  - i. les plâtres, attelles, bandages, appareils orthopédiques, béquilles et pansements chirurgicaux ;
  - ii. les yeux et membres artificiels pour le remplacement initial des yeux et membres originaux perdus pendant la période de couverture de l'assurance ; et
  - iii. la location de fauteuils roulants manuels et de lits hospitaliers, d'équipements de distribution d'oxygène et d'autres équipements médicaux durables exclusivement utilisés par la Personne assurée dans le cadre du traitement de la Blessure. La Société, à sa discrétion, pourra approuver l'achat des dites fournitures.

## **LIMITATIONS SUR LES FRAIS COUVERTS DEUXIÈME AVIS**

Si, du fait d'un échange avec le Médecin en charge, DAN World a des questions ou des doutes concernant le plan de traitement recommandé pour la Blessure ou la Maladie, ou si le plan de traitement recommandé diffère des normes de soins reconnues pour la Blessure ou la Maladie dont souffre la Personne assurée, le Titulaire de la police, à ses frais, est autorisé à solliciter un deuxième avis et à demander à la Personne assurée d'être examinée aussi souvent que nécessaire pendant l'attente du traitement ou la durée de celui-ci. Bien que la Personne assurée ne soit pas tenue de suivre les recommandations résultant de la consultation de ce deuxième avis, la Personne assurée doit se présenter au Médecin désigné par le Titulaire de la police pour être examinée et informée du plan de traitement recommandé. Si la Personne assurée rejette ou refuse de se rendre à un examen médical permettant d'obtenir un deuxième avis, les indemnités exigibles dans le cadre de cette Police d'assurance pourront être réduites ou refusées si la Personne assurée choisit un plan de traitement que le Titulaire de la police juge non conforme aux normes de soins médicaux pour la Blessure ou la Maladie pour laquelle la Personne assurée était traitée.

## **REFUS DE SUIVRE LE TRAITEMENT MÉDICAL**

Si une Personne assurée souffrant d'une Blessure ou d'une Maladie se rend à une consultation pour soins médicaux et refuse par la suite le traitement, les indemnités prévues pour ce plan ou tout autre traitement de cette Blessure ou Maladie pourront être réduites ou refusées selon les circonstances. Toute aggravation de la Blessure ou de la Maladie due à un retard dans le début du traitement ne sera pas couverte.

## INDEMNISATION EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL OU DE MUTILATION

Nous paierons les indemnités énumérées dans le tableau suivant lorsque nous obtiendrons une preuve tangible que la Personne assurée a subi un Sinistre mentionné ci-après du fait d'un Accident de plongée couvert. Ce Sinistre doit survenir dans les 365 jours suivant l'Accident de plongée couvert. L'indemnité exigible pour ce Sinistre s'élèvera au montant indiqué en regard dudit Sinistre. Si l'Accident de plongée couvert a entraîné plusieurs Sinistres, seul un montant, le plus élevé, sera exigible. La Somme principale apparaît dans le Barème d'indemnisation.

### Tableau des Sinistres

<b>En cas de perte de :</b>	<b>Païement :</b>
Vie	Somme principale
Deux mains ou deux pieds ou la vue des deux yeux	Somme principale
Un main et un pied	Somme principale
Une main ou un pied et la vue d'un œil	Somme principale
Une main ou un pied	La moitié de la somme principale
La vue d'un œil	La moitié de la somme principale

Le terme « Sinistre » utilisé ici désigne :

1. Lorsqu'il s'agit d'une main ou d'un pied, la séparation effective au niveau ou au-dessus du poignet ou de la cheville ; et
  2. Lorsqu'il s'agit des yeux, la perte complète et irréversible de la vue.
- La perte de la vie doit être prouvée par le biais d'un Certificat de décès ou autre attestation ou document recevable par la Société.

## INDEMNITÉS DE TRANSPORT SUPPLÉMENTAIRES

Après obtention d'une preuve tangible que la Personne assurée a été dans l'incapacité d'utiliser son billet de transport de retour original du fait d'un report provoqué par un Accident de plongée couvert, Nous couvrirons, dans le cadre de la Sous-limite d'indemnisation, une indemnité de Transport supplémentaire pour le voyage de retour. Le report doit avoir été entraîné par l'avis du Médecin traitant et la Personne assurée doit nous faire parvenir un exemplaire de l'avis médical du Médecin traitant. L'indemnité exigible équivaut à la différence entre un nouveau billet (dans la même classe que le billet original) et la valeur résiduelle du billet original.

