



www.medavie.croixbleue.ca

www.medavie.croixbleue.ca

Toujours là, pour vous.

www.medavie.croixbleue.ca

www.medavie.croixbleue.ca



Parmalat Canada Inc.

93378-001

Les employés salariés permanents à temps plein et à temps partiel résidant à l'extérieur du Québec et du Manitoba

93378-003

Les employés salariés permanents à temps plein et à temps partiel résidant au Québec

93378-005

Les employés salariés permanents à temps plein et résidant au Manitoba

Date d'émission : 1^{er} septembre 2013

TABLE DES MATIÈRES

PRATIQUES EN MATIÈRE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	1
SITE DES ADHÉRENTS.....	3
VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF	5
COORDONNÉES DES BUREAUX CROIX BLEUE	10
SOMMAIRE DES GARANTIES.....	11
GARANTIE VIE (Garanties Vie de base et facultative).....	20
GARANTIE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	22
GARANTIE HOSPITALISATION - AU CANADA SEULEMENT.....	26
PROTECTION-VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER	27
PATIENTS DIRIGÉS HORS CANADA.....	31
GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES	33
GARANTIE MÉDICAMENTS	36
GARANTIE SOINS DENTAIRES	37
EXCLUSIONS GÉNÉRALES ET LIMITES RELATIVES AUX GARANTIES SANTÉ COMPLÉMENTAIRES ET SOINS DENTAIRES	40
RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX GARANTIES SANTÉ COMPLÉMENTAIRES ET SOINS DENTAIRES	41
COMPTE DE DÉPENSES POUR SOINS DE SANTÉ.....	42
ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE BASE	47
PROGRAMME FACULTATIF D'ASSURANCE EN CAS DE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLE.....	55
RÉGIME COLLECTIF D'ASSURANCE ACCIDENT EN VOYAGE D'AFFAIRES.....	62

PRATIQUES EN MATIÈRE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Dans la perspective d'offrir à sa clientèle une protection-santé, une protection vie et une protection-voyage de qualité, la Compagnie recueille et conserve des renseignements personnels au sujet de ses clients et de leurs personnes à charge. Le présent document a pour but de vous tenir au courant des pratiques en matière de protection des renseignements personnels de la Compagnie.

La protection des renseignements personnels n'est pas un nouveau concept pour la Compagnie. Assurer la confidentialité de l'information reçue de la part de notre clientèle a toujours été au cœur de nos opérations, et notre personnel connaît bien la politique et les procédures que nous avons mises en place pour nous assurer que la protection de ces renseignements soit prise au sérieux en toutes circonstances.

Que sont les renseignements personnels ?

Les renseignements personnels renferment des détails au sujet d'une personne identifiable. Ils peuvent comprendre le nom, l'âge, les numéros d'identification, le revenu, les données en matière d'emploi, l'état matrimonial, le statut des personnes à charge, les dossiers médicaux, ainsi que les renseignements financiers.

Quelle utilisation faisons-nous de vos renseignements personnels ?

Vos renseignements personnels permettent à la Compagnie de traiter votre demande de protection en vertu des régimes de protection-santé, de protection vie et de protection-voyage. Voici à quoi servent vos renseignements personnels :

- à fournir les services précisés dans votre contrat ou du contrat collectif duquel vous êtes adhérent admissible,
- à comprendre vos besoins afin de pouvoir vous conseiller des produits et services adéquats; et
- à administrer nos affaires.

À qui ces renseignements personnels peuvent-ils être divulgués ?

Selon votre type de couverture, la divulgation de renseignements personnels particuliers aux personnes et entités suivantes peut s'avérer nécessaire pour être en mesure de vous offrir les services stipulés au contrat auquel vous adhérez :

- d'autres Croix Bleue du Canada, afin d'administrer votre régime de protection si vous vivez à l'extérieur des provinces de l'Atlantique, du Québec ou de l'Ontario,
- des fournisseurs de soins de santé spécialisés, s'il y a lieu, pour évaluer une demande d'admissibilité à un produit ou service,
- des organismes gouvernementaux et de réglementation, en situation d'urgence ou lorsque la loi l'exige ; et d'autres tiers, de façon confidentielle, lorsqu'il y a nécessité d'administrer des garanties précisées à votre contrat individuel ou à votre contrat collectif ; et
- le titulaire de certificat de n'importe quel contrat en vertu duquel vous êtes un participant.

Nous ne fournissons ni ne vendons de renseignements personnels à votre sujet à d'autres sociétés aux fins de marketing et de sollicitation. Vos renseignements personnels ou ceux de vos personnes à charge ne sont jamais divulgués à un tiers sans votre permission, sauf si la Compagnie juge qu'il est nécessaire de le faire pour vous offrir les services auxquels elle s'est engagée conformément au contrat.

Pour vous assurer de recevoir le meilleur service possible de la part de la Compagnie, il est important que les renseignements personnels que nous utilisons soient exacts et à jour. Vous pouvez nous aider en tenant votre représentant des Ressources Humaines au courant de vos changements d'adresse ou d'état matrimonial ainsi que de l'ajout ou du retrait de personnes à charge. Si vous trouvez des erreurs dans les renseignements que nous détenons sur vous, veuillez en informer votre représentant des Ressources Humaines afin que nous puissions les corriger.

PRATIQUES EN MATIÈRE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

En devenant client de la Compagnie ou en remplissant une demande de règlement, vous consentez à ce que nous utilisions vos renseignements personnels et que nous les divulguions de la manière susmentionnée. Si vous préférez que nous n'utilisions ni ne divulguions vos renseignements personnels dans les cas où ils ne sont pas nécessaires à l'administration de votre régime, veuillez consulter notre site Web ou nous écrire à l'adresse indiquée ci-dessous.

Veuillez noter que le fait de ne pas permettre à la Compagnie d'utiliser des renseignements à votre sujet pourrait signifier que nous ne serions pas en mesure de vous accorder des produits ou services qui pourraient vous être utiles.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la politique de protection des renseignements personnels de Croix Bleue Medavie, veuillez communiquer avec nous, soit en nous appelant ou en nous écrivant, d'après les coordonnées suivantes :

www.medavie.croixbleue.ca

1-800-667-4511 (pour l'atlantique)
1-800-355-9133 (pour l'Ontario)
1-888-588-1212 (pour le Québec)
1-888-873-9200 (ailleurs au Canada)

Agent de protection de la vie privée
Croix Bleue Medavie
Groupe de gestion des risques
644, rue Main
C.P. 220
Moncton (N.-B.) E1C 8L3

ou

privacyofficer@medavie.bluecross.ca

Si la résolution du problème ne vous satisfait pas entièrement, vous pouvez déposer une plainte par écrit à l'adresse suivante :

Commissariat à la protection
de la vie privée du Canada
112, rue Kent
Ottawa (Ontario) K1A 1H3

SITE DES ADHÉRENTS

DIRECTIVES AUX ADHÉRENTS

Croix Bleue Medavie cherche continuellement à mettre au point sa technologie du Web pour mieux répondre aux besoins de ses clients. Une telle innovation, le site des adhérents, vous aidera à mieux comprendre, gérer et coordonner votre régime d'assurance.

Le site des adhérents est convivial et offre un environnement sécuritaire. Dorénavant, d'un simple clic, vous pouvez obtenir des renseignements généraux au sujet de votre régime, visualiser vos demandes de règlement et l'historique des remboursements, ou imprimer des formulaires de demande de règlement. Le site des adhérents est accessible 24 heures par jour, sept jours par semaine, à partir de la maison ou du travail; vous n'avez besoin que d'une connexion Internet. Le site des adhérents vous simplifie réellement la vie.

SITE DES ADHÉRENTS

Le site des adhérents vous offre différentes options.

Demandes au sujet de la couverture : Des renseignements détaillés sur le régime de Croix Bleue Medavie de l'adhérent

Formulaires : Les versions imprimables des formulaires de demande de règlement de Croix Bleue Medavie

Information sur les adhérents

Les adhérents peuvent :

- visualiser ou mettre à jour leur adresse (lorsque l'accès est disponible)
- demander de nouvelles cartes d'identification
- ajouter ou mettre à jour l'information bancaire pour le dépôt direct des remboursements des demandes de règlement (s'il y a lieu)

Relevés des adhérents

Les adhérents peuvent :

- visualiser l'historique de leurs demandes de règlement et celui de leurs personnes à charge
- visualiser des relevés de paiement envoyés à l'adhérent ou au fournisseur de service
- visualiser le compte gestion santé (s'il y a lieu)

PREMIÈRE VISITE DU SITE DES ADHÉRENTS

1. Ouvrez une session sur le site Internet de Croix Bleue Medavie au www.medavie.croixbleue.ca
2. Sélectionnez « Adhérents »
3. Choisissez « Allez au site sécurisé » et sélectionnez « Première fois – Inscrivez-vous maintenant »
4. Remplissez le formulaire d'inscription en ligne
5. Un mot de passe temporaire sera envoyé à l'adresse courriel entrée pendant l'inscription
6. Retournez au site des adhérents et entrez votre code d'utilisateur ainsi que votre mot de passe temporaire
7. On vous demandera de changer le mot de passe. Cliquez sur « Envoyer » pour sauvegarder le nouveau mot de passe
8. Cliquez sur « Fini » une fois les changements sauvegardés

******Veillez-vous assurer de prendre en note votre code d'utilisateur et votre mot de passe pour consultation future******

SITE DES ADHÉRENTS

REMARQUE

Pour des raisons de sécurité, l'accès au site des adhérents est limité aux adhérents du régime seulement.

Nous sommes impatients de vous aider à profiter de notre technologie en ligne. Pour obtenir de plus amples renseignements sur le site des adhérents ou pour toute question au sujet de votre régime d'assurance de Croix Bleue Medavie, veuillez communiquer avec notre Service à la clientèle en composant le numéro sans frais indiqué au verso de votre carte d'identification ou en envoyant un courriel à inquiry@medavie.bluecross.ca.

VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF

Votre employeur est heureux de mettre à votre disposition un programme de protection collective qui vous offre, à vous et à votre famille, une sécurité médicale et financière. Ce programme vous est offert par l'entremise de Medavie inc., ci-après appelées « Compagnie ».

Croix Bleue Medavie administre les garanties suivantes pour le compte de Parmalat Canada Inc. :

- Garantie Hospitalisation
- Garantie Santé complémentaires
- Garantie Médicaments
- Garantie Soins dentaires
- Compte de dépenses pour soins de santé
- Protection Voyage dans le Monde Entier
- Patients dirigés hors Canada

La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada assure les garanties suivantes :

- Garantie Vie collective de base et facultative
- Garantie Salaire de longue durée

La compagnie d'assurance AIG du Canada assure Assurance Mort et Mutilation Accidentelles de Base, Programme Facultatif d'Assurance en cas de Mort ou Mutilation Accidentelle et Régime Collectif d'Assurance Accident en Voyage d'Affaires Assurance Mort Accidentelles.

La compagnie d'assurance Groupe Williamson assure Retour à la santé – Prestations d'assurance-invalidité de courte durée (ICD) des employés.

Les renseignements contenus dans cette brochure vous donnent un aperçu des dispositions du contrat intervenu entre votre employeur et la Compagnie. Vous y trouverez un sommaire des garanties, ainsi que l'information dont vous avez besoin afin d'optimiser la protection qui est offerte à vous et à votre famille.

Cette brochure et votre certificat contiennent des renseignements importants. Assurez-vous de les conserver dans un endroit sûr.

Les références à « Licencié » ou « Fournisseur reconnu » contenues dans cette brochure ont pour but d'identifier les fournisseurs qualifiés qui optimiseront vos soins.

Fournisseur reconnu par Croix Bleue Medavie est un fournisseur de services et fournitures de soins de santé reconnu et approuvé par Croix Bleue Medavie pour le paiement par paiement direct ou par remboursement. Croix Bleue Medavie remboursera les frais des produits et services de soins de santé admissibles et offerts à un assuré par un fournisseur reconnu par la Compagnie.

Pour savoir si un fournisseur est reconnu, veuillez communiquer avec notre centre d'appels au 1-800-355-9133.



Profitez de nombreux rabais sur des soins médicaux et des soins de la vue ainsi que sur de nombreux autres produits et services. Visitez www.avantagebleu.ca.

Lorsque la loi l'exige, vous avez le droit de recevoir une copie détaillée de la partie du contrat d'assurance collective qui concerne votre protection, une copie de votre demande d'adhésion et de toute déclaration écrite ou tout rapport fournis à la Compagnie qui attestent de votre état de santé. Vous pouvez aussi demander, dans un délai raisonnable, une copie du contrat contenant les garanties assurées. La première copie vous sera fournie sans frais. Des frais peuvent s'appliquer pour des copies subséquentes. Toutes les demandes de copies de documents doivent être adressées à Croix Bleue Medavie.

Enfin, veuillez noter que dans cette brochure, le masculin est utilisé sans discrimination et uniquement dans le but d'en faciliter la lecture.

VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF

Admissibilité à la couverture collective

Pour être admissible à la couverture collective, vous devez être employé salarié de façon permanente à temps plein ou à temps partiel, résider au Canada, être couvert par le régime d'assurance maladie de votre province, être activement au travail et travailler un nombre minimum de quinze (15) heures par semaine. L'assurance entre en vigueur au moment de l'embauche.

Pour adhérer au régime collectif, vous devez remplir le formulaire d'adhésion qui vous est remis au moment où vous devenez admissible aux différents régimes.

Le formulaire d'adhésion doit être rempli et retourné à votre représentant des ressources humaines dans les 31 jours suivant votre date d'admissibilité afin d'éviter les conséquences d'une adhésion tardive. Si vous êtes un adhérent tardif, vous devez soumettre une déclaration de santé pour la Garantie Vie et la Garantie Invalidité de longue durée. Selon votre état de santé, votre demande d'adhésion à la Garantie Vie et à la Garantie Invalidité de longue durée peut être acceptée ou refusée. Il est donc impératif que votre formulaire d'adhésion au régime collectif soit soumis à votre représentant des ressources humaines dans les 31 jours suivant votre date d'admissibilité.

Vos personnes à charge sont couvertes à compter de la date à laquelle vous devenez couvert, ou, ultérieurement, à compter de la date à laquelle elles deviennent vos personnes à charge.

Si vous n'êtes pas activement au travail le jour où vous auriez normalement été admissible à la protection, l'entrée en vigueur du régime sera reportée à la date à laquelle vous retournerez au travail à temps plein.

Définition de personnes à charge

Vos personnes à charge sont :

- a) Votre « conjoint », qui est une personne de l'un ou de l'autre sexe ou du même sexe que vous avec qui vous êtes légalement marié ou avec qui vous résidez de façon continue depuis au moins une année entière dans une situation similaire à une union conjugale (conjoint de fait). En cas de divorce, de séparation légale ou de cessation de la cohabitation (état de conjoint de fait), vous pouvez choisir de conserver la couverture pour l'ancien conjoint ou demander à la Compagnie de résilier la couverture du conjoint. La Compagnie n'assurera en aucun cas plus d'un conjoint en vertu d'une même police.
- b) Les enfants à charge non mariés qui dépendent de vous financièrement sont admissibles à la protection s'ils sont :
 - âgés de moins de 21 ans ou,
 - âgés de 21 ans mais moins de 26 ans, ils doivent fréquenter à temps plein un établissement scolaire reconnu, un collège ou une université, ou
 - sans égard à l'âge, s'ils habitent avec vous et ont une déficience physique ou mentale permanente, survenue avant l'âge de 21 ans (ou 26 ans s'ils étaient étudiants).

VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF

Remplir une demande de règlement

Garanties Hospitalisation, Protection-voyage dans le monde entier, Médicaments, Soins de santé complémentaires et Soins dentaires

Les demandes de règlement seront administrées par le régime de la Croix Bleue dans la province de résidence de l'adhérent.

Garantie hospitalisation

Si vous ou l'une de vos personnes à charge êtes hospitalisé, il vous suffit de présenter votre carte d'identification à l'hôpital au moment de l'admission. La demande de règlement sera directement acheminée à notre bureau par l'hôpital.

Garantie médicaments

Régime de remboursement - remplissez le formulaire de demande de règlement, joignez-y les originaux de vos reçus et faites parvenir le tout à la Compagnie (voir les coordonnées de nos bureaux).

La demande de règlement dûment remplie doit parvenir à la Compagnie au plus tard 24 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés ou dans la période convenue par la Compagnie lorsque le contrat prend fin.

Régime de paiement direct - vous n'avez qu'à présenter votre carte d'identification et le fournisseur s'occupe d'envoyer la facture directement à la Compagnie.

Garantie soins de santé complémentaires

Remplissez le formulaire de demande de règlement, le cas échéant, joignez-y les originaux de vos reçus et faites parvenir le tout à la Compagnie (voir les coordonnées de nos bureaux).

La demande de règlement dûment remplie doit parvenir à la Compagnie au plus tard 24 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés ou dans la période convenue par la Compagnie lorsque le contrat prend fin.

Protection-Voyage dans le monde entier

Veillez appeler au numéro sans frais indiqué à l'endos de votre carte d'identification pour obtenir de l'aide en cas de maladie ou de blessure survenant au cours d'un voyage à l'extérieur de votre province de résidence.

La Compagnie fera tout son possible pour vous orienter vers le traitement médical approprié et vous aider à couvrir les frais engagés auprès des fournisseurs de services et de les coordonner avec votre régime provincial d'assurance-maladie. Toutefois, dans certains cas particuliers, la Compagnie vous demandera de vous procurer et d'envoyer directement les reçus originaux et détaillés pour toutes les dépenses engagées à l'extérieur de votre province de résidence, à votre régime provincial d'assurance-maladie aux fins de remboursement. Veuillez-vous assurer de conserver une copie de ces reçus car vous aurez ensuite besoin de les soumettre directement à la Compagnie avec le relevé de la preuve de paiement du régime provincial d'assurance-maladie (voir les coordonnées de nos bureaux). Cette procédure doit être effectuée pour l'achat de médicaments, pour des services médicaux qui ne sont pas approuvés au préalable par la Compagnie (certaines exceptions peuvent s'appliquer) ainsi que pour des services médicaux reçus au Canada (qui seront couverts par votre régime provincial d'assurance-maladie). Veuillez indiquer votre numéro d'identification lorsque vous soumettez une demande de règlement à la Compagnie.

