

Ball Packaging Products Canada Corp.

Numéro de l'exposé de régime : G0085252

Numéros des polices d'assurance collective : G0037952, G0038215, G0085237

Régime A1 : Salariés non horaires actifs

Nom du salarié : _____

Numéro de certificat : _____

Bienvenue à votre régime d'avantages sociaux

Date d'effet de l'exposé de régime : 1^{er} juin 2009

Date d'effet de la police d'assurance collective : 1^{er} juin 2009

La présente brochure a été conçue expressément pour répondre à vos besoins. Elle vous permet d'accéder facilement à tous les renseignements dont vous avez besoin sur les garanties auxquelles vous avez droit.

Les avantages sociaux sont importants, non seulement en raison de l'aide financière qu'ils vous procurent, mais aussi parce qu'ils apportent à votre famille ainsi qu'à vous-même, une sécurité particulièrement appréciable en cas de besoins imprévus.

L'administrateur de votre régime peut vous renseigner sur vos garanties ou vous indiquer la marche à suivre pour présenter une demande de règlement.

Table des matières

Sommaire des garanties	4
Comment utiliser votre brochure	15
Définition de termes fréquemment utilisés	17
Pourquoi des avantages sociaux?	22
L'administrateur de votre régime.....	22
Demande d'adhésion	22
Modifications	22
Traitement des demandes de règlement	23
Désignation d'un bénéficiaire	23
Comment présenter une demande de règlement	23
Coordination des prestations – Soins médicaux complémentaires et Soins dentaires	23
Qui peut bénéficier de la couverture?	26
Admissibilité	26
Adhésion aux garanties flexibles.....	26
Date d'effet de la couverture	26
Cessation de l'assurance	27
Vos avantages sociaux	28
Assurance-vie du salarié	28
Assurance vie facultative du salarié.....	29
Assurance-vie facultative des personnes à charge	31
Décès et mutilation accidentels.....	32
Assurance Décès et mutilation accidentels facultative du salarié	38
Assurance Décès et mutilation accidentels facultative des personnes à charge	44
Soins médicaux complémentaires	49
Soins dentaires.....	81
Compte de crédits-santé	87
Invalidité de longue durée	87
Invalidité de longue durée facultative.....	93
Notes	99

Sommaire des garanties

Le présent sommaire des garanties fournit des renseignements sur les garanties de votre régime qui sont souscrites auprès de la Financière Manuvie.

Assurance-vie du salarié

Montant d'assurance – 50 000 \$

Âge de cessation – votre assurance prend fin au départ à la retraite

Assurance-vie facultative du salarié

Montant d'assurance

Si l'assurance est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1994 ou après cette date – multiples de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 330 000 \$ (montant minimal de 10 000 \$)

Si l'assurance est entrée en vigueur avant le 1^{er} janvier 1994 – le montant en vigueur avant le 1^{er} janvier 1994

Âge de cessation – votre assurance prend fin à 65 ans ou à votre départ à la retraite, selon la première éventualité.

Assurance-vie facultative des personnes à charge

Montant d'assurance

Conjoint – multiples de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 250 000 \$

Enfant – multiples de 5 000 \$, jusqu'à concurrence de 25 000 \$

Âge de cessation – 65 ans (âge du salarié) ou âge du salarié à son départ à la retraite, s'il est moins élevé

Décès et mutilation accidentels

Montant d'assurance – 25 000 \$

Âge de cessation – votre assurance prend fin au départ à la retraite

Assurance Décès et mutilation accidentels facultative du salarié

Montant d'assurance – multiples de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 250 000 \$

Âge de cessation – votre assurance prend fin à 65 ans ou à votre départ à la retraite, selon la première éventualité.

Assurance Décès et mutilation accidentels facultative des personnes à charge

Montant d'assurance

Conjoint – multiples de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 250 000 \$

Enfant – multiples de 5 000 \$, jusqu'à concurrence de 25 000 \$

Âge de cessation – 65 ans (âge du salarié) ou âge du salarié à son départ à la retraite, s'il est moins élevé

Soins médicaux complémentaires

La garantie

Vous pouvez renoncer à l'assurance ou choisir l'Option 2 ou l'Option 3.