## INDEMNITÉS D'HÉBERGEMENT SUPPLÉMENTAIRES

Lorsque nous obtenons la preuve tangible que le voyage retour de la Personne assurée a été repoussé sur l'avis médical du Médecin traitant en conséquence de l'Accident de plongée couvert, nous versons, dans le cadre de la Sous-limite d'indemnisation, des indemnités pour couvrir les frais d'hébergement supplémentaires. Les indemnités s'appliquent dès le premier jour suivant la date originale à laquelle la Personne assurée aurait dû entreprendre son voyage retour. La Personne assurée doit fournir des factures ou des reçus témoignant de ses dépenses réelles et un exemplaire de l'avis médical du Médecin. L'hébergement supplémentaire couvre également les repas, les transports locaux et les frais annexes. L'indemnité exigible figure dans le Barème d'indemnisation, elle est sujette à des limites quotidiennes, le cas échéant.

## INDEMNITÉS EN CAS DE PERTE DE L'ÉQUIPEMENT DE PLONGÉE

Si l'Équipement de plongée est perdu ou intentionnellement endommagé du fait d'un Accident de plongée couvert, nous verserons une indemnité correspondant à la valeur marchande de l'Équipement de plongée au moment de la perte ou du dommage, dans le cadre de la Sous-limite d'indemnisation. Si l'un des objets perdus ou endommagés faisait partie d'un ensemble d'objets, alors l'indemnité sera limitée à la pièce ayant été perdue ou endommagée.

Au gré de la Société, l'article perdu ou endommagé pourra être réparé ou remplacé plutôt que remboursé. Nous pouvons demander à la Personne assurée de nous faire parvenir l'équipement endommagé avant que Nous ne procédions au versement de l'indemnité. L'indemnisation maximale par Accident de plongée couvert figure dans le Barème d'indemnisation.

### EXCLUSIONS DE TOUTES LES PRESTATIONS

Nous ne prendrons pas en charge dans cette Police d'assurance les sinistres ou dépenses provoqués par, ou résultant de :

1. Blessure ou Accident subi par toute personne autre que Vous, la Personne assurée ;
2. Blessure ou Accident provoqué par des actes volontaires, malveillants, intentionnels ou criminels de la part de la Personne assurée ou la violation d'une loi, législation ou réglementation par la Personne assurée ayant provoqué la Blessure ou l'Accident ;
3. Activité ou séjour de plongée entrepris à l'encontre d'un avis médical, voyage dont l'objectif est d'obtenir un traitement médical, ou lorsque la Personne assurée figure sur une liste de transplantation d'organe au moment où il ou elle a entrepris ce voyage et que son transport est lié à ladite transplantation ;
4. Blessure ou Accident où les indemnités sont exigibles ou doivent être assurées dans le cadre des indemnités des accidents du travail, des indemnités de chômage, de la sécurité sociale ou des indemnités d'invalidité, ou toute législation locale, nationale ou fédérale similaire ou liée, y compris mais sans s'y limiter le Jones Act, le Longshoremen and Harbor Workers Act, l'Americans with Disabilities Act, et toute législation relative aux droits civils ;
5. Blessure ou Accident anticipé ou prévu par la personne ayant provoqué la Blessure ou l'Accident (cette exclusion ne s'applique toutefois pas aux Blessures ou Accidents résultant de l'utilisation d'une force raisonnable pour protéger des personnes) ;
6. Blessure ou Accident découlant d'un problème de santé chronique ou préexistant ;
7. Services ou fournitures pour lesquels vous n'êtes pas tenu de payer, ou les frais facturés uniquement imputables à l'existence de cette assurance.
8. Blessure ou Accident engendré par une guerre, un acte de guerre ou un trouble civil déclaré ou non déclaré ;
9. Les soins d'assistance prodigués par des aides-soignants ;
10. Les médicaments délivrés sans ordonnance écrite ;
11. Les services et fournitures de l'Hôpital lorsque l'hospitalisation est uniquement prescrite dans le cadre de l'établissement d'un diagnostic ;
12. Blessure ou Accident découlant de troubles psychologiques, émotionnels, nerveux ou mentaux ;
13. Blessure ou Accident découlant d'un suicide, d'une tentative de suicide ou d'une blessure intentionnellement infligée à elle-même par la Personne assurée, dans un état de démence ou non ;
14. Blessure ou Accident survenant après l'absorption d'alcool, de drogue ou de stupéfiants, à l'exception des substances prescrites par un Médecin ;