Les prestations relatives à des services rendus à l'extérieur du Canada sont versées par la Compagnie en devises canadiennes, au taux de change en vigueur à la date où le service a été rendu.

La demande de règlement dûment remplie doit parvenir à la Compagnie au plus tard six mois après la date de la fin des services.

VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF

Remplir une demande de règlement

Patients dirigés hors Canada

Veillez vous assurer d'obtenir des duplicatas de vos reçus pour toutes les dépenses engagées à l'extérieur de votre province de résidence. À votre retour, la Compagnie vous exigera à obtenir et envoyer un des reçus directement à votre régime provincial d'assurance-maladie aux fins de remboursement. Lorsque vous aurez reçu la réponse, envoyez la preuve du paiement avec les reçus pertinents à la Compagnie pour obtenir le paiement des frais admissibles non payés. Une lettre de la part du médecin qui a prescrit le transfert est requise, ainsi que la description des traitements rendus par le médecin traitant. Veuillez indiquer votre numéro d'identification lorsque vous soumettez une demande de règlement à la Compagnie.

Les prestations relatives à des services rendus à l'extérieur du Canada sont versées par la Compagnie en devises canadiennes, au taux de change en vigueur à la date de la fin des services.

Garantie soins dentaires

Le traitement de la demande de règlement s'effectue électroniquement par l'intermédiaire du réseau CDAnet. Vous devez présenter votre carte d'identification à votre dentiste au moment de chaque visite. Deux modes de remboursement sont possibles selon le choix de votre dentiste :

- a) vous ne payez que votre franchise (le cas échéant) et votre coassurance et l'excédent des frais est payé directement au dentiste par la Compagnie ;
- b) vous payez la somme totale exigée par votre dentiste et vous recevez dans les jours qui suivent la portion des frais remboursables par votre régime.

Si toutefois votre dentiste ne peut utiliser le système électronique de transaction, vous devrez remplir le formulaire de demande de règlement, y joindre les reçus originaux et le soumettre à la Compagnie (voir les coordonnées de nos bureaux). La demande de règlement dûment remplie doit parvenir à la Compagnie au plus tard 24 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés ou dans la période convenue par la Compagnie lorsque le contrat prend fin.

Note: Aux fins des différentes garanties de votre régime de protection collective, vous et vos personnes à charge êtes considérés comme étant assurés en vertu des lois sur l'assurance-hospitalisation et sur l'assurance-maladie de votre province de résidence.

Compte de dépenses pour soins de santé

Les remboursements en vertu du compte de dépenses pour soins de santé sont versés à l'adhérent. L'employé doit payer le fournisseur de services, se procurer un reçu de paiement intégral et compléter un formulaire de demande de règlement pour le compte de dépenses pour soins de santé ou lorsque la demande concerne des médicaments ou des soins dentaires payés par paiement direct, soumettre le reçu ou la preuve de facturation à Croix Bleue Medavie en indiquant de « payer le solde à partir de mon CDSS » et en signant chaque reçu ou preuve de facturation. Vous pouvez vous procurer un formulaire de demande de règlement chez votre employeur ou Croix Bleue Medavie.

Le remboursement est expliqué sur le relevé pour l'employé (suite au paiement de la demande de règlement) qui indique le montant payé en vertu du régime de soins de santé ou dentaires, le montant payé en vertu du compte de dépenses pour soins de santé et le solde créditeur.

La date limite pour soumettre les demandes de règlement de l'année du Compte gestion santé en cours est 60 jours à partir du 1^{er} janvier de l'année suivant l'année au cours de laquelle les dépenses ont été engagées (c'est-à-dire que pour les dépenses engagées en avril, la date limite pour soumettre une demande de règlement est 60 jours suivant le 1^{er} janvier de l'année suivante). Veuillez noter que les demandes de règlement du Compte gestion santé doivent être reçues par Croix Bleue Medavie au plus tard le 60^e jour de la nouvelle année. Les demandes de règlement pour l'année précédente qui sont reçues le 61^e jour de la nouvelle année civile ou plus tard seront refusées.

VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF

Remplir une demande de règlement (suite)

Garantie Vie

Une preuve de sinistre doit être soumise le plus tôt possible après la perte et en aucun cas plus d'un (1) an après la date de l'événement.

Garantie salaire de longue durée

Un avis écrit sous forme d'un formulaire attestant l'invalidité totale dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la fin du délai de carence.

Advenant la résiliation du présent contrat, une preuve d'invalidité doit parvenir à la Compagnie dans les six (6) mois suivant le début de l'invalidité.

Définition d'usuel, raisonnable et conforme à la pratique courante (usuel et raisonnable)

Usuel et raisonnable : désigne les honoraires habituels facturés par des membres d'une même profession exerçant celle-ci dans la localité ou la région géographique où les frais sont engagés pour des services semblables, tel que déterminé par la Compagnie ou selon le guide des honoraires établi par la Compagnie.

Limites de l'action en justice

Toute action ou procédure en justice contre un assureur (c.-à-d. Croix Bleue Medavie) pour le recouvrement de sommes assurées payables en vertu de la présente police sera refusée, à moins d'avoir débuté à l'intérieur de la période allouée par la Loi sur les assurances.

COORDONNÉES DES BUREAUX CROIX BLEUE

Pour répondre à vos questions au sujet de votre protection collective ou pour soumettre une demande de règlement, Croix Bleue possède des bureaux aux endroits suivants :

CANADA ATLANTIQUE

644, rue Main
C. P 220
Moncton (N.B.) E1C 8L3

QUÉBEC

550, rue Sherbrooke Ouest, bureau B9
Montréal (Qc) H3A 3S3

ONTARIO

185, The West Mall, bureau 1200
C.P 2000
Etobicoke (Ont.) M9C 5P1

Service à la clientèle (numéro sans frais) : 1-800-355-9133

MANITOBA

599, rue Empress
C.P 1046 Station Main
Winnipeg (Man.) R3C 2X7

SASKATCHEWAN

516, av. Second N
C.P. 4030
Saskatoon (Sask.) S7K 3T2

ALBERTA

10009, 108th Street NW
Edmonton (Alb.) T5J 3C5

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Croix Bleue du Pacifique
4250, Canada Way
C.P. 7000
Burnaby (C.-B.) V6B 4E1

Service à la clientèle (numéro sans frais) : 1-888-873-9200

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT

Montant assurable	2 fois le salaire annuel plus prime de l'année précédente
Mode d'arrondissement	Au 1 000 \$ supérieur
Maximum	1 000 000 \$
Sans preuve de santé	1 000 000 \$
Réduction des prestations	50 % du montant assurable lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans, puis réduction supplémentaire à un maximum de 100 000 \$ à l'âge de 70 ans
Exonération des primes	Non
Fin de la protection	Cessation d'emploi, retraite ou à 72 ans, selon la première de ces éventualités

GARANTIE VIE FACULTATIVE

Montant assurable	Adhèrent et/ou conjoint La couverture est offerte par tranche de 10 000 \$ jusqu'à concurrence de 250 000 \$ par participant, puis est réduite de 50 % lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans, jusqu'à un maximum de 100 000 \$ par participant Enfant à charge La couverture est offerte par tranche de 5 000 \$ jusqu'à concurrence de 15 000 \$ par enfant
Maximum	La garantie combinée d'assurance vie de base et d'assurance vie facultative ne peut dépasser 1 000 000 \$
Sans preuve de santé	Adhèrent 50 000 \$ (si le formulaire d'adhésion à la garantie Vie facultative est soumis à Croix Bleue dans les 31 jours suivant la date d'admissibilité) Conjoint Une preuve de santé est requise pour tous les montants assurables
Exonération des primes	Oui
Fin de la protection	Adhèrent Cessation d'emploi, retraite ou à 72 ans, selon la première de ces éventualités Conjoint Cessation d'emploi de l'adhérent, retraite de l'adhérent, lorsque l'adhérent atteint l'âge de 72 ans, ou lorsque le conjoint atteint l'âge de 65 ans, selon la première de ces éventualités Enfant à charge Cessation d'emploi de l'adhérent, retraite de l'adhérent ou lorsque l'adhérent atteint l'âge de 72 ans

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Montant assurable	70 % du salaire mensuel
Délai de carence	180 jours
Maximum	15 000 \$ par mois
Sans preuve de santé	15 000 \$
Durée maximale	Jusqu'à l'âge de 65 ans
Imposable	Oui
Intégration des prestations	Directe
Durée propre travail	24 mois
Exonération des primes	Oui
Fin de la protection	Le versement des prestations prend fin à la cessation d'emploi, à la retraite ou à 65 ans, selon la première de ces éventualités. La protection prend fin à 65 ans moins le délai de carence.

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE HOSPITALISATION Au Canada seulement

	<u>% de remboursement</u>	<u>Remboursement maximum</u>	<u>Maximum (montant et nombre de jours</u>
Hospitalisation	100 %	Chambre à deux lits	175 \$ / jour jusqu'à un maximum de 180 jours par évènement
Convalescence / Réadaptation physique	100 %	Chambre et pension	175 \$ / jour jusqu'à un maximum de 180 jours par évènement
Centre de désintoxication	100 %	Chambre et pension	175 \$ / jour jusqu'à un maximum de 180 jours par évènement

GÉNÉRALITÉS

Franchise	Aucune
Prestations aux survivants	12 mois, sans paiement de cotisations
Fin de la protection	Cessation d'emploi, retraite ou âgés de 72 ans, selon a première de ces éventualités

PROTECTION-VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER

	<u>% de remboursement</u>	<u>Maximum</u>
Médico-hospitalière	100 %	2 000 000 \$ / participant par incident, limité aux 60 premiers jours d'un voyage
Patients dirigés hors Canada	100 %	500 000 \$ à vie, lorsque approuvé préalablement

GÉNÉRALITÉS

Prestations aux survivants	12 mois, sans paiement de cotisations
Assistance voyage	Fournie par CanAssistance inc.
Fin de la protection	Cessation d'emploi, retraite ou âgés de 72 ans, selon la première de ces éventualités

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES Au Canada seulement

	<u>% de remboursement</u>	<u>Maximum</u>
Frais de médecins	100 %	Usuel et raisonnable
Service professionnel d'ambulance	100 %	Usuel et raisonnable
Ambulancier auxiliaire spécial	100 %	500 \$ / année civile
Soins infirmiers privés	100 %	10 000 \$ / année civile
Services diagnostiques	100 %	Usuel et raisonnable
Oxygène	100 %	Usuel et raisonnable

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES SERVICES PARAMÉDICAUX

	<u>% de remboursement</u>	<u>Maximum admissible par visite</u>	<u>Maximum par année civile</u>
Chiropraticien	100 %	Usuel et raisonnable	500 \$*
Physiothérapeute	100 %	Usuel et raisonnable	500 \$*
Massothérapeute	100 %	Usuel et raisonnable	500 \$*
Psychologue clinicien	100 %	Usuel et raisonnable	500 \$*
Ostéopathe	100 %	Usuel et raisonnable	500 \$*
Podologue ou podiatre	100 %	Usuel et raisonnable	500 \$*
Acupuncteur	100 %	Usuel et raisonnable	500 \$*
Naturopathe	100 %	Usuel et raisonnable	500 \$*
Orthophoniste	100 %	Usuel et raisonnable	500 \$*
Ergothérapeute	100%	Usuel et raisonnable	500 \$*
Radiographies (chiropraticien, ostéopathe, podologue ou podiatre, naturopathe)	100 %	Usuel et raisonnable	Les radiographies sont combinés avec le maximum par professionnel

*Un maximum global de 500 \$ par année civile pour tous les services paramédicaux

GÉNÉRALITÉS

Franchise	Aucune
Prestations aux survivants	12 mois, sans paiement de cotisations
Fin de la protection	Cessation d'emploi, retraite ou âgés de 72 ans, selon la première de ces éventualités

SOMMAIRE DES GARANTIES

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES

Soins dentaires en raison d'un accident	100 %	5 000 \$ / accident
Appareils pour diabétiques	100 %	700 \$ à vie
Fournitures pour personnes stomisées	100 %	Usuel et raisonnable
Aides orthophoniques	100 %	500 \$ à vie
Vêtements de compression	100 %	Quatre paires / année civile
Prothèses		
- membres artificiels	100 %	Usuel et raisonnable
- prothèses mammaires incluant les réparations et ajustements	100 %	200 \$ / année civile
- prothèses oculaires	100 %	Usuel et raisonnable
- soutien-gorge post-opératoire	100 %	Deux / année civile
- prothèse capillaire (perruque)	100 %	300 \$ / année civile
- béquilles, cannes, attelles, plâtres, bandages herniaires et appareils de soutien	100 %	Usuel et raisonnable
- réparations et ajustements	100 %	300 \$ / année civile sauf mention contraire
Fournitures médicales et appareils		
- bas prothèse pour membre restant	100%	Cinq paires/ année civile
- location ou achat d'un fauteuil roulant ou d'un lit d'hôpital	100 %	Usuel et raisonnable
- neurostimulateur transcutané	100 %	300 \$ / cinq années civiles
- matériel pour l'administration d'oxygène	100 %	Usuel et raisonnable
- pompe à insuline	100 %	Usuel et raisonnable
- une pompe pour le traitement du lymphœdème de même que les manchons s'y rapportant	100 %	Usuel et raisonnable
	100 %	Deux / année civile

GÉNÉRALITÉS

Franchise	Aucune
Prestations aux survivants	12 mois, sans paiement de cotisations
Fin de la protection	Cessation d'emploi, retraite ou âgés de 72 ans, selon la première de ces éventualités

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES

SOINS DE LA VUE

	<u>% de remboursement</u>	<u>Maximum</u>
Montures, verres, verres de contact à la suite d'une chirurgie de la cataracte	100 %	Une paire à vie
Lentilles intra - oculaires à la suite d'une chirurgie de la cataracte	100 %	Une lentille par œil à vie

GÉNÉRALITÉS

Franchise	Aucune
Prestations aux survivants	12 mois, sans paiement de cotisations
Fin de la protection	Cessation d'emploi, retraite ou âgés de 72 ans, selon la première de ces éventualités

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE MÉDICAMENTS

	<u>% de remboursement</u>	<u>Maximum</u>
Médicaments		Illimité
- Frais d'honoraires (Ne s'applique pas à 93378-003)	l'adhérent paie tout montant supérieur d'un frais d'honoraire de 7 \$	
- Quote-part	80 % du premier 3 000 \$ par année civile et 100 % par la suite	
Fournitures pour diabétiques dispositifs pour insuline : aiguilles, seringues, lancettes et bâtonnets réactifs	Inclus	Illimité
Stérilet	Inclus	Usuel et raisonnable
Médicaments de fertilité	Inclus	3 000 \$ à vie
Traitement pour la perte de poids	Inclus	2 000 \$ à vie
Médicaments pour le traitement des troubles de la dysfonction érectile (impuissance)	Inclus	1 000 \$ / année civile
Auxiliaires anti-tabagiques	Inclus	500 \$ à vie Pour les résidents du Québec (93378-003) : Conforme aux exigences de la RAMQ

GÉNÉRALITÉS

Franchise	Aucune
Mode de remboursement	Carte médicaments – régime de paiement direct
Prestations aux survivants	12 mois, sans paiement de cotisations
Fin de la protection	Cessation d'emploi, retraite ou âgés de 72 ans, selon la première de ces éventualités

Le maximum payé par famille par année civile correspond aux exigences de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE SOINS DENTAIRES

	<u>% de remboursement</u>	<u>Maximum</u>
Soins de base (Soins routines)		
- Services Diagnostic & Prévention	80 %	2 000 \$* / année civile
- Services Restauration & chirurgicaux	80 %	2 000 \$* / année civile
Soins de base (Autres services)		
- Soins d'endodontie & périodontie	50 %	2 000 \$* / année civile
- Soins de prosthodontie	50 %	2 000 \$* / année civile
- Soins chirurgicaux & généraux	50 %	2 000 \$* / année civile
Soins de restauration majeure	50 %	2 000 \$* / année civile
Soins d'Orthodontie	50 %	2 000 \$* / année civile pour les enfants à charge moins de 21 ans que le traitement soit complété ou non
Type de paiement	Remboursement	
Année d'édition du guide des tarifs	Année courante	
	*Les soins de base, soins majeurs et soins d'orthodontie sont assujettis à un maximum global de 2 000 \$ par année civile	

GÉNÉRALITÉS

Franchise	Aucune
Prestations aux survivants	12 mois, sans paiement de cotisations
Fin de la protection	Cessation d'emploi, retraite ou âgés de 72 ans, selon la première de ces éventualités

COMPTE DE DÉPENSES POUR SOINS DE SANTÉ

Un compte de dépenses pour soins de santé (CDSS) est un programme conçu pour payer des frais médicaux et dentaires qui ne sont pas couverts par votre régime de soins de santé et dentaires ou votre régime provincial.