Option 2

Prestation maximale globale

1 000 000 \$ la vie durant. Chaque 1^{er} janvier, la prestation maximale globale versée par la Financière Manuvie est rétablie, jusqu'à concurrence de 1 000 \$, et ce, jusqu'à ce que vous atteigniez l'âge de 65 ans. Lorsque le maximum à l'égard d'une personne assurée est inférieur d'au moins 10 000 \$ à la prestation maximale globale, cette personne peut demander le rétablissement à hauteur de la prestation maximale globale si elle fournit à la Financière Manuvie des renseignements qui permettent d'établir de manière satisfaisante qu'elle a recouvré la santé.

Franchise

Individuelle – 50 \$ par année civile

Couple – 100 \$ par année civile

Familiale – 150 \$ par année civile

Ne s'applique pas aux frais suivants :

Soins de la vue

Médicaments

Franchise relative aux médicaments

Individuelle – 50 \$ par année civile

Couple – 100 \$ par année civile

Familiale – 150 \$ par année civile

Maximum des frais d'exécution d'ordonnance – 5,00 \$ par ordonnance

Pourcentage de remboursement

100 % pour les frais suivants :

Soins de la vue

Sommaire des garanties

70 % des frais jusqu'à concurrence de la contribution maximale, et 100 % par la suite à l'égard des frais suivants :

- Soins hospitaliers
- Médicaments
- Services professionnels
- Services et matériel médicaux (sauf les chaussures orthopédiques ne faisant pas partie d'un appareil orthopédique ou d'une attelle)

50 % pour les frais suivants :

- Services et matériel médicaux (chaussures orthopédiques ne faisant pas partie d'un appareil orthopédique ou d'une attelle)

Remarque :

Le pourcentage de remboursement dans le cas d'un traitement médical reçu d'urgence à l'extérieur de la province ou à l'étranger est de 70 %.

Le pourcentage de remboursement dans le cas d'un renvoi à l'étranger pour un traitement qui se donne au Canada est de 70 %.

Le pourcentage de remboursement dans le cas de l'Assistance-voyage en cas d'urgence est de 70 %.

Contribution maximale

Individuelle – 400 \$ par année civile

Couple – 650 \$ par année civile

Familiale – 900 \$ par année civile

Ne s'applique pas aux frais suivants :

- Frais engagés à l'étranger

Âge de cessation – âge du salarié à son départ à la retraite.

Médicaments à tiers payant – Régime 3

Les frais suivants sont couverts s'ils sont engagés pour des médicaments ou des fournitures prescrits par écrit par un médecin ou un dentiste et délivrés par un pharmacien autorisé.

- médicaments qui servent au traitement d'une maladie ou d'une blessure et qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance du médecin ou du dentiste en vertu de la loi
- contraceptifs oraux, stérilets et diaphragmes
- médicaments injectables
- médicaments de soutien vital
- vaccins et médicaments préventifs (par voie orale ou injection)
- vitamines vendues sur ordonnance
- vitamines injectables vendues sans ordonnance
- fournitures pour diabétiques (à l'exclusion des tampons d'ouate, de l'alcool à friction, des injecteurs automatiques à pression et d'autres appareils semblables)

Les frais engagés pour ce qui suit sont exclus :

- administration de médicaments injectables
- médicaments, produits biologiques et préparations similaires qui sont administrés à l'hôpital à un patient hospitalisé ou en consultation externe
- frais de médicaments jugés inadmissibles à la suite du processus de diligence raisonnable

- Maximums relatifs aux frais de médicaments

Médicaments contre la stérilité – 6 000 \$ la vie durant

Tous les autres frais de médicaments couverts – aucun maximum, sous réserve de la prestation maximale globale.

- Règlement des frais de médicaments

Lorsque vous présentez votre carte médicaments à votre pharmacien, celui-ci peut vérifier immédiatement quels médicaments sont couverts par le régime. Lorsque vous présentez votre carte médicaments à tiers payant au moment de l'achat, vous et les personnes à votre charge n'avez pas à payer la totalité du coût des médicaments ou des fournitures prescrits.

La carte est acceptée par les pharmaciens participants qui affichent la vignette ayant trait au programme de médicaments à tiers payant.

Pour obtenir les médicaments ou fournitures couverts qui vous ont été prescrits, vous devez :

- a) présenter votre carte médicaments au pharmacien au moment de l'achat et
- b) acquitter la partie des frais qui n'est pas couverte au titre de la présente garantie.