15. Les examens, traitements, procédures ou tests médicaux n'étant pas nécessaires dans le cadre du traitement de la Blessure provoquée par l'Accident ;
16. Blessure ou Accident lié à une grossesse, une naissance ou une interruption volontaire de grossesse, et ce, que la Blessure ou l'Accident soit attribué en intégralité ou en partie à l'activité de plongée ;
17. Blessure ou Accident dû à la participation à une activité athlétique professionnelle, ou à une activité athlétique de loisirs ou interscolaire, ou à une compétition sportive, sauf si cette activité est préalablement approuvée par DAN World ;
18. Blessure ou Accident se produisant lors du transport à bord ou de la conduite d'un véhicule motorisé ou d'une embarcation motorisée ;
19. Blessure ou Accident résultant de l'alpinisme, du saut à l'élastique, du ski sur neige, de la chute libre, du saut en parachute, du vol en deltaplane, ou du transport à bord de tout appareil volant, autrement qu'un vol opéré par une compagnie aérienne régulière ou un vol charter, sauf si ce transport a été préalablement approuvé par le Titulaire de la police ;
20. Blessure ou Accident lié à une réaction nucléaire, des radiations, une contamination radioactive, ou une pandémie, une épidémie ou une exposition à une maladie infectieuse contagieuse ;
21. Blessure ou Accident résultant d'actes volontaires, malveillants, intentionnels ou criminels, ou violation d'une loi, d'une législation ou d'un règlement par Vous, la Personne assurée ;
22. Examens de routine des yeux ou de l'ouïe, de la réfraction oculaire, lunettes de vue, lentilles de contact, aides auditives ou tout type de dispositif externe permettant d'améliorer l'acuité visuelle ou auditive ou le réglage de ces dispositifs ;
23. Procédures ou traitements électifs, ou examens médicaux, traitements, procédures ou tests n'étant pas nécessaires pour le traitement de la blessure ;
24. Procédures cosmétiques ou réparatrices et toute fourniture ou tout service associé permettant de modifier l'apparence mais ne restaurant ni n'améliorant les fonctions physiques dégradées ;
25. Blessure ou Accident du fait d'une menace d'abus sexuel ou d'une agression sexuelle avérée, ou d'un comportement licencieux, immoral ou sexuel, voulu ou non, menant à, ou aboutissant à, tout acte sexuel, de toute personne, qu'il soit provoqué par, ou à l'instigation de, ou sous la direction de, ou par omission par Vous, Vos employés ou toute autre personne ; ou
26. Blessure ou Accident dû à la transmission réelle ou présumée de toute maladie transmissible.
27. Soins, traitements, services ou fournitures :
- i. n'ayant pas été prescrits par un Médecin ; ou
  - ii. n'étant pas Médicalement nécessaire ; ou
  - iii. étant considérés comme expérimentaux ou ayant lieu principalement à des fins de recherches médicales ou autres ; ou
  - iv. prodigués par un Infirmier mais qui ne nécessitent pas les compétences ou la formation d'Infirmier ; ou
  - v. demandés par un membre de la famille de la Personne assurée ; ou
  - vi. reçus ou induits par Vous après que Vous soyez rentré(e) dans Votre pays de résidence.

## CONDITIONS GÉNÉRALES

### SERVICE CLIENTÈLE

Pour entrer en contact avec un représentant du service clientèle de DAN World, veuillez contacter :

**DAN World, Ltd.**

c/o S.H. Corporations, P.O. Box 1990 GT

2<sup>nd</sup> Floor, First Caribbean House

George Town, Grand Cayman KY1-1104 Îles Caïmans

Téléphone : +1 919 226 3838

E-mail : [Global.Support@World.DAN.org](mailto:Global.Support@World.DAN.org)

### EXAMEN PHYSIQUE ET AUTOPSIE

La Société possède, à ses propres frais, le droit et la possibilité d'examiner toute personne dont le sinistre est à la base de la déclaration dans le cadre de la Police d'assurance lorsque et aussi souvent qu'il est raisonnablement nécessaire au cours de la litispendance de la déclaration et pour réaliser une autopsie en cas de décès, lorsque la législation locale l'autorise. Nous couvrirons les frais liés à l'examen médical. Vous serez responsable de tous les autres coûts, y compris le transport vers le cabinet du médecin choisi pour réaliser l'examen.