SOMMAIRE DES GARANTIES

**ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE BASE
NUMÉRO DE POLICE BSC 9026202
ADMINISTRÉ PAR LA COMPAGNIE D'ASSURANCE AIG DU CANADA**

Montant assurable	2 fois le salaire annuel
Mode d'arrondissement	Arrondi à la tranche supérieure de 1000 \$
Maximum	1 000 000 \$
Réduction	Réduit 50% à 65 ans, réduit encore à 100 000 \$ à 70 ans
Fin de la protection	L'assurance prend fin à 72 ans ou à la retraite

**PROGRAMME FACULTATIF D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENT
POLICY BSC 9026203
ADMINISTRÉ PAR LA COMPAGNIE D'ASSURANCE AIG DU CANADA**

Montant assurable	<p>Régime I: Un montant d'assurance de 10 000 \$ jusqu'à concurrence d'un maximum de 500 000 \$ par tranche de 10 000 \$</p> <p>Régime II: Un montant d'assurance à partir d'un minimum de 10 000 \$ jusqu'à concurrence d'un maximum de 500 000 \$ par tranche de 10 000 \$ et votre famille sera automatiquement assurée pour les pourcentages suivants de votre capital assuré :</p> <ul style="list-style-type: none">a) Si vous n'avez pas d'enfants à charge, votre conjoint bénéficiaire d'une assurance équivalent à 60% de votre capital assuré ;b) Si vous avez des enfants à charge, votre conjoint bénéficiaire d'une assurance correspondant à 50% de votre capital assuré et chacun de vos enfants, bénéficiaire individuellement d'une assurance équivalent à 15% de votre propre assurance ;c) Si vous n'avez pas de conjoint, chacun de vos enfants à charge est automatiquement assuré à raison de 20% de votre capital assuré.
Fin de la protection	<p>L'assurance prend fin à 72 ans ou à la retraite de l'employée.</p> <p>L'assurance prend fin à 65 pour votre conjoint.</p>

**RÉGIME COLLECTIF D'ASSURANCE ACCIDENT EN VOYAGE D'AFFAIRES
NUMÉRO DE POLICE BSC 9026204
ADMINISTRÉ PAR LA COMPAGNIE D'ASSURANCE AIG DU CANADA**

Montant assurable	2 fois le salaire annuel
Mode d'arrondissement	arrondi à la tranche supérieure de 1 000 \$
Maximum	1 000 000 \$
Fin de la protection	L'assurance prend fin à 72 ans ou à la retraite

GARANTIE VIE (Garanties Vie de base et facultative)

La garantie Vie vous offre, à un coût avantageux, une couverture qui vous permet d'obtenir les montants de protection dont vous avez besoin pour répondre à vos besoins et à ceux de vos personnes à charge.

Garantie Vie de base

Le montant assurable est indiqué au Sommaire des garanties.

Ce montant est réduit de 50 % lorsque vous atteignez 65 ans puis réduit à un maximum de 100 000 \$ lorsque vous atteignez 70 ans. La protection prend fin à la cessation d'emploi, à la retraite ou à 72 ans, selon la première échéance.

Garantie Vie facultative

Référez-vous au Sommaire des garanties pour savoir si la garantie Vie facultative est offerte dans votre groupe.

Si tel est le cas, vous pouvez souscrire un montant de protection Vie facultative selon les modalités décrites au Sommaire des garanties.

Votre garantie Vie facultative prend fin selon les modalités décrites au Sommaire des garanties.

Prestation pour maladie en phase terminale

Si l'on diagnostique chez vous une maladie en phase terminale susceptible d'entraîner votre décès en moins de 12 mois, une prestation anticipée équivalant au moins de 50 000 \$ ou de 50 % du montant de votre garantie Vie de base peut être prélevée sur votre capital-décès et vous être versée. Vous pouvez utiliser cette somme comme vous l'entendez.

Versement des indemnités

En cas de décès, la Compagnie versera le montant de votre garantie Vie de base et de votre garantie Vie facultative, s'il y a lieu, à votre bénéficiaire désigné. C'est vous qui êtes le bénéficiaire de la garantie Vie facultative de vos personnes à charge.

Exonération des primes pour la garantie Vie facultative

Si vous devenez totalement invalide avant votre 65^e anniversaire de naissance, vous êtes exonéré du paiement des primes pour votre garantie Vie facultative à compter de la première des deux dates suivantes, à condition que des preuves médicales de l'invalidité soient présentées à la Compagnie a) le premier jour du mois coïncident avec ou suivant la date à laquelle vous devenez admissible au premier versement de salaire de longue durée, le cas échéant, ou b) la date d'expiration du délai de six mois consécutifs d'invalidité totale.

Le montant de couverture pour lequel vous êtes exonéré du paiement de la prime est le montant en vigueur à la date de début de l'invalidité.

GARANTIE VIE (Garantie Vie de base et facultative)

Exonération des primes (suite)

L'exonération des primes prend fin à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle vous reprenez un travail lucratif ou un emploi rémunérateur,
- b) la date à laquelle vous n'êtes plus invalide,
- c) la date à laquelle vous refusez de vous soumettre à un examen médical demandé par la Compagnie,
- d) la date à laquelle vous atteignez 65 ans.

Exclusion

Si vous ou l'une de vos personnes à charge décédez des suites d'un suicide, ou d'une tentative de suicide au cours des 24 mois qui suivent l'entrée en vigueur de la garantie Vie facultative ou de toute augmentation du montant de garantie Vie facultative, le montant de la garantie ou l'augmentation de ce montant est nulle et sans effet et la responsabilité de la Compagnie est limitée au remboursement des primes versées.

Droit de transformation

Si votre emploi prend fin avant que vous n'ayez atteint l'âge de 65 ans, vous pouvez demander, dans les 31 jours suivant la fin de votre emploi, de transformer votre couverture collective en couverture individuelle, jusqu'à concurrence de 200 000 \$, ou plus lorsque la législation provinciale applicable l'exige, et ce sans avoir à présenter de preuve de santé. La prime de la couverture individuelle sera calculée selon l'échelle en vigueur à la Compagnie à la date à laquelle l'assurance entre en vigueur, selon le montant de protection, votre âge et la catégorie de risques à laquelle vous appartenez à ce moment.

Votre conjoint ou, lorsque la législation provinciale l'exige, votre enfant à charge, peut également demander la transformation de sa protection collective en couverture individuelle, dans les 31 jours de la fin de votre couverture ou dans les 31 jours suivant la date à laquelle votre conjoint cesse d'y être admissible à titre de personne à charge.

Ce droit de transformation s'applique également aux réductions prévues ou à la résiliation des garanties qui prend effet à des âges précis.

GARANTIE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Si votre invalidité totale se poursuit au-delà du délai de carence indiqué au Sommaire des garanties, vous pouvez devenir admissible à des prestations en vertu de la garantie Salaire de longue durée. Le premier versement est payable à la fin du mois durant lequel le délai de carence prend fin et le dernier jour de chaque mois par la suite. Pour chaque jour d'invalidité totale, la prestation est égale à 1/30 de la prestation mensuelle.

Invalidité totale

Aux fins de la garantie Salaire de longue durée, l'invalidité totale désigne :

- a) l'état d'incapacité totale et continue, résultant d'un accident ou d'une maladie, qui vous empêche, pendant le délai de carence et la période de 24 mois qui suit immédiatement la fin du délai de carence, d'accomplir les tâches régulières de votre propre travail; et
- b) par la suite, l'état d'incapacité totale et continue, résultant d'un accident ou d'une maladie, qui vous empêche d'accomplir les tâches régulières de tout travail :
 - qui vous permettrait de gagner au moins 66.67 % de votre salaire brut avant le début de l'invalidité totale, et
 - qui soit compatible avec votre formation, votre éducation et votre expérience.

Les tâches régulières désignent les activités jugées essentielles au rendement pour votre poste et auxquelles vous consacrez, toute proportion gardée, la majeure partie de votre temps.

La disponibilité de l'occupation, de l'emploi ou du travail ne sera pas prise en considération lors de l'analyse de l'invalidité.

La perte d'un permis, d'une licence ou d'une certification professionnelle ne constitue pas, en soi, une invalidité.

Invalidité partielle

Lorsque vous recevez des prestations d'invalidité de longue durée pour invalidité totale et que vous retournez au travail de façon réduite, de sorte que vous gagnez 80 % ou moins de votre salaire avant l'invalidité, les conditions suivantes s'appliquent :

- a) Les prestations mensuelles continueront d'être versées tant que vous gagnez 80 % ou moins de votre salaire avant l'invalidité. Les prestations cesseront à la première de ces éventualités :
 - La date à laquelle les prestations auraient cessé si vous étiez demeuré totalement invalide; ou
 - La date à laquelle la période maximale des prestations a été atteinte, telle qu'indiquée au Sommaire des garanties.
- b) L'Intégration des prestations s'applique, en plus des dispositions spécifiques suivantes :
 - Les prestations mensuelles payables en vertu de cette garantie ainsi que tout revenu provenant d'un emploi et de toute autre source (incluant les augmentations dues au coût de la vie et au mérite ou toute autre augmentation de revenu) n'excéderont pas 90 % de votre revenu brut avant l'invalidité si les prestations d'invalidité de longue durée sont imposables en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu de l'Agence du revenu du Canada ou 90 % de votre revenu net avant l'invalidité si les prestations d'invalidité de longue durée ne sont pas imposables en vertu de cette même Loi.

GARANTIE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Invalidité partielle (suite)

- Aux fins de la garantie d'invalidité partielle, votre revenu net ou brut avant l'invalidité sera augmenté du moindre des montants suivants : 5 % du revenu ou selon l'indice des prix à la consommation (IPC) publié par Statistiques Canada pour la période couvrant la date du début de l'invalidité totale au 1er janvier suivant. Pour toute année subséquente, votre revenu net ou brut avant l'invalidité sera augmenté du moindre des montants suivants : 5 % du revenu ou le montant de l'augmentation des coûts alloué en vertu du Régime de pensions du Canada selon l'échelle établie par l'indice des prix à la consommation (IPC) publié par Statistiques Canada.
- En aucun cas le montant des prestations mensuelles d'invalidité partielle payable en vertu de cette garantie d'excéderont le montant des prestations mensuelles qui auraient été payables si vous étiez demeuré totalement invalide.
- L'exonération des primes de cette garantie de n'applique pas si vous recevez des prestations d'invalidité partielle.
- Pour l'invalidité partielle, vous devez fournir à la Compagnie une preuve de revenu d'emploi satisfaisante sur une base mensuelle.

Rechute

Toutes les périodes successives d'invalidité totale séparées par moins de six mois de travail actif continu sont considérées comme une seule et même période d'invalidité, à moins que la nouvelle invalidité ne soit due à un accident ou à une maladie entièrement différente et ne commence qu'après votre retour au travail.

Lorsque les périodes successives d'invalidité sont considérées comme une même invalidité, le versement des prestations n'est pas assujéti à un nouveau délai de carence; les prestations versées sont égales aux précédentes et sont payées pour une période ne pouvant dépasser la durée non courue de la période maximale de versement prévue à l'origine.

Programme de réadaptation

Si, pendant que vous recevez des prestations mensuelles en cas d'invalidité totale, vous participez à un programme de réadaptation approuvé par la Compagnie :

- a) l'invalidité totale ne sera pas réputée avoir pris fin pour la seule raison que vous participez à ce programme;
- b) les prestations mensuelles payables par la Compagnie sont réduites de 50 % de la rémunération mensuelle reçue en vertu de ce programme;
- c) si, à cause de votre invalidité, vous êtes incapable de compléter votre programme de réadaptation, vos prestations seront ramenées au montant que vous receviez avant le début du programme de réadaptation;
- d) tant que vous participez à ce programme, la Compagnie réduira ses prestations mensuelles dans la mesure nécessaire pour que votre revenu total provenant de toutes sources n'excède pas 100 % du revenu que vous gagniez avant votre invalidité.

GARANTIE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Intégration des prestations

Le montant des prestations mensuelles d'assurance salaire de longue durée auquel l'adhérent a droit à la date de son invalidité est coordonné avec les autres revenus qu'il reçoit ou qu'il est en droit de recevoir en raison de son invalidité. La coordination des prestations est appliquée de la façon suivante :

1. Le montant des prestations mensuelles payable est d'abord réduit directement de tout montant versé en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec (prestations primaires seulement), de la Loi sur les accidents du travail et des « revenus provenant de toute autre source ». Les « revenus provenant de toute autre source » comprennent les suivants :
 - les prestations d'invalidité offertes en vertu de tout autre programme gouvernemental, à l'exclusion des prestations secondaires en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec,
 - les prestations de retraite fournies par tout employeur ou par un programme gouvernemental,
 - le revenu ou les prestations payables en vertu de tout régime collectif offert par l'employeur ou par l'intermédiaire de celui-ci,
 - le revenu ou les prestations payables en vertu d'un régime parrainé par une association, un syndicat ou un organisme sans but lucratif dont l'adhérent est membre,
 - les prestations de remplacement du revenu payables en vertu d'un régime d'assurance-automobile, lorsque telle réduction n'est pas interdite par la loi, et
 - la rémunération payable par un employeur ou reçue en tant que travailleur autonome, à l'exclusion de 50 % du revenu reçu en vertu d'un programme de réadaptation approuvé. (Dans le cas des régimes non imposables, le revenu avant l'invalidité désigne le revenu brut moins l'impôt sur le revenu. Dans le cas des régimes imposables, le revenu avant l'invalidité désigne le salaire brut).
2. Le montant déterminé dans le point 1. ci-dessus est réduit de nouveau, si nécessaire, de manière à ce que la somme des revenus mensuels, y compris la somme des prestations mensuelles mentionnée au paragraphe 1. ci-dessus, ne dépasse pas 85 % du revenu avant l'invalidité.

Au cours d'un programme de réadaptation approuvé, le montant des prestations mensuelles tel que défini précédemment, sera réduit de nouveau, si nécessaire, de manière à ce que le montant total de prestations mensuelles, en incluant les revenus provenant de toutes les autres sources de revenus mentionnées précédemment au point 1. ci-dessus, y compris 100 % des gains reçus en vertu du programme de réadaptation, ne dépasse pas 100 % du revenu avant l'invalidité.

Gel de la réduction des montants reçus du Régime de pensions du Canada/Régime de rentes du Québec

Une fois que la réduction initiale du RPC/RRQ a été établie pour une demande de règlement d'assurance salaire de longue durée, elle ne sera pas modifiée en raison des ajustements au coût de la vie effectués sur les paiements du RPC/RRQ.

GARANTIE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Limitations et Exclusions

Aucune prestation ne sera versée en vertu de cette garantie, si l'invalidité résulte d'une blessure (maladie ou accident) subie alors que vous commettez ou vous livrez à des activités criminelles, que des accusations soient portées ou non ou une condamnation obtenue.

Aucune prestation n'est payable au cours des périodes suivantes :

- a) toute période d'invalidité au cours de laquelle vous ne recevez pas de soins appropriés de la part d'un médecin, soit un spécialiste autorisé ou un professionnel de la santé œuvrant dans le domaine médical pertinent;
- b) toute période de temps au cours de laquelle vous ne recevez pas de traitements ou ne participez pas à un programme de réadaptation qui, selon l'avis de la Compagnie, est jugé approprié;
- c) toute période au cours de laquelle vous êtes incarcéré;
- d) lorsque l'invalidité est causée par ou résultant d'une blessure que vous vous êtes infligée intentionnellement ou d'une maladie que vous avez contractée volontairement, que vous ayez été ou non sain d'esprit;
- e) toute invalidité causée par ou résultant d'une insurrection, d'une guerre (déclarée ou non), des actes hostiles de la part des forces armées de tout pays ou de votre participation à une émeute ou à un soulèvement populaire;
- f) pour toute invalidité au cours des périodes suivantes :
 - le congé de maternité que vous prenez conformément à une loi provinciale ou fédérale, ou conformément à une entente mutuelle entre votre employeur et vous; ou
 - une période durant laquelle les prestations d'assurance-emploi de maternité sont versées ou seraient versées si vous étiez admissible.

Perte du droit aux prestations

Même en cas d'invalidité totale, le droit de recevoir des prestations peut être révoqué si :

- a) vous refusez de vous soumettre à un examen médical demandé par la Compagnie;
- b) vous refusez de participer à un programme médical ou de réadaptation que la Compagnie et votre médecin traitant jugent raisonnable et approprié;
- c) vous refusez de fournir à la Compagnie des preuves satisfaisantes de la persistance de l'invalidité;
- d) vous occupez un emploi rémunérateur, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation;
- e) vous déménagez ou vivez temporairement hors du Canada, sauf lorsque la Compagnie a été avisée par écrit et a donné son accord préalable;
- f) votre invalidité ne répond plus à la définition d'invalidité prévue dans la présente garantie.

Par ailleurs, les prestations prennent fin à votre retraite, lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans ou lorsque la durée maximale des prestations indiquée au Sommaire des garanties est atteinte.

Exonération des primes

Si vous êtes totalement invalide, toute prime à verser en vertu de la présente garantie sera exonérée à partir du premier mois civil complet suivant le délai de carence. L'exonération des primes sera en vigueur jusqu'à ce que vous retourniez activement au travail de façon permanente.

Fin de la protection

La protection prend fin à la cessation d'emploi, à la retraite ou lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans.

GARANTIE HOSPITALISATION - AU CANADA SEULEMENT

Cette garantie couvre les frais admissibles engagés par vous ou vos personnes à charge pour les frais usuels et nécessaires d'un point de vue médical et recommandés par un médecin. La Compagnie remboursera les frais usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante sous réserve de la franchise, du pourcentage de remboursement et des maximums indiqués au Sommaire des garanties. Le remboursement des frais ne sera considéré que si les services ont été rendus par un fournisseur approuvé et reconnu par la Compagnie, pourvu que les frais admissibles soient encourus au Canada. Les montants maximums s'appliquent à chacun des assurés.

Frais admissibles

Chambre d'hôpital

Les frais d'hospitalisation pour un participant admis comme malade hospitalisé pour des soins actifs ultérieurement à la date d'entrée en vigueur de la garantie et pour la période à laquelle il est couvert pour ces services, sous réserve des maximums indiqués au Sommaire des garanties. Le type de chambre est spécifié au Sommaire des garanties.

Convalescence / Réadaptation physique

Les frais pour un séjour dans un hôpital de convalescence ou de réadaptation physique, si l'assuré y est admis moins de 48 heures suivant un séjour à l'hôpital d'au moins trois jours consécutifs, en raison de la même maladie ou accident pour lequel le séjour à l'hôpital a été requis, sous réserve des maximums spécifiés au Sommaire des garanties.

Centre de désintoxication

Le coût d'un séjour en centre désintoxication, lorsqu'approuvé par écrit par un médecin licencié, sous réserve des maximums spécifiés au Sommaire des garanties.

Fin de la protection

La garantie Hospitalisation prend fin à la cessation d'emploi, la retraite ou à l'âge indiqué au Sommaires des garanties. La protection pour vos personnes à charge prend fin à la date à laquelle votre protection hospitalisation prend fin ou à la date à laquelle, elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge, selon la première échéance.

PROTECTION-VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER

Cette garantie couvre les frais imprévus qui surviennent lorsque vous ou vos personnes à charge êtes en voyage à l'extérieur de votre province de résidence, sous réserve des restrictions de voyage indiqués au Sommaire des garanties.