Vous devrez payer la totalité du coût des médicaments ou des fournitures qui vous ont été prescrits au moment de leur achat :

- si vous ne trouvez pas de pharmacie participante
- si vous n'avez pas votre carte médicaments
- si les médicaments qui vous ont été prescrits ne peuvent être payés avec votre carte médicaments

Pour de plus amples renseignements sur les modalités de remboursement des frais de médicaments que vous avez réglés, veuillez vous adresser à l'administrateur de votre régime.

Soins de la vue

- examens de la vue effectués par un ophtalmologiste ou un optométriste, jusqu'à concurrence de 120 \$ par période de 24 mois
- achat et ajustement de lunettes d'ordonnance ou de lentilles cornéennes au choix, ainsi que les réparations, ou interventions au laser visant à corriger la vue, jusqu'à concurrence de 200 \$ par période de 24 mois

Sommaire des garanties

- si des lentilles cornéennes sont nécessaires au traitement d'une grave affection ou peuvent porter le degré de vision de l'œil le plus puissant à 20/40 dans les cas où des lunettes ne permettent pas un tel résultat, la prestation maximale sera de 200 \$ par période de 24 mois
- cristallins artificiels

Services professionnels

Services offerts par les praticiens diplômés suivants :

- Chiropraticien – 500 \$ par année civile
- Ostéopathe – 500 \$ par année civile
- Podiatre/Chiropodiste – 500 \$ par année civile
- Massothérapeute – 500 \$ par année civile
- Naturopathe – 500 \$ par année civile
- Orthophoniste – 500 \$ par année civile
- Physiothérapeute – 500 \$ par année civile
- Psychologue – 500 \$ par année civile
- Acupuncteur – 500 \$ par année civile
- Praticien de la science chrétienne – 500 \$ par année civile
- Ergothérapeute – 500 \$ par année civile
- Thérapeute du sport – 500 \$ par année civile
- Homéopathe – 500 \$ par année civile

Option 3

Prestation maximale globale

1 000 000 \$ la vie durant. Chaque 1er janvier, la prestation maximale globale versée par la Financière Manuvie est rétablie, jusqu'à concurrence de 1 000 \$, et ce, jusqu'à ce que vous atteigniez l'âge de 65 ans. Lorsque le maximum à l'égard d'une personne assurée est inférieur d'au moins 10 000 \$ à la prestation maximale globale, cette personne peut demander le rétablissement à hauteur de la prestation maximale globale si elle fournit à la Financière Manuvie des renseignements qui permettent d'établir de manière satisfaisante qu'elle a recouvré la santé.

Franchise

Individuelle – 25 \$ par année civile
Couple – 50 \$ par année civile
Familiale – 75 \$ par année civile

Ne s'applique pas aux frais suivants :

Soins de la vue
Médicaments

Franchise relative aux médicaments

Individuelle – 25 \$ par année civile

Couple – 50 \$ par année civile

Familiale – 75 \$ par année civile

Maximum des frais d'exécution d'ordonnance – 5,00 \$ par ordonnance

Pourcentage de remboursement

100 % pour les frais suivants :

Soins de la vue

80 % des frais jusqu'à concurrence de la contribution maximale, et 100 % par la suite à l'égard des frais suivants :

Soins hospitaliers

Médicaments

Services professionnels

Services et matériel médicaux (sauf les chaussures orthopédiques ne faisant pas partie d'un appareil orthopédique ou d'une attelle)

50 % pour les frais suivants :

Services et matériel médicaux (chaussures orthopédiques ne faisant pas partie d'un appareil orthopédique ou d'une attelle)

Remarque :

Le pourcentage de remboursement dans le cas d'un traitement médical reçu d'urgence à l'extérieur de la province ou à l'étranger est de 80 %.

Le pourcentage de remboursement dans le cas d'un renvoi à l'étranger pour un traitement qui se donne au Canada est de 80 %.

Le pourcentage de remboursement dans le cas de l'Assistance-voyage en cas d'urgence est de 80 %.

Contribution maximale

Individuelle – 250 \$ par année civile

Couple – 400 \$ par année civile

Familiale – 550 \$ par année civile

Ne s'applique pas aux frais suivants :

Frais engagés à l'étranger

Âge de cessation – âge du salarié à son départ à la retraite.

Médicaments à tiers payant – Régime 3

Les frais suivants sont couverts s'ils sont engagés pour des médicaments ou des fournitures prescrits par écrit par un médecin ou un dentiste et délivrés par un pharmacien autorisé.