### ACTIONS LÉGALES/LOI APPLICABLE

Aucune action en justice ou en équité ne peut être intentée afin d'obtenir le règlement d'un sinistre en vertu de la présente Police d'assurance avant l'expiration des 60 jours après que la preuve écrite du sinistre a été fournie, conformément aux conditions de la Police d'assurance. Aucune action de ce type ne pourra être intentée après l'expiration du délai de trois ans au terme duquel doit être fournie la preuve du sinistre. Cette Police d'assurance et toutes les questions découlant de cette Police d'assurance sont assujetties à la législation des Îles Caïmans, indépendamment des principes législatifs pouvant entraîner l'application de la législation d'une autre juridiction.

### CERTIFICATS MULTIPLES

Une personne ne peut pas être couverte par plus d'un Certificat offrant le même type d'Assurance dépendant de polices de groupe émises par la Société envers DAN World, TEMS et/ou leurs sociétés affiliées. Si une prime est versée pour plus d'un Certificat de ce type, l'Assurance ne prendra effet que sous les termes d'un seul Certificat, pour une période donnée. Les primes versées pour les Certificats ne pouvant pas prendre effet seront remboursées.

### CESSION

La Police ne peut être cédée. Une Personne assurée ne peut pas céder les droits, privilèges ou garanties dont elle bénéficie.

### TRANSFERT DU DROIT DE RECouvreMENT

Si Vous êtes autorisé à recouvrer l'intégralité ou une partie d'un paiement que Nous avons versé dans le cadre de cette Police d'assurance auprès d'une tierce partie, ces droits sont jugés comme Nous étant directement transférés. Cela inclut toute demande, cause d'action ou tout droit que la Personne assurée possède ou qui pourrait s'élever contre toute Tierce partie ayant provoqué, contribué à ou aggravé la Blessure ou l'état pour laquelle ou lequel la Personne assurée réclame une indemnisation dans le cadre de cette Police d'assurance. Après un Accident, Vous ne devez mener aucune action visant à altérer ces droits. À Notre demande, Vous intenterez une poursuite au civil ou Nous transfèrerez les droits et Nous aiderez à les faire respecter.



Nous n'effectuerons aucun paiement ni ne pourrons être tenus responsables sans obtention d'un accord écrit, de tout frais ou coût associé aux poursuites de la réclamation, de la cause d'action du droit intentée par ou de la part de la Personne assurée ou d'une autre personne à l'encontre d'une Tierce partie ou de la Couverture.

### **LES DÉCLARATIONS SONT EFFECTUÉES SOUS SERMENT**

La Société n'assure plus la couverture si la Personne assurée a intentionnellement dissimulé ou faussé toute circonstance ou tout fait matériel lié à la Police d'assurance ou à la déclaration. Toutes les informations mentionnées dans la proposition et toutes les déclarations découlant de cette Police d'assurance doivent être réalisées sous serment. Toute fausse déclaration ou représentation erronée soumise par le biais de la proposition ou effectuée lors du dépôt de la déclaration sera considérée comme un acte de fraude et entraînera des poursuites en justice pour fraude en vertu du droit criminel.

### **RESPONSABILITÉS EN CAS DE BLESSURE**

Si vous tombez malade ou êtes blessé(e), vous devez immédiatement vous rendre à l'établissement médical d'urgence le plus proche. En cas de Blessure ou d'Accident couvert par cette Politique d'assurance, vous devez immédiatement contacter DAN World pour confirmer que vous êtes couvert et obtenir une garantie de paiement pour tous les services médicaux dont vous avez bénéficié. Si les circonstances vous empêchent de contacter DAN World, vous devrez informer DAN World dès que les circonstances le permettent. Cette notification doit inclure :

1. Votre nom ;
2. Quand, comment et où l'Accident a eu lieu ;
3. Le nom, l'adresse, le numéro de téléphone et l'adresse e-mail des personnes ou des témoins impliqués dans l'Accident ; et
4. La nature et l'emplacement de toute Blessure engendrée par l'Accident.