Lignes Canassistance

En cas d'urgence médicale, le participant qui est à l'extérieur de sa province de résidence ou son mandataire doit appeler Canassistance dès que possible à l'un des numéros apparaissant ci-dessous :

du Canada ou des États-Unis : 1-800-563-4444

d'ailleurs dans le monde : 1-506-854-2222 (à frais virés)

Pour faciliter la communication, la personne doit s'identifier, donner le numéro de téléphone de l'endroit d'où elle appelle, ainsi que ses numéros de groupe et de certificat.

Si l'assuré ne peut pas appeler à frais virés, la Compagnie lui remboursera le coût de l'appel.

Frais et services couverts par la garantie Médico-hospitalière

Soins dentaires par suite d'un accident

Coût, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ de soins dentaires requis en raison de dommages aux dents naturelles par suite d'un coup direct et accidentel à la bouche ou lorsque la mâchoire est fracturée ou disloquée et doit être remise en place. Les soins doivent être donnés ou signalés et approuvés par la Compagnie aux fins de paiement dans les 180 jours suivant l'accident, avec des détails de l'accident à l'appui.

Service d'ambulance

Les frais habituels de transport par ambulance, y compris par ambulance aérienne, et secours d'urgence à destination ou en provenance de l'établissement hospitalier agréé le plus proche.

Retour à domicile

Les frais supplémentaires de billets pour le retour de l'assuré, en classe économique et par la voie la plus directe (avion, autobus, train) lorsque le participant est obligée de retourner chez lui en raison de son état de santé et doit être accompagnée par un auxiliaire médical qualifié (sans lien de parenté avec le patient). Une autorisation écrite du médecin traitant est exigée. Si le retour se fait par vol régulier, le régime couvre :

- deux billets en classe économique, par la voie la plus directe, à destination de la ville où l'assuré réside au Canada, c'est-à-dire un aller simple pour l'assuré et un aller-retour pour l'auxiliaire médical qui l'accompagne ;
- pour un patient en civière, le nombre de sièges requis pour installer cette dernière (aller simple) et un billet aller-retour pour l'auxiliaire médical qui l'accompagne.

Frais de diagnostic

Les frais d'analyse de laboratoire et de radiographies aux fins de diagnostic, sur ordonnance du médecin traitant.

Médicaments

Les frais des médicaments en quantité suffisante pour la période de voyage. Le remboursement des médicaments admissibles est effectué uniquement sur présentation d'une preuve d'achat et de paiement tel qu'attesté sur un document provenant d'un fournisseur approuvé par la Compagnie et dont le commerce est situé à l'extérieur de la province de résidence du participant. La facture doit renfermer les renseignements suivants : le nom du médicament, la date de l'achat, la quantité, le dosage et le coût total.

PROTECTION-VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER

Assistance en cas d'urgence et pour le paiement

Un service d'assistance est disponible 24 heures par jour, au moyen d'une ligne téléphonique directe, pour les assurés qui ont besoin d'aide au cours d'un voyage. Si une urgence médicale survient, le participant peut appeler le Service d'assistance dont le numéro figure sur la carte qui lui a été remise. Le service prendra les dispositions nécessaires pour confirmer l'adhésion du participant au régime de protection auprès du médecin ou de l'établissement hospitalier. Le paiement des frais médicaux sera coordonné au nom de l'assuré. Les services suivants sont également offerts :

Assistance médicale - L'assuré peut demander une liste d'hôpitaux ou d'établissements hospitaliers. Le Service d'assistance prendra les dispositions pour que les services ci-dessous soient couverts :

- avis d'un médecin dûment agréé ;
- suivi médical de l'état du patient et communication avec l'adhérent ou sa famille ;
- retour du patient au domicile ou transfert du patient lorsque sa condition médicale le permet ;
- transport d'un membre de la famille au chevet du patient ou pour identifier la personne décédée.

Aide relative aux besoins non médicaux - Le patient peut demander :

- une réponse en situation d'urgence dans les principales langues ;
- de l'aide en cas d'urgence pour communiquer avec la famille ou l'entreprise ;
- le renvoi à un conseiller juridique.

Hospitalisation

Les frais engagés dans un hôpital général public excédant ceux qui sont remboursés par le régime provincial d'assurance-maladie pour a) une chambre (et non une suite) ainsi que b) les soins médicalement nécessaires donnés au patient hospitalisé ou traité en clinique externe.

Repas et hébergement

Frais supplémentaires pour l'hébergement et les repas dans un établissement commercial, lorsqu'un adhérent ou une personne à charge doit reporter son retour en raison de maladie contractée ou de blessure subie par un compagnon de voyage ou par le participant lui-même, sous réserve d'un remboursement maximal de 700 \$ canadiens (soit 100 \$ par jour, maximum de sept jours) par voyage. Des reçus d'établissements commerciaux à l'appui et une déclaration du médecin traitant sont requis.

Infirmier

Les honoraires pour soins infirmiers privés (sans lien de parenté avec le patient ni un employé d'hôpital) sur ordonnance d'un médecin traitant.

Services paramédicaux

Les honoraires d'un chiropraticien, d'un ostéopathe, d'un podologue, d'un podiatre ou d'un physiothérapeute (sans lien de parenté), en excédant de ceux payés par le régime provincial d'assurance-maladie. Les frais de radiographies ne sont pas couverts.

Médecins et chirurgiens

Les honoraires usuels de médecins et de chirurgiens pour les services dispensés en excédant de ceux couverts par le régime provincial d'assurance-maladie.

Retour de la dépouille

Le coût de la préparation (incluant la crémation) et du retour de la dépouille (excluant le coût du cercueil) au point de départ au Canada par la voie la plus directe, jusqu'à concurrence de 3 000 \$.

PROTECTION-VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER

Transport pour visiter le participant

Le coût d'un billet aller-retour en classe économique par la voie la plus directe (avion, autobus, train) pour se rendre au chevet d'un assuré hospitalisé pendant au moins sept (7) jours, si le médecin traitant juge nécessaire la présence d'un membre de la famille ou d'un ami, ou pour identifier la dépouille.

Retour du véhicule

Le coût du retour, par une agence commerciale, du véhicule personnel du participant ou d'un véhicule de location, à sa résidence ou à l'agence de location appropriée la plus proche, si une maladie ou un accident le rend incapable de s'en occuper, sous réserve d'un remboursement maximal de 500 \$.

Appareils médicaux

Le coût de la location temporaire d'un fauteuil roulant, de béquilles ou de cannes, lorsque nécessaire en raison d'un accident ou d'une maladie survenue à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré et s'ils sont prescrits par un médecin.

Exclusions et limites

1. Aucune prestation ne sera versée en vertu du régime aux assurés voyageant à l'extérieur de leur province de résidence principalement ou accessoirement pour consultation médicale ou traitement médical, et ce, même si le voyage est effectué sur recommandation d'un médecin.
2. Aucune prestation ne sera versée en vertu du régime pour un traitement facultatif non urgent ou une intervention chirurgicale facultative non urgente, à savoir un traitement ou une intervention chirurgicale a) qui n'est pas requis pour le soulagement immédiat d'une douleur aiguë et de souffrance; ou b) qui peut raisonnablement être reporté après le retour du participant au Canada; ou c) que le participant a choisi de recevoir ou de subir à l'extérieur du Canada par suite du traitement d'urgence ou du diagnostic d'un problème de santé qui (avec information médicale à l'appui) n'aurait pas empêché le participant de retourner au Canada pour y recevoir le traitement ou l'intervention chirurgicale.
3. Aucune prestation ne sera versée en vertu du présent régime si l'assuré touche une prestation identique d'une tierce partie.
4. Aucune prestation ne sera versée pour des frais engagés en raison d'un usage abusif de médicaments, de drogues ou d'alcool, ou en raison d'un suicide ou d'une tentative de suicide, d'actes criminels, d'une guerre ou d'autres hostilités.
5. La Compagnie, en consultation avec le médecin traitant, se réserve le droit de transférer le patient au Canada. Si un assuré, d'après l'information médicale à l'appui, est en mesure de retourner au Canada à la suite du diagnostic et du traitement d'urgence d'une condition médicale pour y continuer les soins médicaux, le traitement ou y subir l'intervention chirurgicale requise, et qu'il choisit de recevoir les traitements en question à l'extérieur du Canada, les frais pour ces services médicaux de suivi, ce traitement ou cette chirurgie ne seront pas couverts en vertu du présent régime.

La Compagnie n'assume aucune responsabilité si l'état de santé de l'assuré se détériore pendant ou après son transfert au Canada.

Exclusions et limites (suite)

6. Les prestations ne sont payables que pour des frais engagés par suite d'une maladie subite ou d'un accident survenant pendant un voyage à l'extérieur de la province de résidence du participant. Les conditions préexistantes seront couvertes en vertu de la garantie pourvu que l'état du participant demeure stable avant de réserver la date de départ et qu'aucun soin médical ne soit prévu pendant la période du voyage.

Un problème de santé préexistant est considéré comme stable si, au cours des 90 jours précédant la date de départ (ou dans les 90 jours précédant la date de réservation dans le cas de la Garantie Annulation et interruption de voyage), vous n'avez pas:

- a) été traité ou évalué pour de nouveaux symptômes qui sont reliés à cette condition;
- b) éprouvé de symptômes qui ont augmenté en fréquence ou en sévérité, ou des résultats d'examens indiquant la détérioration de la condition;
- c) reçu de prescription pour un nouveau traitement ou un changement de traitement relativement à cette condition (généralement, une réduction de la médication en raison de l'amélioration de la condition ou un changement régulier dans la médication dans le cadre d'un plan de traitement établi ne sont pas considérés comme étant un changement de traitement;
- d) été admis dans un hôpital en raison de cette condition; ou
- e) été en attente de nouveaux traitements ou de tests concernant cette condition (autres que des tests de routine).

Les critères ci-dessus sont considérés globalement par rapport à la condition médicale dans son ensemble.

7. La présente exclut les pertes, dommages, coûts ou frais de quelque que nature que ce soit, découlant directement ou indirectement de l'une des causes suivantes ou associés à celles-ci, peu importe toute autre cause ou tout autre incident contribuant au même moment ou dans toute autre séquence à la perte en question :
- a) un événement dans le pays ou la région constituant la destination qui amène le gouvernement du Canada à émettre un avis aux voyageurs recommandant à ses citoyens d'éviter les voyages dans ce pays ou cette région si l'avis aux voyageurs s'applique pour une période de temps qui inclut le voyage prévu et est émis après la date à laquelle un dépôt non remboursable pour le voyage a été fait ou un billet a été acheté;
 - b) une insurrection, une guerre (déclarée ou non), une hostilité des forces armées de tout pays ou la participation à une émeute ou à un affrontement public.
8. Les frais qui dépassent deux millions de dollars canadiens par participant, par incident à l'extérieur de la province de résidence du participant ne sont pas couverts par la Compagnie.

Toutes les demandes de règlement et formulaires gouvernementaux requis doivent être soumis dans les quatre (4) mois suivant la date de la fin des services.

Fin de la protection

La protection voyage dans le monde entier prend fin à la cessation d'emploi, la retraite ou à l'âge indiqué au Sommaires des garanties.

PATIENTS DIRIGÉS HORS CANADA

Lorsque le médecin traitant d'un participant réfère ce dernier à un médecin hors Canada pour des soins médicaux non disponibles au Canada, le régime rembourse les frais usuels et raisonnables énumérés ci-dessous qui excèdent le montant payé par le régime provincial d'assurance maladie, jusqu'à concurrence du maximum viager indiqué au Sommaire des garanties.

Ambulance

Les frais de services ambulanciers requis afin de transporter un patient en civière en direction ou en provenance de l'hôpital le plus proche pouvant administrer les soins essentiels. Les frais de transport aérien sont couverts jusqu'à concurrence du coût de trois places en classe économique sur un vol régulier.

Accompagnateur dans l'ambulance

Frais de déplacement d'un infirmier licencié ou d'un préposé médical, sans lien de parenté avec le patient, accompagnant le participant dans l'ambulance lorsque médicalement nécessaire et approuvé par Croix Bleue Medavie.

Hôpital

Les frais hospitaliers reliés à des services médicalement requis tels qu'ils sont indiqués ci-dessous, moins le montant alloué par le régime provincial d'assurance-maladie :

- Chambre d'hôpital
- Soins intensifs
- Soins infirmiers
- Salle d'opération et salle de réveil
- Services diagnostiques et de laboratoire, incluant les rayons X
- Oxygène et sang
- Médicaments d'ordonnance, incluant les solutions intraveineuses
- Physiothérapie

Médecins et chirurgiens

Les honoraires usuels de médecins et de chirurgiens pour les services rendus, moins le montant alloué par le régime provincial d'assurance-maladie.

PATIENTS DIRIGÉS HORS CANADA

Exclusions et limites

1. La référence hors Canada doit être justifiée sur le plan médical et ne doit pas porter sur des services disponibles au Canada, tels que déterminés par Croix Bleue Medavie.
2. Croix Bleue Medavie doit avoir approuvé la demande de règlement au préalable.
3. Le paiement sera versé en fonction des honoraires usuels et raisonnables du fournisseur de produits ou de services dans la région où les produits ou services sont rendus.
4. Le paiement sera versé seulement pour les produits fournis ou les services rendus au patient pendant qu'il était sous les soins actifs d'un médecin habilité à pratiquer.
5. Aucune prestation n'est payable pour le traitement d'une maladie ayant débuté dans les 12 mois après la date d'entrée en vigueur de la protection collective accordée au participant ou pour toute maladie ou affection pour laquelle l'assuré aura reçu des traitements ou pour laquelle des médicaments lui ont été prescrits dans les 12 mois précédant la date d'entrée en vigueur de la protection.
6. Les services offerts à l'extérieur du Canada ne doivent pas être de nature expérimentale ou exploratrice.
7. La garantie Patients dirigés hors Canada exclut les services non disponibles en raison de listes d'attente ou les traitements refusés par un médecin au Canada.

Fin de la protection

La garantie patients dirigés hors Canada prend fin à la cessation d'emploi, la retraite ou à l'âge indiqué au Sommaires des garanties.

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES

Cette garantie couvre les frais admissibles engagés par vous ou pour vos personnes à charge, pour les frais usuels et nécessaires d'un point de vue médical et recommandés par un médecin. La Compagnie remboursera les frais usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante, sous réserve de la franchise, du pourcentage de remboursement, ou des maximums spécifiés au Sommaire des garanties. Le remboursement des frais ne sera considéré que si les services ont été rendus par un fournisseur approuvé et reconnu par la Compagnie, pourvu que les frais admissibles soient encourus au Canada. Les montants maximums s'appliquent à chacun des assurés.

Frais admissibles

Frais de médecins

Les honoraires pour services reçus à l'extérieur de la province de résidence, en excédent du montant alloué par un régime d'assurance maladie.

Service professionnel d'ambulance

Les frais de transport par une ambulance titulaire d'un permis, incluant le transport aérien au Canada, lorsque nécessaire sur le plan médical, en direction et en provenance de l'hôpital qualifié le plus proche pouvant assurer les soins médicaux nécessaires, sous réserve d'un remboursement maximal spécifié au Sommaire des garanties.

Ambulancier auxiliaire spécial

Frais de déplacement d'un infirmier licencié (sans lien de parenté avec l'assuré), lorsque nécessaire sur le plan médical et approuvé par la Compagnie, sous réserve du remboursement maximum indiqué au Sommaire des garanties

Soins infirmiers privés

À condition que vous ne résidiez pas dans une maison de convalescence ou de repos et que vous n'ayez pas de lien de parenté avec l'infirmier licencié, les frais de soins médicalement nécessaires, dispensés à domicile par un infirmier licencié sont admissibles.

Tous les services de soins infirmiers doivent être approuvés au préalable par la Compagnie pour être pris en considération en vue d'un remboursement possible. Le paiement des dépenses admissibles est établi par la Compagnie en fonction du barème de prix de la province de résidence du participant pour les soins infirmiers privés.

Services diagnostiques

Les frais de services de laboratoire et de radiographies.

Oxygène

Le coût de l'oxygène sur autorisation écrite du médecin traitant.

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES

Cette garantie couvre les frais admissibles engagés par vous ou vos personnes à charge, pour les frais usuels et nécessaires d'un point de vue médical et recommandés par un médecin. La Compagnie remboursera les frais usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante sous réserve de la franchise, le pourcentage de remboursement ou des maximums spécifiés au Sommaire des garanties. Les services doivent être rendus par un fournisseur approuvé par la Compagnie. Les montants maximums s'appliquent à chacun des assurés.

Frais admissibles

Soins dentaires à la suite d'un accident

Les frais de soins dentaires requis quand les dents naturelles ont été endommagées par suite d'un coup direct et accidentel à la bouche ou à la mâchoire. Les soins doivent être rendus ou approuvés aux fins de paiement par la Compagnie dans les six mois suivant l'accident. Les prestations sont versées jusqu'à concurrence des frais du guide de l'année courante des honoraires des dentistes généralistes de l'Association dentaire de la province de résidence du participant.

Appareils pour diabétiques

Sur autorisation écrite du médecin traitant, les frais d'achat des articles suivants, servant au traitement et au contrôle du diabète : injecteur d'insuline à pression, glucomètre, ou tout autre appareil semblable approuvé par la Compagnie, sous réserve du remboursement global spécifié au Sommaire des garanties.

Fournitures pour personnes stomisées

Le coût des fournitures essentielles pour personnes stomisées sur autorisation écrite du médecin traitant.

Aides orthophoniques

Le coût d'aides orthophoniques, recommandées par un orthophoniste agréé et par le médecin traitant, destinées à une personne n'ayant pas une capacité normale de communication verbale, sous réserve du remboursement maximal spécifié au Sommaire des garanties.

Services paramédicaux

Les frais de traitements, incluant les radiographies, à l'exception de ceux dispensés dans un hôpital, donnés par un professionnel licencié. Le maximum payable par professionnel admissible est spécifié au Sommaire des garanties.

Prothèses

Les frais de fournitures et d'appareils correctifs suivants, sur autorisation du médecin traitant. Le maximum payable est spécifié au Sommaire des garanties.

- membres artificiels,
- prothèses mammaires (incluant les réparations et ajustements),
- prothèses oculaires,
- soutien-gorge chirurgicaux, et
- béquilles, cannes, attelles, plâtres, bandages herniaires et appareils de soutien.

Le coût de remplacement de ces articles ne sera admissible qu'en raison d'un changement pathologique ou physiologique. Les réparations et les ajustements des prothèses sont couverts sous réserve du remboursement maximal spécifié au Sommaire des garanties (sauf indication contraire).

Les prothèses capillaires, lorsque la perte des cheveux est causée par une pathologie sous-jacente ou à son traitement (c'est-à-dire chimiothérapie), jusqu'à concurrence d'un maximum spécifié au Sommaire des garanties. Les prothèses capillaires, le traitement de remplacement et les autres traitements pour la perte physiologique des cheveux ne sont pas admissibles (c'est-à-dire la calvitie de type masculin).

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES

Fournitures et services médicaux

Les frais des fournitures et appareils médicaux suivants, lorsque prescrits par un médecin. Le remboursement maximum est spécifié au Sommaire des garanties :

- bas prothèse pour membre restant,
- les frais de location (ou d'achat, avec l'approbation de Croix Bleue Medavie) d'un fauteuil roulant ou d'un lit d'hôpital,
- neurostimulateur transcutané (TENS) ;
- matériel pour l'administration d'oxygène ;
- pompe à insuline, et
- une pompe pour le traitement du lymphœdème de même que les manchons s'y rapportant.

Une fois que l'achat de l'équipement original est approuvé, la location ou l'achat (si approuvé) de toute autre pièce d'équipement similaire sera limité à une fois par période de 5 années civiles consécutives. Toutes les fournitures et équipement médical admissibles ne figurent pas sur la liste ci-dessus. Veuillez communiquer avec notre centre d'appels pour plus d'information et connaître les exigences en vue d'une demande de règlement.

Vêtements de compression

Les frais d'achat de vêtements de compression sur autorisation écrite du médecin traitant. Le remboursement maximum est spécifié au Sommaire des garanties.

Soins de la vue

Verres, montures et verres de contact à la suite d'une chirurgie de la cataracte

Les frais de verres, de montures ou de verres de contact, lorsque médicalement nécessaires et sur autorisation écrite du médecin traitant, à la suite d'une chirurgie de la cataracte. Le remboursement maximum est spécifié au Sommaire des garanties.

Lentilles intraoculaires à la suite d'une chirurgie de la cataracte

Les frais de lentilles intraoculaires, lorsque médicalement nécessaires et sur autorisation écrite du médecin traitant, à la suite d'une chirurgie de la cataracte, sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties.

Limitation

Pour l'application de la présente garantie, tous les participants sont considérés comme étant couverts en vertu des lois sur l'assurance-hospitalisation et sur l'assurance-maladie de la province de résidence du participant au Canada.

Fin de la protection

La garantie Santé complémentaires prend fin à la cessation d'emploi, la retraite ou à l'âge indiqué au Sommaires des garanties. La protection des personnes à charge prend fin à la date à laquelle votre protection prend fin ou à la date à laquelle elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge, selon la première échéance.

GARANTIE MÉDICAMENTS

Cette garantie couvre les frais de médicaments admissibles tels que définis par la Compagnie et sous réserve de la franchise, de la quote-part ou du maximum indiqués au Sommaire des garanties. Les montants maximums s'appliquent à chacun des assurés.

Une autorisation préalable peut être requise pour certains médicaments afin d'assurer leur admissibilité au paiement, tel qu'indiqué par la Compagnie.

Les médicaments doivent être dispensés par un fournisseur approuvé par la Compagnie.

Lorsqu'un médicament interchangeable a été prescrit, la Compagnie adhère à la législation de chacune des provinces.

Les frais admissibles sont réputés être engagés le jour où les soins sont rendus ou les produits fournis.

Frais admissibles

Le régime rembourse les frais pour les médicaments qui requièrent une ordonnance en vertu de la loi, qui sont approuvés par la Compagnie et prescrits par un médecin ou un dentiste, sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties. Seront aussi pris en considération, certains médicaments prescrits par d'autres professionnels de la santé lorsque la législation provinciale applicable permet à ce professionnel de prescrire ces médicaments.

Dispositions applicables aux résidents du Québec

Les frais admissibles de médicaments et produits, tels qu'inscrits sur la liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et fournis par un pharmacien sur l'ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste, sont couverts. Ces frais de médicaments doivent être engagés au Canada.

Certains de ces médicaments ne sont toutefois couverts que dans les cas, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminés par règlement.

Fin de la protection

La garantie Médicaments prend fin à la cessation d'emploi, la retraite ou à l'âge indiqué au Sommaires des garanties. La protection des personnes à charge admissibles prend fin à la date à laquelle votre protection prend fin ou à la date à laquelle elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge, selon la première échéance.

GARANTIE SOINS DENTAIRES

Cette garantie couvre les frais admissibles engagés par vous et vos personnes à charge pour des services dentaires recommandés par un dentiste et dispensés par :

- un dentiste
- un hygiéniste dentaire sous la surveillance d'un dentiste, ou
- un denturologiste

sous réserve de la franchise (s'il y a lieu), des pourcentages de remboursement et des maximums indiqués au Sommaire des garanties. Les montants maximums s'appliquent à chacun des assurés.

Les prestations sont basées sur les frais usuels et coutumiers, jusqu'à concurrence des frais du Guide des tarifs des dentistes généralistes indiqués au Sommaire des garanties en vigueur dans la province de résidence de l'adhérent.

Frais admissibles

Les frais suivants sont remboursés, en tenant compte du pourcentage de remboursement et du maximum spécifié au Sommaire des garanties.

SOINS DE BASE – SOINS ROUTINES – REMBOURSEMENT 80 %

Soins diagnostiques

- examen complet, une fois par période de 24 mois consécutifs
- examen de rappel, une fois par période de six mois consécutifs
- pellicule inter-proximale, une par période de six mois consécutifs
- radiographie série complète ou radiographie panoramique, une par période de 24 mois consécutifs
- test, analyse et procédures de laboratoire

Soins préventifs

- polissage, une fois par période de six mois consécutifs
- traitement au fluorure, une fois par période de six mois consécutifs
- détartrage et / ou surfaçage radiculaire, maximum de huit unités* par année civile
- instructions d'hygiène buccale / contrôle de la plaque, une fois à vie
- scellants de puits et fissures (pour les enfants à charge de moins de 21 ans)
- appareils de maintien d'espace (pour les enfants à charge de moins de 18 ans)

Restauration

- obturations en amalgame (en métal) et à caractère esthétique (en composite)

Soins chirurgicaux

- ablation de dents
- anesthésie générale et sédation intraveineuse dans le cadre d'une chirurgie buccale

* Une unité de temps est égale à 15 minutes de service.

GARANTIE SOINS DENTAIRES

SOINS DE BASE – AUTRES SERVICES – REMBOURSEMENT 50 %

Endodontie

- traitement de canal

Parodontie

- équilibrage de l'occlusion
- appareils parodontaux (bruxisme), un par période de deux années civiles consécutives
- chirurgie parodontaire (greffes)

Soins Prosthodontie

- ajustements et réparations de prothèses amovibles
- regarnissage ou rebasage d'une prothèse, une fois par période de deux années civiles consécutives
- mise en condition tissulaire

Soins chirurgicaux

- ablation de racines résiduelles
- déplacement chirurgical d'une dent
- ablation de tumeurs et de kystes bénins

Soins généraux

- anesthésie général pas en même temps que la chirurgie

SOINS DE RESTAURATION MAJEURE

Restauration majeure

- incrustations
- couronnes
-

Prosthodontie

- prothèses amovibles complètes ou partielles
- ponts fixes

Le remplacement de prothèses n'est pas couvert à moins qu'elles datent d'au moins cinq (5) ans et ne puissent être réparées. De plus, le remplacement de prothèses dentaires perdues, égarées ou volées n'est pas couvert.

Note : Les codes reliés aux implants comme les couronnes sur implants ou les prothèses amovibles sur implants sont exclus.

SOINS ORTHODONTIE

Les frais qui suivent sont admissibles si les soins orthodontiques sont inclus au sommaire des garanties.

- dossiers des diagnostics
- appareils amovibles et fixes (arcs dentaires)
- observations et ajustements

GARANTIE SOINS DENTAIRES

Exclusions et limites de la garantie soins dentaires

La garantie Soins dentaires ne couvre pas les éléments suivants :

1. Le jumelage pour des raisons de parodontie, lorsqu'on utilise à cette fin des couronnes ou des incrustations, avec ou sans recouvrement de cuspides.
2. Les facettes à des fins esthétiques.
3. Les soins donnés à la suite d'un accident sont exclus de la présente garantie
4. Les soins donnés par un hygiéniste dentaire qui ne sont pas administrés sous la surveillance d'un dentiste.
5. Tout traitement ou appareil, directement ou indirectement relié à la restauration complète de la bouche, dans le but de corriger la dimension verticale.

Frais de laboratoire

Le remboursement des frais de laboratoire se limite aux frais de laboratoire raisonnables et habituels de tels services. Toutefois, le remboursement total des frais admissibles de laboratoire ne doit en aucun cas dépasser 60 % des frais suggérés dans le guide des tarifs approprié pour le traitement dentaire spécifique.

Évaluation préalable des prestations

Si le coût du traitement prévu dépasse 500 \$, demandez à votre dentiste de remplir la section « pré-évaluation » du formulaire de demande de règlement, et faites-le parvenir à la Compagnie avant le début du traitement. Vous connaîtrez ainsi à l'avance le montant exact du remboursement. Si vous changez de dentiste en cours de traitement, vous devez soumettre une nouvelle évaluation à la Compagnie.

Fin de la protection

La garantie Soins dentaires prend fin à la cessation d'emploi, la retraite ou à l'âge indiqué au Sommaires des garanties. La protection des personnes à charge prend fin à la date à laquelle votre protection prend fin (sauf en cas de décès) ou à la date à laquelle elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge, selon la première échéance.

EXCLUSIONS GÉNÉRALES ET LIMITES RELATIVES AUX GARANTIES SANTÉ COMPLÉMENTAIRES ET SOINS DENTAIRES

Les frais relatifs aux éléments suivants ne sont pas remboursés par le régime :

1. Les examens médicaux ou les bilans généraux de routine requis par un tiers.
2. Les soins facultatifs obtenus à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré.
3. Les frais qui n'auraient pas normalement été facturés si l'assuré n'était pas couvert en vertu du régime.
4. Tous produits ou services qui ne sont pas mentionnés dans le présent régime.
5. Les médicaments qui ne sont pas permis par les lois fédérales ou provinciales.
6. Les frais d'admission ou les surcharges qu'impose un hôpital pour un non résident.
7. Les soins rendus par un professionnel de la santé non autorisé.
8. Les frais pour rendez-vous manqués ou pour faire remplir des formulaires.
9. Les frais d'évaluation d'un programme de soins de santé.
10. Tout service et soins de santé qui ne sont pas donnés par un fournisseur approuvé.
11. Les soins de convalescence, de garde ou de réadaptation, à moins d'indications contraires.
12. Les soins donnés pour des conditions qui ne sont pas nuisibles pour la santé.
13. Les soins qui ne sont pas médicalement nécessaires, qui sont rendus à des fins esthétiques ou qui excèdent les soins réguliers donnés conformément aux pratiques thérapeutiques courantes.
14. Les soins ou services que l'assuré reçoit ou est en droit de recevoir de la Commission des accidents du travail.
15. Les frais de kilométrage ou de livraison.
16. Les blessures et les maladies subies par l'assuré ayant participé activement aux activités suivantes ou qui s'y rattachent : un affrontement public, une émeute, une insurrection ou les blessures et les maladies subies durant une guerre.
17. Les blessures subies durant la perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel.
18. Les produits ou services de nature expérimentale ou exploratrice.
19. Les produits ou services qui ne sont pas médicalement nécessaires ou dont l'efficacité n'est pas démontrée.
20. Les services dont le gouvernement interdit le paiement.
21. Les services fournis sans frais ou normalement payés directement ou indirectement par l'employeur.
22. Les soins ou services pour lesquels l'adhérent ou ses personnes à charge reçoivent ou sont en droit de recevoir des indemnités d'un régime gouvernemental, de tout autre régime ou de toute autre façon provenant d'une entente.
23. Les soins requis à la suite de dommages corporels que l'assuré s'est infligés intentionnellement, ou d'une tentative de suicide, qu'il soit sain d'esprit ou non.

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX GARANTIES SANTÉ COMPLÉMENTAIRES ET SOINS DENTAIRES

Coordination des prestations

Si des prestations similaires sont prévues dans plus d'une section des garanties de soins de santé, toute demande de règlement sera évaluée de façon à offrir la prestation la plus avantageuse.

Si vous êtes admissible à des protections semblables en vertu d'un autre régime d'assurance collective, le montant payable en vertu du présent régime sera coordonné aux autres régimes d'assurance et ne pourra dépasser 100 % des dépenses admissibles. Lorsque les deux conjoints d'une famille détiennent une couverture en raison du régime de leur employeur, le premier payeur de chacune des demandes de règlement des conjoints correspondra à celui de leur régime respectif. Tout montant qui n'est pas payé par le premier payeur peut alors être soumis à des fins de considération au régime d'assurance du conjoint (le second payeur).

Les demandes de règlement pour les enfants à charge doivent d'abord être soumises au régime d'assurance du conjoint dont la date de naissance est le plus tôt dans l'année, et par la suite au régime de l'autre conjoint. Lorsque vous soumettez une demande de règlement à un second payeur, veuillez-vous assurer d'inclure les détails de paiement provenant du premier payeur.

Le paiement des prestations sera coordonné avec tout autre régime ou contrat, conformément aux directives de l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes (ACCAP).

Traitements de rechange

Lorsqu'un traitement de rechange existe, la Compagnie, en consultation avec ses conseillers en soins de santé, se réserve le droit d'effectuer le paiement pour les services ou produits admissibles de rechange à un coût moindre, lorsque le service ou produit s'avère approprié et conforme à la bonne gestion en soins de santé.

Droit de transformation

Si votre emploi prend fin, vous pouvez transformer votre régime en un régime individuel de soins de santé et de soins dentaires établi par la Croix Bleue à condition que la demande soit faite dans les 31 jours suivant la date de la cessation d'emploi. En cas de votre décès, ce droit de transformation est aussi offert au conjoint survivant et aux personnes à charge.

Prestations aux survivants

Advenant votre décès, les personnes à charge admissibles demeurent couvertes en vertu des garanties de soins de santé et de soins dentaires sans avoir à payer de primes. Ces protections prendront toutefois fin à la première des éventualités suivantes :

- la date à laquelle le contrat prend fin ;
- douze (12) mois après le décès de l'adhérent ;
- la date de prise d'effet d'une assurance semblable auprès d'un autre assureur ;
- le moment où les personnes à charge cessent d'être admissibles.

COMPTE DE DÉPENSES POUR SOINS DE SANTÉ

En vertu d'un compte de dépenses pour soins de santé (CDSS), vous avez droit à un montant prédéterminé de crédits de CDSS. Ces crédits sont destinés à payer les frais médicaux et dentaires qui ne sont pas couverts par votre régime médical et dentaire ou par votre régime provincial. Les crédits de CDSS peuvent également servir à compléter les avantages existants. Parmi les frais qui ne sont pas couverts, on trouve les coûts excédant les montants maximaux payables du régime, les franchises, la coassurance et toute autre partie d'une demande de règlement qui n'est pas automatiquement payée. Le montant de votre CDSS n'est pas imposé comme un revenu, sauf au Québec où il est nécessaire de payer l'impôt sur le revenu du Québec.

À propos du compte de dépenses pour soins de santé

L'année d'assurance de votre compte de dépenses pour soins de santé est du le 1er janvier au le 31 décembre. Vos crédits de CDSS peuvent être utilisés pour rembourser les dépenses engagées au cours de l'année ou peuvent être reportés au compte de l'année suivante. Si les crédits de CDSS sont reportés à l'année suivante, un délai de grâce de 60 jours sera accordé au cours duquel tous les crédits de l'année précédente doivent être épuisés. Si ces crédits ne sont pas épuisés, ils seront perdus. L'Agence du revenu du Canada ne permet pas le paiement des soldes inutilisés en espèces imposables comme solution de rechange aux exigences en matière de roulement. En outre, si vous quittez votre emploi actuel ou que votre groupe met fin à la couverture accordée par Croix Bleue Medavie, vous aurez une période de 60 jours pour réclamer votre solde avant que vous ne perdiez vos crédits.

Frais médicaux admissibles (ne se limitent pas aux frais suivants)

Un compte de dépenses pour soins de santé est un moyen visant à donner aux employés plus de flexibilité au sein du régime et une façon de rémunérer un employé en dollars libres d'impôt. Les frais admissibles en vertu du compte de dépenses pour soins de santé sont fondés sur la *Loi de l'impôt sur le revenu* de l'Agence du revenu du Canada et diffèrent des frais admissibles qui sont couverts par votre régime collectif. Voici un aperçu général de plusieurs frais jugés admissibles au crédit d'impôt pour frais médicaux en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* du Canada. Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur les frais remboursables, vous pouvez consulter le Guide d'impôt général ou l'Agence du revenu du Canada à l'adresse Internet suivante : <http://www.cra-arc.gc.ca>. Croix Bleue Medavie recommande que vous communiquiez avec l'Agence du revenu du Canada afin que cette dernière apporte des précisions concernant l'admissibilité de tout service ou produit pour lequel vous êtes incertain. De plus, Croix Bleue Medavie n'a pas la responsabilité de vous informer des modifications apportées aux dispositions de l'Agence du revenu du Canada ci-après.