La notification par écrit et les autres documents requis par la présente Section doivent être adressés à la partie désignée ci-après. Vous devez fournir une preuve du sinistre comme Nous sommes en droit d'en faire la demande raisonnable, et coopérer avec Nous dans l'enquête sur toute Blessure pouvant avoir été provoquée par l'Accident.

### **DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉCLARATIONS**

#### **NOTIFICATION DE DÉCLARATION**

La Société doit recevoir une notification écrite de la déclaration dans les dix (10) jours suivant le sinistre couvert. Si la notification ne peut pas être envoyée dans ce délai, elle doit l'être dès que cela est raisonnablement possible. La notification peut être soumise à la Société ou à son agent autorisé. Pour soumettre une déclaration, vous procurer des formulaires de déclaration ou demander des informations supplémentaires sur la méthode à suivre pour effectuer une déclaration, veuillez téléphoner, écrire ou envoyer un e-mail à :

**DAN WORLD CLAIMS**  
c/o DAN Services, Inc.  
6 West Colony Place, Durham, NC 27705 États-Unis  
Téléphone : +1 919 226 3858  
E-mail – [Claims@World.DAN.org](mailto:Claims@World.DAN.org)

#### **PREUVE DE SINISTRE**

La Preuve écrite de Sinistre doit être envoyée à la Société dans les cent quatre-vingt (180) jours suivant la date où le sinistre a eu lieu. La Société ne pourra pas atténuer ou refuser une déclaration s'il n'était pas raisonnablement possible de fournir une Preuve de Sinistre écrite dans le délai prévu. Dans tous les cas, la Personne assurée doit donner

à la Société la Preuve de Sinistre écrite dans les douze (12) mois qui suivent la date où le sinistre a eu lieu, à moins que la Personne assurée ne soit déclarée légalement incapable.

### **PAIEMENT DES RÉCLAMATIONS**

Les indemnités de décès seront versées conformément à la désignation d'un bénéficiaire, ou si aucune personne n'a été désignée, à la succession de la Personne assurée. Toutes les autres indemnités sont directement versées à la Personne assurée, sauf instructions contraires. Les indemnités accumulées n'ayant pas été versées au décès de la Personne assurée seront payées au bénéficiaire de la Personne assurée, ou si aucune personne n'a été désignée, à la succession de la Personne assurée.

### **PAIEMENT VERSÉ À UNE PERSONNE MINEURE OU EN INCAPACITÉ**

Si le bénéficiaire est une personne mineure ou est dans l'incapacité d'accepter le paiement, celui-ci sera versé au gardien légal de la propriété du bénéficiaire. Si le bénéficiaire n'a pas de gardien légal pour sa propriété, un paiement d'une valeur maximale de 3 000 \$ US sera versé, au gré de la Société, à un membre de la famille lié au bénéficiaire par le sang ou le mariage, qui, de l'avis de la Société, a assumé la garde et l'accompagnement du mineur ou la responsabilité de la gestion des biens de la personne en incapacité.

### **DÉLAI DE PAIEMENT DES RÉCLAMATIONS**

Les indemnités exigibles en vertu de la Police d'assurance pour tout sinistre autre que le sinistre pour lequel la Police fournit un paiement périodique seront versées dans un délai raisonnable suivant la réception d'une preuve tangible écrite suffisante à prouver le sinistre. Sous réserve de preuve tangible de sinistre écrite, toutes les indemnités accumulées liées au sinistre en vertu duquel cette Police verse des paiements périodiques seront mensualisées.

### **EXAMEN PHYSIQUE ET AUTOPSIE**

La Société, à ses frais, a le droit de demander à la Personne assurée de se faire examiner aussi souvent que nécessaire lorsqu'une réclamation est en attente. La Société, à ses frais, peut demander qu'une autopsie soit pratiquée, à moins que la législation ou la religion de la Personne assurée de l'interdise.

### **ACTIONS LÉGALES**

Aucune action légale ne peut être intentée pour obtenir un remboursement en vertu de cette Police d'assurance avant que quatre-vingt-dix (90) jours après réception de la preuve de sinistre écrite ne soient passés. Aucune action de ce type ne pourra être intentée après trois (3) ans à compter de la date à laquelle la preuve de sinistre a été demandée. Si le délai prévu par la Police d'assurance est inférieur au délai autorisé par les lois s'appliquant dans la juridiction du lieu de résidence de la Personne assurée, le délai sera rallongé afin d'être conforme au délai maximum autorisé par ladite loi.

**FIN DU CERTIFICAT**