A - Services professionnels

1. Acupuncteur
2. Audiologistes
3. Pédicures
4. Chiropraticiens
5. Praticiens de la Science chrétienne
6. Dentistes

COMPTE DE DÉPENSES POUR SOINS DE SANTÉ

A - Services professionnels (suite)

7. Hygiénistes dentaires
8. Prothésistes dentaires
9. Dermatologues
10. Diététistes
11. Naturopathes
12. Opticiens
13. Optométristes
14. Ostéopathes
15. Physiothérapeutes
16. Plasticiens
17. Podiatres
18. Infirmiers auxiliaires (services médicaux seulement);
19. Psychiatres
20. Psychologues
21. Infirmiers immatriculés
22. Orthophonistes

Selon les lignes directrices de l'Agence du revenu du Canada, d'autres praticiens peuvent être considérés comme des fournisseurs admissibles. Dans tous les cas, les praticiens doivent être reconnus par la loi applicable de la province dans laquelle les services sont rendus.

B - Examens et tests de laboratoire

1. Analyses sanguines
2. Cardiographes
3. Tests du métabolisme
4. Tests du liquide vertébral
5. Examens des selles
6. Examens des urines
7. Radiographies

C - Services dentaires

1. Radiographies
2. Services de prévention
3. Endodonties
4. Périodonties
5. Services de restauration
6. Chirurgies buccales
7. Services d'orthodontie

D - Services hospitaliers

1. Hospitalisation
2. Divers services hospitaliers

COMPTE DE DÉPENSES POUR SOINS DE SANTÉ

E - Membres artificiels, prothèses et autres dispositifs et équipements

1. Un membre artificiel
2. Un poumon d'acier
3. Un lit berceur pour les personnes atteintes de poliomyélite
4. Un fauteuil roulant
5. Des béquilles
6. Un corset dorsal
7. Un appareil orthopédique pour un membre
8. Un tampon d'iléostomie ou de colostomie
9. Un bandage herniaire
10. Un œil artificiel
11. Un appareil de prothèse vocale
12. Un appareil de prothèse auditive
13. Un rein artificiel

F - Produits ou services nécessitant une ordonnance

1. Une perruque faite sur mesure pour quelqu'un qui a subi une perte anormale de cheveux en raison d'une maladie, d'un traitement médical ou d'un accident.
2. Une aiguille ou seringue devant servir à donner une injection.
3. Un dispositif ou équipement conçu pour l'usage du particulier ayant une maladie respiratoire chronique grave ou des troubles chroniques graves du système immunitaire, à l'exclusion d'un appareil de climatisation, d'un humidificateur, d'un déshumidificateur, d'un échangeur thermique, d'un échangeur d'air et d'une thermopompe.
4. Un dispositif ou un équipement destiné à stimuler ou à régulariser le cœur d'une personne atteinte d'une maladie cardiaque.
5. Une chaussure orthopédique ou une garniture intérieure de chaussure faite sur mesure pour aider une personne à surmonter une infirmité.
6. Un siège transporteur électrique monté sur rail pour escaliers.
7. Un dispositif ou équipement mécanique destiné à aider à monter dans une baignoire ou à en descendre, à entrer dans une douche ou à en sortir, ou à monter sur la cuvette (toilettes) ou à en descendre.
8. Un lit d'hôpital, y compris les accessoires de ce lit.
9. Tout dispositif conçu à l'intention du particulier à mobilité réduite pour l'aider à marcher.
10. Une prothèse mammaire externe requise par suite d'une mastectomie.
11. Un téléimprimeur ou tout dispositif semblable, y compris un indicateur de sonnerie de poste téléphonique, qui permet à un particulier qui est sourd ou muet de faire des appels téléphoniques et d'en recevoir.
12. Un lecteur optique ou un dispositif semblable conçu pour permettre à un particulier qui est aveugle de lire un texte imprimé.
13. Un appareil élévateur ou tout équipement de transport mécanique conçu pour permettre à un particulier handicapé d'accéder aux différentes parties d'un bâtiment ou de monter à bord d'un véhicule ou d'y placer son fauteuil roulant.
14. Un dispositif conçu exclusivement pour permettre à un particulier à mobilité réduite de conduire un véhicule.

COMPTE DE DÉPENSES POUR SOINS DE SANTÉ

F - Produits ou services nécessitant une ordonnance (suite)

15. Un dispositif ou équipement, y compris un système de parole synthétique, une imprimante en braille et un dispositif de grossissement des caractères sur écran, conçu exclusivement pour permettre à un particulier qui est aveugle de faire fonctionner un ordinateur.
16. Un synthétiseur de parole électronique qui permet à un particulier qui est muet de communiquer à l'aide d'un clavier portatif.
17. Un décodeur de signaux de télévision spéciaux par lequel le scénario d'une émission est affiché.
18. Un dispositif de signalisation visuelle ou vibratoire, y compris une alarme-incendie visuelle, destiné à un particulier ayant une déficience auditive.
19. Un dispositif conçu pour être attaché à un bébé sujet, d'après un diagnostic, au syndrome de mort subite du nourrisson, qui déclenche un signal d'alarme dès que le bébé cesse de respirer.
20. Une pompe à perfusion, y compris le matériel connexe jetable, utilisé pour le traitement du diabète ou un dispositif conçu pour permettre à un particulier qui a le diabète de mesurer son taux de glycémie.
21. Un système électronique ou informatisé de contrôle de l'environnement conçu exclusivement pour l'usage d'un particulier dont la mobilité est limitée de façon grave et prolongée.
22. Des bas élastiques ou un dispositif de compression des membres conçus exclusivement pour diminuer les tuméfactions causées par le lymphœdème chronique.
23. Un stimulateur électromagnétique de l'ostéogenèse utilisé pour le traitement des fractures non consolidées ou la reconstitution osseuse.

G - Soins de la vue

1. Le coût des lunettes (y compris les montures et les verres) ou les verres de contact lorsqu'ils sont prescrits par un oculiste, un ophtalmologiste ou un optométriste.
2. Le coût de la chirurgie au laser lorsqu'elle est pratiquée par un médecin.

H - Médicaments et autres préparations ou substances

1. Les médicaments ou autres préparations ou substances prescrits par un médecin ou un dentiste et dont l'ordonnance est enregistrée par un pharmacien autorisé.
2. Les pilules contraceptives prescrites par un médecin et enregistrées par un pharmacien.
3. Le coût de l'insuline ou des médicaments ordonnés à la place de l'insuline et lorsque la personne diabétique doit être soumise à des analyses de glycémie à l'aide de papiers de tournesol ou de comprimés et qu'un médecin a recommandé ce procédé.
4. L'extrait hépatique injectable pour le traitement de l'anémie pernicieuse.
5. Les vitamines B₁₂ pour le traitement de l'anémie pernicieuse.

I - Traitements médicaux

1. Transfusion sanguine
2. Diathermie
3. Traitements aux électrochocs
4. Services de guérison
5. Hydrothérapie

COMPTE DE DÉPENSES POUR SOINS DE SANTÉ

I - Traitements médicaux (suite)

6. Injections
7. Traitements d'insuline
8. Soins infirmiers
9. Traitements prénatals et postnatals
10. Curiethérapie

J - Frais divers

1. Les coûts des couches de tissu, des sous-vêtements jetables, des cathéters, des plateaux à cathéters, des tubes ou des autres produits qu'utilise une personne faisant de l'incontinence en raison d'une maladie, d'une blessure ou d'une infirmité.
2. Les sommes versées pour l'achat ou la location d'une tente à oxygène ou de toute autre pièce d'équipement nécessaire à l'administration d'oxygène.
3. Les coûts de l'acquisition, des soins et de l'entretien d'un animal (y compris la nourriture et les soins vétérinaires). Ces coûts doivent être payés pour un patient qui est aveugle, ou atteint d'une surdité complète ou d'une déficience grave et prolongée qui limite de façon marquée l'usage des bras ou des jambes. L'animal doit avoir été spécifiquement dressé pour aider le patient à surmonter sa déficience et doit avoir été obtenu auprès d'une personne ou d'un organisme dont l'une des principales fonctions est le dressage d'animaux à cette fin.
4. Les dépenses raisonnables, y compris les frais judiciaires et les primes d'assurance, qu'un patient qui requiert une transplantation de la moelle épinière ou d'un organe paie pour la recherche d'un donneur compatible. Les frais raisonnables de déplacement, de pension et de logement qui sont payés pour le donneur et la personne qui l'accompagne ainsi que pour le receveur et la personne qui l'accompagne.
5. Les frais raisonnables relatifs à des rénovations ou à des transformations apportées à l'habitation d'un particulier. Ces frais doivent avoir été payés pour permettre au particulier d'avoir accès à l'habitation ou de se déplacer à l'intérieur et d'y être plus autonome.
6. Les frais raisonnables engagés relativement à des programmes de rééducation conçus pour pallier la perte de l'ouïe ou de la parole, y compris les cours de lecture labiale ou de langage gestuel.

K - Frais non admissibles

1. Moyens de contraception vendus sans ordonnance
2. Perruques, à moins qu'elles ne soient faites sur mesure pour quelqu'un qui a subi une perte anormale de cheveux en raison d'une maladie, d'un traitement médical ou d'un accident
3. Vêtements de maternité
4. Adhésion à un club athlétique
5. Pâte dentifrice
6. Balances pour peser la nourriture
7. Les funérailles, les incinérations ou les enterrements, les concessions, les monuments funéraires et les mausolées
8. Opérations et traitements illégaux ou les médicaments obtenus illégalement
9. Les paiements versés à une municipalité lorsque cette dernière emploie un médecin pour offrir des services médicaux aux résidents
10. Les frais médicaux pour lesquels vous êtes remboursé ou avez droit au remboursement

ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE BASE

Numéro de police BSC 9026202A Division 1, 3, 5
La compagnie d'assurance **AIG** du Canada

Pourquoi avez-vous besoin d'une assurance en cas d'accident?

Une blessure grave ou un décès par suite d'un accident peut avoir d'énormes conséquences. Un accident grave peut vous empêcher de faire face à vos obligations financières et suite à votre décès, votre conjoint peut être dans l'impossibilité de défrayer le coût des soins dont vos êtres chers peuvent avoir besoin.

Votre employeur vous offre une assurance en cas d'accident, émise par la Compagnie D'Assurance **AIG** du Canada. La police prévoit une prestation globale pour alléger le fardeau financier et assurer que les besoins de votre famille sont satisfaits, si vous perdez la vie, ou des « prestations du vivant », dans le cas où un accident couvert entraîne une paralysie, la perte ou la perte de l'usage d'un membre, de la vue, de la parole ou de l'ouïe.

Mode de fonctionnement

Vous êtes automatiquement assuré à un montant égal au montant de votre couverture d'assurance vie.

Voici ce que vous obtenez

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

Acceptation garantie — L'assurance est accordée sans égard à vos antécédents médicaux.

Protection dans le monde entier, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 — Votre assurance vous couvre 24 heures sur 24, au travail, à la maison ou durant vos loisirs, partout dans le monde.

Définitions

Par « **Personne assurée** », on entend vous, si vous êtes un employé salarié Titulaire de police, âgé de moins de 72 ans.

Par « **Conjoint** », on entend une personne légalement mariée à vous ou la personne désignée par vous comme votre conjoint et avec qui vous cohabitez en permanence depuis au moins 1 an, la période précitée n'étant pas applicable si un enfant est issu de l'union. Le conjoint est celui désigné sur la demande d'adhésion et il demeure couvert par la suite, sauf s'il y a dissolution du mariage par divorce ou annulation ou si, en raison de l'échec de votre union, vous et votre conjoint de fait vivez séparément durant une période d'au moins quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs.

Par « **Enfant à charge** », on entend un enfant de sang (légitime ou non), un enfant adopté ou un enfant d'un autre lit de l'Employé assuré ou tout enfant pour qui l'Employé assuré tient le rôle de parent, à condition que :

- (a) l'enfant soit âgé de moins de vingt-et-un (23) ans, qu'il soit célibataire et dépende de l'Employé assuré pour son soutien et sa subsistance et qu'il n'exerce pas d'emploi rémunéré de plus de vingt-cinq (25) heures par semaine au moment de la Perte;

ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE BASE

Définitions (suite)

- (b) l'enfant soit âgé de moins de vingt-six (26) ans, qu'il soit célibataire, qu'il fréquente à pleins temps à titre d'étudiant dûment inscrit, une école secondaire, un collège ou une université et qu'il dépende de l'Employé assuré pour son maintien et sa subsistance et qu'il n'exerce pas d'emploi rémunéré de plus de vingt-cinq (25) heures par semaine au moment de la Perte; ou
- (c) l'enfant ne puisse pas, pour des raisons d'infirmité mentale ou physique, exercer un emploi qui lui permet de subvenir à ses besoins et qu'il soit considéré comme un Enfant à charge de l'Employé assuré au sens de la Loi de l'impôt sur le revenu du Canada.

Par « **Établissement d'enseignement supérieur** », on entend, aux présentes, sans s'y limiter, une université, un collège d'enseignement postsecondaire ou une école de métiers et tout collège d'enseignement général et professionnel (CÉGEP).

Désignation de bénéficiaire

En cas de décès accidentel, les indemnités seront payables au bénéficiaire désigné ou à la succession si aucun bénéficiaire n'est désigné.

Tous les autres bénéfices seront payables à la personne assurée.

Prestations et garanties

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

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

Tableau des pertes

Perte de la vie	Le capital assuré
Perte des deux mains ou des deux pieds.....	Le capital assuré
Perte de la vue complète des deux yeux.....	Le capital assuré
Perte d'une main et d'un pied.....	Le capital assuré
Perte d'une main et de la vue complète d'un œil.....	Le capital assuré
Perte d'un pied et de la vue complète d'un œil.....	Le capital assuré
Perte d'un bras ou d'une jambe	Quatre cinquièmes du capital assuré
Perte d'une main ou d'un pied.....	Trois quarts du capital assuré
Perte de la vue complète d'un œil.....	Trois quarts du capital assuré
Perte du pouce et de l'index de la même main	Un tiers du capital assuré
Perte de la parole et de l'ouïe	Le capital assuré
Perte de la parole ou de l'ouïe	Trois quarts du capital assuré
Perte de l'ouïe d'une oreille.....	Deux tiers du capital assuré
Perte de quatre doigts d'une main.....	Un tiers du capital assuré
Perte de tous les orteils d'un pied	Un quart du capital assuré

Perte de l'usage

Perte de l'usage des deux bras ou des deux mains	Le capital assuré
Perte de l'usage d'une main ou d'un pied.....	Trois quarts du capital assuré
Perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe	Quatre cinquièmes du capital assuré

ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE BASE

Paralysie

Quadriplégie (paralysie totale des deux membres supérieurs et des deux membres inférieurs).....	Deux fois le capital assuré jusqu'à concurrence d'un million de dollars
Paraplégie (paralysie totale des deux membres inférieurs)	Deux fois le capital assuré jusqu'à concurrence d'un million de dollars
Hémiplégie (paralysie totale d'un membre supérieur et d'un membre inférieur du même côté du corps)	Deux fois le capital assuré jusqu'à concurrence d'un million de dollars

Si vous subissez plus d'une perte par suite d'un même accident, une seule prestation sera versée, soit la plus élevée.

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

Prestation pour réadaptation

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

Prestation pour aménagement de la résidence ou d'un véhicule

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

Prestation pour modification et adaptation de l'espace de travail

Versement d'une prestation allant jusqu'à 5 000 \$, si vous subissez une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime et laquelle exige l'utilisation d'un équipement spécial adapté ou la modification de l'espace de travail afin de vous permettre un retour au travail à plein temps auprès du Titulaire de police.

Prestation pour thérapie psychologique

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

Prestation pour hospitalisation

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

Prestation pour transport de la famille

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

Prestation de rapatriement

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

Prestation pour identification du corps

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

Prestation pour port de la ceinture de sécurité

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

Prestation pour frais de garderie

Versement d'une prestation allant jusqu'à 5 % du capital assuré, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année, pour les frais de garderie afférents à chaque enfant à charge de moins de 13 ans qui est inscrit dans une garderie au moment où vous êtes victimes de décès par accident couvert ou le devient dans les 90 jours suivants. La prestation est payable jusqu'à concurrence de quatre années consécutives.

Prestation pour études d'un enfant à charge

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

ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE BASE

Prestation pour études du conjoint

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

Prestation pour frais funéraires

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

Prestations pour les personnes en deuil

Versement d'une prestation allant jusqu'à 1 000 \$, dans le cas où, à la suite de votre décès par accident couvert, vos personnes à charge admissibles ont besoin de counseling dans l'année qui suit l'accident.

Exonération des primes

Si vous devenez totalement invalide et que l'assureur de la police d'assurance-vie collective du Titulaire accepte d'appliquer la clause d'exonération de primes à votre égard, la protection sous cette police est maintenue pour vous sans que les primes soient exigibles. L'exonération de primes prend effet à compter de la date d'expiration du délai de 30 semaines d'invalidité totale, et s'applique jusqu'au premier des événements suivants:

- a) la date où vous atteignez l'âge de 65 ans;
- b) la date de votre décès ou de votre guérison;
- c) la date d'expiration de cette police.

Maintien de la couverture

La présente clause s'applique intégralement, sauf si autrement exigé par toute loi portant sur les normes du travail.

Maladie-Accident (incluant toute invalidité ou accident relevant d'une commission de la santé et de la sécurité du travail ou de la loi sur l'assurance automobile)

Lors d'une absence de votre travail en raison d'un accident ou d'une maladie vous devez demeurer assuré pendant la durée de votre absence. Le Titulaire de police doit verser les primes si vous êtes absent pour cette raison, sous réserve toutefois, des dispositions relatives à l'exonération des primes applicable à certaines garanties.

Mise à pied temporaire

Vous devez demeurer assuré si vous cessez d'être au travail en raison d'une mise à pied temporaire. Le Titulaire de police doit verser les primes si vous êtes absent pour cette raison. L'assurance ne peut pas être maintenue en vigueur au-delà de 12 mois de la date du début de cette absence.

Congédiement

Lorsque vous êtes est congédié et que vous contestez votre congédiement par voie de grief ou de recours à l'arbitrage au sens du code du travail ou de toute autre législation au même effet dont notamment la Loi sur les normes du travail, la protection est prolongée jusqu'à ce que la décision soit rendue par l'arbitrage ou le tribunal sous réserve du paiement des primes et des dispositions de la présente police.

Suspension

Lorsque vous êtes suspendu, la protection est prolongée sous réserve du paiement des primes et des dispositions de la présente police.

Congé autorisé non payé

Lorsque vous cessez d'être au travail actif à plein temps en raison d'un congé autorisé, vous pouvez demeurer assuré, avec paiement de primes, pour une période de 70 semaines suivant la date du début de votre congé. Le choix du maintien ou du non-maintien de la couverture doit être fait par vous au début de votre absence et il est irrévocable.

Congé de maternité - congé parental – retrait préventif en vertu d'une commission de la santé et de la sécurité du travail

Lorsque vous vous absentez du travail par suite de congé de maternité, de congé parental ou d'un congé préventif, l'assurance en vertu de toutes les garanties peut être maintenue en vigueur pendant une période de 70 semaines. Le choix du maintien ou du non-maintien de la couverture doit être fait par l'Employé assuré au début de l'absence et il est irrévocable.

Grève ou lock-out

À moins d'une entente écrite au préalable entre le Titulaire de police et la Compagnie, votre assurance, si vous cessez d'être au travail à la suite d'une grève ou d'un lock-out est maintenue pour toute la durée de l'événement, sous réserve du paiement des primes.

Droit de transformation

Si vous quittez votre emploi pour quelque raison que ce soit, vous avez 90 jours pour transformer votre assurance en vertu du régime en une police d'assurance individuelle qui prévoit une couverture comparable et un montant d'assurance qui ne doit pas dépasser le capital assuré, selon les taux alors en vigueur pour les polices d'assurance individuelles.

Exclusions

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

- (a) le suicide commis ou toute tentative de suicide commise par vous, si vous êtes sains d'esprit;
- (b) des blessures que vous vous infligez intentionnellement ou toute tentative en ce sens, que vous soyez sains d'esprit ou non;
- (c) la guerre, déclarée ou non, ou tout acte de guerre;
- (d) une maladie, une affection ou une infirmité corporelle, directement ou indirectement, à l'origine de la perte ou de la demande de règlement;
- (e) une incapacité mentale, directement ou indirectement, à l'origine de la perte ou de la demande de règlement;
- (f) une blessure subie pendant que vous recevez un traitement médical ou chirurgical pour soigner une maladie, une affection ou une infirmité corporelle ou mentale;
- (g) un accident ou un événement vasculaire cérébral, un accident ou un événement cardiovasculaire, un infarctus du myocarde ou une crise cardiaque, une thrombose coronaire, un anévrisme;
- (h) un voyage ou un vol à bord d'un appareil (y compris à l'embarquement ou au débarquement et en y montant ou en descendant) utilisé pour la navigation aérienne, si vous :
 - i. êtes passagers dans un aéronef non destiné au transport de passagers ou ne détenant pas de permis à cet effet; ou

Exclusions (suite)

- ii. exécutez, apprenez à exécuter ou enseignez à exécuter des manœuvres en tant que pilotes ou membres de l'équipage de tout aéronef; ou
 - iii. êtes passagers d'un aéronef qui appartient au Titulaire de police ou qui est loué par ce dernier.
- (i) une infection, quelle qu'elle soit, peu importe la façon dont elle a été contractée, à l'exception d'infections bactériennes causées directement par le botulisme, l'intoxication alimentaire ou une coupure ou une blessure accidentelles indépendantes et en l'absence de toute autre maladie, affection ou condition sous-jacentes, y compris mais sans s'y limiter, le diabète;
- (j) une blessure que vous subissez pendant que vous êtes au service actif à plein temps des forces armées ou des forces de réserve organisées d'un pays ou d'une autorité internationale quelconques. (Sur demande du Titulaire de police, la Compagnie remboursera toute prime non acquise se rapportant à une période pendant laquelle vous êtes en service actif à temps plein);
- (k) une blessure que vous subissez pendant que vous êtes sous l'effet de substances intoxicantes et que vous conduisez un véhicule ou tout autre moyen de transport ou de déplacement et que le taux d'alcoolémie soit de plus de 80 milligrammes par 100 millilitres de sang;
- (l) une blessure que vous subissez pendant que vous êtes sous l'effet de drogues ou de substances désignées, selon la définition figurant dans la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (Canada) à moins que leur prise soit strictement conforme aux conseils et à l'ordonnance d'un médecin autorisé;
- (m) la perpétration ou toute tentative de perpétration d'un acte par vous ou une blessure subie par vous durant la perpétration ou toute tentative de perpétration d'un tel acte qui, s'il fait l'objet d'un jugement du tribunal, serait un acte illégal aux termes des lois de la juridiction où l'acte a été commis; et
- (n) un acte, toute tentative de perpétrer un acte, ou une omission commise par vous, ou un acte, toute tentative de perpétrer un acte ou une omission commise avec votre consentement dans le but d'interrompre le flux sanguin vers votre cerveau ou de causer l'asphyxie, qu'il y ait ou non intention de nuire; et
- (o) les causes naturelles.

Limite globale par accident

Le montant maximal que paiera la Compagnie pour deux employés assurés ou plus qui subissent une blessure par suite d'un seul accident est le montant correspondant à la limite globale par accident indiqué dans la police. Si les prestations totales que la Compagnie aurait à payer dépassent la limite globale par accident, chaque employé assuré recevra sa part proportionnelle du montant de la limite globale par accident versée par la Compagnie.

Date d'entrée en vigueur

Votre assurance entre en vigueur la date à laquelle vous répondez à la définition d'un « employé assuré ».

ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE BASE

Date de résiliation

L'assurance prend fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date de résiliation de la police,
- 2) la date d'échéance de la prime en cas de non-paiement d'une prime échue,
- 3) la date à laquelle vous ne répondez plus à la définition d'un « employé assuré » ou
- 4) le premier jour du mois suivant la date à laquelle vous ne faites plus partie d'une catégorie d'employés admissibles comme il est indiqué dans la police.

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

Dans le présent document, l'emploi générique du masculin englobe le féminin.

PROGRAMME FACULTATIF D'ASSURANCE EN CAS DE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLE

Numéro de police PAI9026203 La compagnie d'assurance **AIG du Canada**

Chaque jour, les médias font état d'accidents tragiques survenus au travail, en pleine activité de loisir, sur la route et même là où l'on s'y attend le moins : à la maison.

Derrière ces événements se cachent cependant des tragédies humaines et financières qui imposent un fardeau énorme à la famille des victimes. Bien que la perte d'un être cher soit irréparable, il est possible, grâce à l'assurance, de minimiser les conséquences économiques d'un accident affligeant les membres de votre famille.

C'est pourquoi nous vous invitons à considérer très sérieusement notre régime d'assurance en cas d'accident, afin que vous et votre famille puissiez obtenir une protection complète pour une modique somme mensuelle.

ÉTENDUE DE LA PROTECTION

L'Employé et les membres de la famille assurés sont assurés 24 heures sur 24, 365 jours par année contre des accidents. L'assurance couvre entre autres les accidents qui se produisent au travail ou à la maison, en conduisant une automobile, en voyageant à titre de passager à bord d'un avion, d'un train (sous réserve des restrictions expliquées ci-après), d'une auto ou de tout autre moyen de transport public ou privé. Les prestations prévues aux termes de cette assurance sont payables en sus des prestations procurées par tout autre régime en vigueur au moment de l'accident. Aucune restriction géographique ne s'applique à cette protection qui est valide partout dans le monde.

ADMISSIBILITÉ

Catégorie I : Tous les Employés salariés du Titulaire de police travaillant à plein temps et à temps partiel, âgés de moins de 72 ans.

Catégorie II : Tous les Employés de la catégorie I ainsi que leur conjoint et leurs enfants à charge admissibles.

Par "**Conjoint**" on entend :

- a) le mari ou la femme, ou
- b) une personne du même sexe ou de sexe opposé qui habite avec l'Employé assuré immédiatement avant le décès de ce dernier et qui est publiquement reconnu comme le mari ou la femme de l'Employé assuré.

PROTECTIONS DISPONIBLES

Catégorie I : Montant minimum de 10 000 \$ jusqu'à un maximum de 500 000 \$ par tranche de 10 000 \$.

Catégorie II : Montant minimum de 10 000 \$ jusqu'à un maximum de 500 000 \$ par tranche de 10 000 \$. Votre conjoint et vos enfants à charge seront automatiquement assurés pour les pourcentages suivants de votre Capital assuré : a) Si vous n'avez pas d'enfants à charge, votre conjoint bénéficie d'une assurance équivalente à 60% de votre Capital assuré. b) Si vous avez des enfants à charge, votre conjoint bénéficie d'une assurance correspondant à 50% de votre Capital assuré et chacun de vos enfants, bénéficie individuellement d'une assurance équivalente à 15% de votre propre assurance. c) Si vous n'avez pas de conjoint, chacun de vos enfants à charge est automatiquement assuré à raison de 20% de votre Capital assuré.

PROGRAMME FACULTATIF D'ASSURANCE EN CAS DE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLE

INDEMNITÉS

Lorsqu'une blessure entraîne l'une des pertes ci-après dans les 365 jours qui suivent l'accident, la Compagnie s'engage à verser les prestations suivantes :

Perte de:

Perte de la vie	Le Capital assuré
Perte des deux mains	Le Capital assuré
Perte des deux pieds	Le Capital assuré
Perte de la vue complète des deux yeux.....	Le Capital assuré
Perte d'une main et d'un pied.....	Le Capital assuré
Perte d'une main et de la vue complète d'un œil.....	Le Capital assuré
Perte d'un pied et de la vue complète d'un œil.....	Le Capital assuré
Perte d'un bras	Trois-quart du Capital assuré
Perte d'une jambe.....	Trois-quart du Capital assuré
Perte d'une main.....	Deux-tiers du Capital assuré
Perte d'un pied.....	Deux-tiers du Capital assuré
Perte de la vue complète d'un œil.....	Deux-tiers du Capital assuré
Perte du pouce et de l'index de la même main	Un tiers du Capital assuré
Perte de la parole et de l'ouïe	Le Capital assuré
Perte de la parole ou de l'ouïe	Deux-tiers du Capital assuré
Perte de l'ouïe d'une oreille.....	Un sixième du Capital assuré
Quadriplégie (paralysie totale des deux membres supérieurs et des deux membres inférieurs)	Deux fois le Capital assuré
Paraplégie (paralysie totale des deux membres inférieurs).....	Deux fois le Capital assuré
Hémiplégie (paralysie totale d'un membre supérieur et d'un membre inférieur du même côté du corps)	Deux fois le Capital assuré
Perte de l'usage des deux bras ou des deux mains	Le Capital assuré
Perte de l'usage d'une main ou d'un pied.....	Deux-tiers du Capital assuré
Perte de quatre doigts d'une main.....	Trois-quart du Capital assuré
Perte de tous les orteils d'un pied	Un huitième du Capital assuré

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

En cas de décès accidentel, les indemnités seront payables au bénéficiaire désigné ou à la succession si aucun bénéficiaire n'est désigné. Tous les autres bénéfices (incluant les bénéfices payables pour des pertes subies par les personnes à charge assurées) seront payables à l'Employé assuré.

INDEMNITÉ DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE RÉÉDUCATION DE L'ASSURÉ

Lorsqu'à la suite des blessures subies par une Personne assurée, la Compagnie procède au versement des indemnités prévues au "Tableau des indemnités", elle paiera en plus :

des frais réels, raisonnables et nécessaires encourus jusqu'à une limite de 10 000 \$ pour la participation à un entraînement spécial de la Personne assurée pourvu :

- a) que cet entraînement soit nécessaire suite aux blessures subies afin que la Personne assurée puisse se qualifier pour exercer une profession pour laquelle il n'aurait pas été embauché, n'eût été de ces blessures;
- b) que les dépenses soient encourues dans les trois années suivant la date de l'accident;
- c) qu'aucun paiement ne soit versé pour les frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

PROGRAMME FACULTATIF D'ASSURANCE EN CAS DE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLE

INDEMNITÉ DE RAPATRIEMENT

Lorsque des blessures indemnisées par cette police entraînent la perte de la vie de la Personne assurée à l'extérieur de 50 km de son lieu de résidence permanent et dans les 365 jours suivant la date de l'accident, la Compagnie prend à sa charge les frais réels engagés pour préparer et ramener le corps du défunt au lieu de résidence de la personne décédée jusqu'à concurrence de 10 000 \$.

EXONÉRATION DE PRIMES

Si, en vertu de la police d'assurance vie collective du Titulaire de police, la Personne assurée est acceptée et approuvée aux fins d'exonération des primes en raison d'une invalidité totale et permanente, à compter de la date d'effet de l'exonération des primes prévue par l'assurance collective, le Titulaire de police est exonéré des primes payables en vertu du présent contrat pour la Personne assurée en question jusqu'à ce que l'une des éventualités suivantes se produise :

- (a) la date à laquelle la Personne assurée a 65 ans;
- (b) la date du décès de la Personne assurée ou la date à laquelle elle n'est plus atteinte d'invalidité;
- (c) la date d'expiration de cette police.

INDEMNITÉ POUR DÉCÈS SIMULTANÉS

Si la Catégorie II - Couverture familiale est choisie pour couvrir à la fois l'employé et le conjoint et les deux meurent suite aux blessures subies durant un même accident et dans les 90 jours suivant la date de l'accident, le Capital assuré payable pour la perte de la vie de l'époux sera augmenté au montant égal payable pour la perte de la vie de l'Employé.

OPTION DE TRANSFORMATION

À la date de fin d'emploi d'un Employé assuré ou durant la période de 60 jours qui suit la fin de son emploi, l'Employé peut décider de transformer son assurance en vertu du présent contrat en une police d'assurance individuelle de la compagnie d'assurances American Home, qui offre une couverture comparable. Une telle police d'assurance individuelle entrera en vigueur à la date de réception de la demande de l'Employé par la Compagnie d'assurance ou à la date à laquelle la couverture en vertu du présent contrat prend fin, selon la dernière en date de ces éventualités. La prime correspond à celle qui est établie pour les polices d'assurance individuelle de la Compagnie d'Assurance American Home à cette date. Les demandes de police d'assurance individuelle peuvent être faites à n'importe quel bureau de la Compagnie. Le montant d'assurance fournie par la nouvelle police ne doit pas dépasser le Capital assuré de l'Employé assuré à la date de la fin de son emploi auprès de l'Employeur.

PROGRAMME FACULTATIF D'ASSURANCE EN CAS DE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLE

FRAIS DE GARDERIE

Si, une prestation devient payable pour la perte accidentelle de la vie d'un Employé assuré ou d'un conjoint assuré qui, à la date de l'accident, avait assuré ses enfants à charge, la Compagnie s'engage à verser le moindre des montants suivants :

- a) les frais réels de garde annuels exigés par une garderie, ou
- b) 3% du capital assuré, ou
- c) 5 000 \$ par année.

Pour être admissible, l'enfant à charge doit être âgé de moins de 13 ans et être inscrit à une garderie dûment autorisée au moment de l'accident ou dans les 90 jours qui suivent.

Les prestations sont payables annuellement pour une période maximale de 4 années consécutives pourvu que l'enfant à charge continue d'être inscrit à une garderie autorisée

CEINTURE DE SÉCURITÉ

Les prestations aux Personnes assurées prévues sont majorées de 10% lorsque la blessure ou le décès de la Personne assurée survient alors qu'elle se trouvait à bord d'une automobile privée, soit à titre de conducteur ou de passager, et qu'elle portait sa ceinture de sécurité. Le port effectif de la ceinture doit être attesté dans le rapport officiel de l'accident ou certifié par l'agent enquêteur.

TRANSPORT D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE IMMÉDIATE

Lorsque des blessures indemnisées par cette police entraînent la Personne assurée à être confinée, dans les 365 jours suivant la date de l'accident, à un hôpital situé à plus de 100 km de son lieu de résidence habituel et que le médecin traitant recommande la présence d'un membre de la famille immédiate, la présente garantie rembourse les frais réels de déplacement engagés par le membre de la famille immédiate pour se rendre au chevet de la Personne assurée par le trajet le plus direct et un transporteur courant dûment certifié, sous réserve d'un maximum de 10 000 \$.

"Famille immédiate" de la Personne assurée signifie le conjoint (ou conjoint de fait) parents, grands-parents, enfants âgés de plus de dix-huit ans, frères et sœurs.

EXPOSITION ET DISPARITION

Si, à la suite d'un accident, une Personne assurée est inévitablement exposée aux éléments et que, par suite de cette exposition, elle subit une perte donnant normalement droit à une prestation, cette perte est couverte conformément aux stipulations de la police.

Si le corps d'une Personne assurée n'est pas retrouvé dans l'année qui suit la disparition, l'atterrissage d'urgence, l'échouement, le naufrage ou la destruction du moyen de transport dans lequel elle voyageait au moment de l'accident, il est présumé qu'elle a perdu la vie par suite d'une blessure corporelle à cette date, sous réserve de toutes les autres conditions et dispositions de la police.

PROGRAMME FACULTATIF D'ASSURANCE EN CAS DE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLE

PROLONGATION DE L'ASSURANCE

Dans le cas où des employés du Titulaire de police sont absents du travail en raison d'une; 1) mise à pied temporaire; 2) d'une invalidité de courte durée; 3) en congé autorisé, ou 4) en congé de maternité, leur protection est prolongée de 12 mois, sous réserve du paiement des primes.

Si l'Employé du Titulaire de police occupe d'autres fonctions rémunérées pendant cette période d'absence du travail, il n'a droit à aucune prestation à l'égard de toute perte subie dans l'exercice de ses autres fonctions.

PROLONGATION DE L'ASSURANCE FAMILIALE

En cas de décès de l'Employé assuré, la couverture du conjoint ou d'un enfant à charge assuré peut être prolongée pendant 6 mois, sous réserve du paiement des primes.

AUGMENTATION DE L'ASSURANCE POUR ENFANT

Sauf pour la perte de la vie, le Capital assuré en vertu des indemnités en cas de perte accidentelle de la police double s'il s'agit d'un enfant à charge assuré.

Le montant maximum payable n'excéderait pas 100 000 \$.

Cette garantie est nulle si la perte de la vie survient dans les 90 jours de l'accident.

INDEMNITÉ D'ÉDUCATION

Lorsque des prestations sont payables pour la perte accidentelle de la vie de la Personne assurée du Titulaire de police, la Compagnie s'engage :

1. à verser pour chaque enfant à charge qui, au moment de l'accident, était inscrit à plein temps dans un Établissement d'enseignement supérieur au-dessus du niveau de la 12^{ème} année d'études :
 - (a) frais de scolarité annuels courants, à l'exclusion des frais de chambre et d'admission, exigés pour une année scolaire par l'établissement concerné; ou
 - (b) 5 000 dollars par année scolaire, ou
 - (c) 5% du Capital assuré de l'Employé.

Cette prestation est payable annuellement pour une période maximale de quatre (4) années consécutives pourvu que l'enfant à charge continue d'être inscrit à plein temps dans un Établissement d'enseignement supérieur.

Par "**Enfant à charge**", on entend un enfant célibataire de moins de 26 ans qui dépend de l'Employé assuré pour au moins 50% de son soutien et de sa subsistance.

"**Établissement d'enseignement supérieur**", comprend mais ne se limite pas à toute université, collège privé ou école de métiers.

2. Une prestation additionnelle, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ peut également être versée au conjoint, dans les 30 mois suivant la date du décès de l'Employé assuré pour couvrir les frais d'inscription à tout programme de formation professionnelle ou dans un métier spécialisé auquel le conjoint s'inscrit pour le but d'obtenir une source de soutien et de subsistance indépendante.

PROGRAMME FACULTATIF D'ASSURANCE EN CAS DE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLE

ADAPTATION DE LA RÉSIDENCE ET DU VÉHICULE

Si, par suite d'une blessure donnant droit à des prestations en vertu du Tableau des indemnités, la Personne assurée a besoin d'un fauteuil roulant pour ses déplacements, les prestations paieront, sous présentation d'une preuve de paiement :

- A) en une seule fois, les frais de travaux d'aménagement pour permettre l'accès d'un fauteuil roulant à sa résidence principale et;
- B) en une seule fois, les frais pour les modifications apportées à un véhicule automobile pour son usage personnel, en conformité avec les règlements d'immatriculation, le cas échéant.

Cette prestation ne sera versée que si:

- 1) les modifications apportées à la résidence sont effectuées par une ou des personnes ayant l'expérience de telles modifications et elles sont recommandées par un organisme reconnu fournissant aide et support aux personnes en fauteuil roulant; et
- 2) les modifications apportées au véhicule sont effectuées par une ou des personnes ayant l'expérience de telles modifications et elles sont approuvées par les autorités provinciales ayant compétence en matière de véhicules automobiles.

L'indemnité maximale payable aux termes des paragraphes a) et b) combinés est de 10 000 \$ par accident.

AUGMENTATION DE L'ASSURANCE POUR ENFANT

Sauf pour la perte de la vie, le capital assuré en vertu des prestations en cas de perte accidentelle de la police double s'il s'agit d'un Enfant à charge assuré jusqu'à concurrence d'un maximum de 100 000 \$.

Cette garantie est nulle si la perte de la vie survient dans les 90 jours de l'accident.

PROTECTIONS DISPONIBLES

Vous pouvez choisir une assurance individuelle ou familiale selon les formules décrites ci-dessous:

Protection Individuelle, Régime I

Vous pouvez sélectionner un montant d'assurance de : 10 000 \$ jusqu'à concurrence d'un maximum de 500 000 \$ par tranche de 10 000 \$.

Protection familiale, Régime II

Vous pouvez sélectionner un montant d'assurance jusqu'à concurrence d'un maximum de 500 000 \$ par tranche de 10 000 \$.

PROGRAMME FACULTATIF D'ASSURANCE EN CAS DE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLE

BÉNÉFICE CHOISI ET COÛT

Vous pouvez choisir un Capital assuré de 10 000 \$ à 500 000 \$. Votre prime sera retirée directement de votre paie. La prime mensuelle pour chaque 10 000 \$ du Capital assuré est comme suit :

Capital Assuré	Régime I PRIME MENSUELLE Protection Individuelle	Régime II PRIME MENSUELLE Protection familiale
10,000.00 \$	0.18 \$	0.25 \$
20,000.00	0.36	0.50
30,000.00	0.54	0.75
40,000.00	0.72	1.00
50,000.00	0.90	1.25
75,000.00	1.35	1.88
100,000.00	1.80	2.50
150,000.00	2.70	3.75
200,000.00	3.60	5.00
250,000.00	4.50	6.25
300,000.00	5.40	7.50
350,000.00	6.30	8.75
400,000.00	7.20	10.00
450,000.00	8.10	11.25
500,000.00	9.00	12.50

MISE EN VIGUEUR

Votre protection prend effet le premier jour du mois suivant la réception de votre application par le Service des avantages sociaux du Titulaire de police.

EXCLUSIONS

- Lorsque vous voyagez à bord d'un avion à titre de pilote ou de membre de l'équipage;
- En cas de suicide, d'autodestruction ou de toute tentative en ce sens;
- En cas de perte subie lors d'une guerre, qu'elle soit déclarée ou non;
- Service dans l'armée de terre, de mer et de l'air de n'importe quel pays;
- Lorsque vous voyagez à bord d'un avion dont le Titulaire de police est propriétaire ou loué par ce dernier;

La présente brochure vous donne un résumé des principales caractéristiques du programme d'assurance accidents émis par la compagnie d'assurances AIG du Canada.

11.5.15/cl

RÉGIME COLLECTIF D'ASSURANCE ACCIDENT EN VOYAGE D'AFFAIRES

**Administré par la compagnie d'assurance AIG du Canada
Numéro de police GTP 9026204**

ÉTENDUE DE LA COUVERTURE

Le plan bénéficie d'une couverture 24 heures sur 24, en cas d'accidents lors des voyages d'affaires pour le Titulaire de la police. Ce plan n'est pas en vigueur lorsque vous voyagez de ou vers votre lieu de travail, pendant vos jours de congés ou pendant vos vacances.

MONTANT DE LA COUVERTURE

Montant égal à deux fois le salaire annuel, arrondi à la tranche supérieure de 1000 \$ (si le montant n'est pas déjà un multiple de 1 000\$) jusqu'à concurrence de 1 000,000 \$.

FIN DE L'ASSURANCE

L'assurance prend fin à la première des dates suivantes ; lorsque l'employé assuré atteint l'âge de 72 ans ou à la retraite.

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

En cas de décès accidentel, les prestations seront payables au bénéficiaire que vous avez désigné par écrit sous le régime d'assurance mort et mutilation par accident de votre employeur. En l'absence d'une désignation par écrit, la prestation sera versée à votre succession.

EXCLUSIONS

- le suicide commis ou toute tentative de suicide commise par vous, si vous êtes sains d'esprit ou blessures que vous vous infligez intentionnellement ou toute tentative en ce sens, que vous soyez sains d'esprit ou non
- Voyage à bord d'un avion à titre de pilote ou de membre d'équipage;
- Guerre, déclarée ou non, ou tout acte de guerre;
- Service actif et à plein temps au sein des forces armées de tout pays;
- Lorsque voyageant dans un aéronef appartenant ou loué par le Titulaire de la police.

RETOUR À LA SANTÉ – PRESTATIONS D'ASSURANCE-INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE (ICD) DES EMPLOYÉS

Administré par Le Groupe Williamson



Division 001, 003, 005 – Les employés salariés permanent à temps plein et à temps partiel

Tout employé peut demander des prestations du programme ICD s'il est totalement invalide par suite d'une maladie ou d'une blessure non liée au travail.

Période d'admissibilité : Pour être admissible aux prestations pour ICD, tout employé doit être absent de son travail durant 5 jours. L'employé doit fournir une confirmation provenant d'un médecin traitant attestant qu'il a été totalement invalide et qu'il a consulté ce médecin pendant la période d'admissibilité de 5 jours. Les prestations sont payables à partir du 6^e jour de maladie ou d'hospitalisation ou à partir du 1^{er} jour en cas de blessure. En aucun cas, le paiement ne sera approuvé avant la date de la première visite au médecin traitant.

Période maximale de la prestation : 6 mois

Vos prestations d'invalidité de courte durée se termineront selon la première des dates suivantes:

- si vous retournez au travail
- si votre période de prestation maximale est atteinte
- si votre emploi se termine ou si vous êtes en retraite anticipée, si vous n'êtes plus admissible aux prestations ou si la police est terminée, selon la première de ces éventualités.

Montant de la prestation : Le montant des prestations représente un pourcentage de votre revenu fixe basé sur votre dernière période de travail effectif, et se calcule comme suit :

Le montant de la prestation est calculé de la façon suivante :

- Moins de 5 ans de service 70 % de vos gains hebdomadaires habituels
- Plus de 5 ans de service 100 % de vos gains hebdomadaires habituels

Les prestations ne sont versées que pour les jours où vous êtes totalement invalide. Si vous êtes totalement invalide une partie de la semaine, vous recevrez 1/5 de la prestation hebdomadaire.

Les prestations pour ICD sont imposables.

RETOUR À LA SANTÉ – PRESTATIONS D'ASSURANCE-INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE (ICD) DES EMPLOYÉS

Définition de l'invalidité :

Tout employé admissible pourra recevoir des prestations pour invalidité de courte durée (ICD) en remplacement du revenu perdu si une maladie ou une blessure non liée au travail ne lui permet pas d'accomplir la plupart des tâches essentielles de son emploi. Les prestations commenceront après la fin du délai d'attente et se poursuivront jusqu'à la fin de période d'admissibilité.

Si vous n'avez pas consulté un médecin avant la fin du délai d'attente, les prestations ne seront payables qu'à partir de la date où vous aurez consulté votre médecin traitant.

Les périodes entrecoupées d'invalidité totale sont considérées comme étant une seule période d'invalidité, si l'employé retourne au travail pendant une période de moins :

1. De trente (30) jours civils, si l'invalidité totale est attribuable à la même cause ou à une cause connexe.
2. D'une journée, si l'invalidité totale est attribuable à une cause tout à fait différente.

Dans de tels cas, il n'y a pas lieu d'appliquer une autre période d'admissibilité. Le montant versé à l'employé sera identique à celui de la période initiale d'invalidité totale et la période combinée d'indemnisation ne dépassera pas 30 semaines.

Preuve de sinistre :

Un formulaire de Déclaration du médecin traitant (DMT) fourni par le service des ressources humaines doit être rempli par un médecin pour une absence de plus de 6 jours. Les renseignements médicaux fournis doivent confirmer médicalement l'invalidité totale.

Prestations de réadaptation :

Il arrive que certains employés ne répondent plus aux critères d'« invalidité totale » ou que leurs tâches doivent être modifiées afin qu'ils puissent effectuer un retour au travail anticipé. Il est habituellement possible de répondre à ces exigences grâce à des programmes de retour progressif au travail, de conditionnement au travail ou en imposant des limites ou des restrictions aux exigences du poste. Le programme de réadaptation comporte une entente de modification du travail (qui prévoit une réduction temporaire des heures ou des activités de travail) pour une personne invalide qui n'est pas totalement guérie, mais qui peut quand même travailler. Afin d'être admissible à un programme de réadaptation, un employé doit :

- être incapable d'accomplir la majorité des tâches essentielles de son propre emploi ou d'un emploi similaire;
- être capable d'effectuer un travail productif et utile.

De plus, la période de travail modifié prévue doit être progressive et aider l'employé à acquérir les capacités nécessaires pour effectuer un travail régulier à temps plein, et ne doit pas durer plus de 8 semaines (12 semaines au maximum pour des cas particuliers ou un retour de l'invalidité de courte ou de longue durée). L'employé doit impérativement participer à toutes les étapes des démarches ou programmes de retour au travail et de réadaptation.

Lorsque l'employé participe à un programme, il recevra son salaire de base pour toutes les heures travaillées chez Parmalat Canada Inc. Les heures non travaillées qui sont considérées comme faisant partie des prestations d'invalidité de courte durée (ICD) restantes seront payées en vertu de ce programme.

RETOUR À LA SANTÉ – PRESTATIONS D'ASSURANCE-INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE (ICD) DES EMPLOYÉS

Exclusions et limites :

Aucune prestation ne sera payable en cas d'invalidité, maladie, blessure ou accident survenu dans le cadre d'une activité criminelle, peu importe si des poursuites sont engagées contre l'employé ou que l'employé a été inculpé.

De plus, les prestations hebdomadaires ne sont pas payables dans les cas suivants :

1. invalidité pour laquelle l'employé ne présente aucune preuve de sinistre;
2. si l'invalidité est survenue avant que l'employé soit admissible au **PROGRAMME DE RETOUR À LA SANTÉ DU RÉGIME DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE**;
3. toute période d'invalidité au cours de laquelle l'employé n'a pas obtenu un traitement adéquat et les soins appropriés d'un médecin pour la déficience physique ou mentale causant l'invalidité. En cas de traitement par un chiropraticien, des documents médicaux d'un médecin et/ou d'un spécialiste sont requis pour justifier une absence recommandée par un chiropraticien pour une période de 4 semaines;
4. toute période d'invalidité pendant laquelle l'employé refuse de suivre activement un programme de traitement approuvé par un médecin ou un spécialiste;
5. toute période d'invalidité au cours de laquelle l'employé refuse de se soumettre à une EMI;
6. toute période d'invalidité au cours de laquelle l'employé ne suit pas un traitement médical ou ne participe pas à un programme de réadaptation considéré adéquat par le gestionnaire de cas;
7. toute période d'invalidité au cours de laquelle l'employé purge une peine de prison ou est emprisonné dans un établissement similaire;
8. si l'invalidité est causée ou résulte d'une automutilation ou d'une tentative de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non;
9. si l'invalidité est causée ou résulte d'une révolte, d'une guerre (déclarée ou non) ou de l'hostilité des forces armées de tout pays, ou d'une participation à toute émeute ou tout désordre civil;
10. si l'invalidité survient pendant que l'employé est en congé, en grève, en suspension disciplinaire ou en période de mise à pied, tel qu'énoncé dans la section sur les absences. Si l'employé devient totalement invalide pendant une période de mise à pied, de suspension disciplinaire ou de congé autorisé, et que sa protection est maintenue pendant cette période, il sera admissible aux prestations une fois rappelé au travail ou lors de son retour planifié au travail chez Parmalat Canada Inc. Dans le cas d'une maladie, l'employé doit avoir été totalement invalide pendant le délai de carence et être totalement invalide le jour de son rappel ou de son retour planifié au travail à temps plein chez l'employeur. Dans le cas d'un accident, l'employé doit être totalement invalide au jour de son rappel ou de son retour planifié au travail à temps plein. Toutefois, si l'employé devient totalement invalide avant qu'un avis de cessation d'emploi ait été remis, les indemnités seront maintenues pendant la période d'invalidité totale de l'employé, mais ne seront pas maintenues après la période maximale d'indemnisation;
11. l'employé a quitté le Canada durant plus de 4 semaines, quelle que soit la raison de cette absence, sauf si le gestionnaire de cas et l'employeur ont accepté à l'avance par écrit de verser les prestations au cours de cette période;
12. si l'invalidité est attribuable à un abus de drogues ou d'alcool, sauf si l'employé reçoit un traitement sur une base continue d'un médecin autorisé spécialisé dans le traitement des abus de drogues et d'alcool;
13. si l'invalidité est attribuable à n'importe quelle cause pour laquelle l'employé est admissible aux indemnités pour accidents du travail ou à des prestations similaires ou les reçoit;

RETOUR À LA SANTÉ – PRESTATIONS D'ASSURANCE-INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE(ICD) DES EMPLOYÉS

Exclusions et limites : (suite)

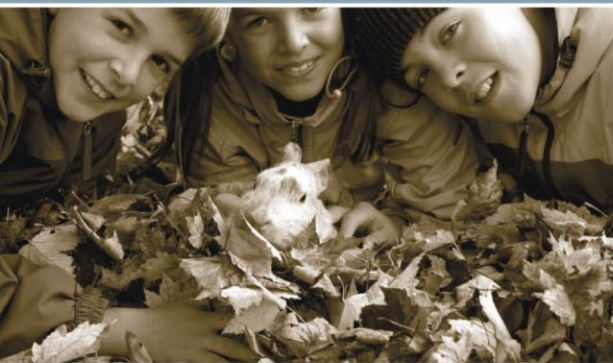
14. si l'invalidité est attribuable à une opération chirurgicale non urgente, esthétique ou expérimentale, sauf s'il s'agit d'un traitement de blessures accidentelles;
15. toute période au cours de laquelle l'employé occupe un autre emploi contre rémunération ou profit;
16. si l'incapacité survient pendant l'une des périodes suivantes :
 - a. congé de maternité pris conformément aux lois provinciales et fédérales ou conformément à un accord mutuel entre l'employée et l'employeur;
 - b. période au cours de laquelle des prestations de maternité au titre du régime d'assurance-emploi sont versées ou devraient être versées si l'employée y était admissible, selon la plus longue de ces périodes.

LE PROGRAMME DE RETOUR À LA SANTÉ DU RÉGIME D'INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE définira la partie du congé de maternité qui est volontaire, ainsi que celle liée à la santé. La partie du congé liée à la santé est la période au cours de laquelle une femme peut établir, documents médicaux à l'appui, que des raisons de santé relatives à l'accouchement ou à son rétablissement de l'accouchement la mettent dans l'incapacité de reprendre le travail. La partie du congé liée à la santé fera l'objet de paiements de prestations pour ICD.

Les prestations seront interrompues :

1. si la documentation médicale qui a été demandée n'a pas été transmise;
2. si des questions ou conditions liées au travail résultant d'une demande de règlement pour accidents du travail ont été approuvées et réglées;
3. si l'employé n'est pas retourné au travail à la date spécifiée et convenue par le médecin traitant;
4. s'il existe des opinions, des diagnostics ou des pronostics contradictoires qui ne sont pas résolus par une EMI menée par un médecin spécialisé dans le domaine médical spécifique applicable à la déficience physique ou mentale de l'employé.

Vous pouvez obtenir des formulaires de demande d'invalidité de courte durée auprès du service des ressources humaines.



 **CROIX BLEUE**^{MC}
MEDAVIE