- médicaments qui servent au traitement d'une maladie ou d'une blessure et qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance du médecin ou du dentiste en vertu de la loi
- contraceptifs oraux, stérilets et diaphragmes
- médicaments injectables
- médicaments de soutien vital

Sommaire des garanties

- vaccins et médicaments préventifs (par voie orale ou injection)
- vitamines vendues sur ordonnance
- vitamines injectables vendues sans ordonnance
- fournitures pour diabétiques (à l'exclusion des tampons d'ouate, de l'alcool à friction, des injecteurs automatiques à pression et d'autres appareils semblables)

Les frais engagés pour ce qui suit sont exclus :

- administration de médicaments injectables
- médicaments, produits biologiques et préparations similaires qui sont administrés à l'hôpital à un patient hospitalisé ou en consultation externe
- frais de médicaments jugés inadmissibles à la suite du processus de diligence raisonnable

- Maximums relatifs aux frais de médicaments

Médicaments contre la stérilité – 6 000 \$ la vie durant

Tous les autres frais de médicaments couverts – aucun maximum, sous réserve de la prestation maximale globale

- Règlement des frais de médicaments

Lorsque vous présentez votre carte médicaments à votre pharmacien, celui-ci peut vérifier immédiatement quels médicaments sont couverts par le régime. Lorsque vous présentez votre carte médicaments à tiers payant au moment de l'achat, vous et les personnes à votre charge n'avez pas à payer la totalité du coût des médicaments ou des fournitures prescrits.

La carte est acceptée par les pharmaciens participants qui affichent la vignette ayant trait au programme de médicaments à tiers payant.

Pour obtenir les médicaments ou fournitures couverts qui vous ont été prescrits, vous devez :

- a) présenter votre carte médicaments au pharmacien au moment de l'achat et
- b) acquitter la partie des frais qui n'est pas couverte au titre de la présente garantie.

Vous devrez payer la totalité du coût des médicaments ou des fournitures qui vous ont été prescrits au moment de leur achat :

- si vous ne trouvez pas de pharmacie participante
- si vous n'avez pas votre carte médicaments
- si les médicaments qui vous ont été prescrits ne peuvent être payés avec votre carte médicaments

Pour de plus amples renseignements sur les modalités de remboursement des frais de médicaments que vous avez réglés, veuillez vous adresser à l'administrateur de votre régime.

Soins de la vue

- examens de la vue effectués par un ophtalmologiste ou un optométriste, jusqu'à concurrence de 120 \$ par période de 24 mois
- achat et ajustement de lunettes d'ordonnance ou de lentilles cornéennes au choix, ainsi que les réparations, ou interventions au laser visant à corriger la vue, jusqu'à concurrence de 200 \$ par période de 24 mois
- si des lentilles cornéennes sont nécessaires au traitement d'une grave affection ou peuvent porter le degré de vision de l'œil le plus puissant à 20/40 dans les cas où des lunettes ne permettent pas un tel résultat, la prestation maximale sera de 200 \$ par période de 24 mois
- cristallins artificiels

Services professionnels

Services offerts par les praticiens diplômés suivants :

- Chiropraticien – 750 \$ par année civile
- Ostéopathe – 750 \$ par année civile
- Podiatre/Chiropodiste – 750 \$ par année civile
- Massothérapeute – 750 \$ par année civile
- Naturopathe – 750 \$ par année civile
- Orthophoniste – 750 \$ par année civile
- Physiothérapeute – 750 \$ par année civile
- Psychologue – 750 \$ par année civile
- Acupuncteur – 750 \$ par année civile
- Praticien de la science chrétienne – 750 \$ par année civile
- Ergothérapeute – 750 \$ par année civile
- Thérapeute du sport – 750 \$ par année civile
- Homéopathe – 750 \$ par année civile

Sommaire des garanties

Soins dentaires

La garantie

Vous pouvez renoncer à l'assurance ou choisir l'Option 2 ou l'Option 3.

Option 2

Franchise

Individuelle – 100 \$ par année civile

Couple – 200 \$ par année civile

Familiale – 300 \$ par année civile

Ne s'applique pas aux frais suivants :

Niveaux I, II et V

Guide des tarifs dentaires – guide des tarifs de la province de votre domicile pour le généraliste en vigueur le 1^{er} janvier, 1 an avant le guide des tarifs actuel

Si vous êtes domicilié en Alberta, le guide des tarifs correspond au tarif de l'Alberta Dental Association de 1997 pour le généraliste, accru de l'ajustement inflationniste calculé par la Financière Manuvie.

Pourcentage de remboursement

100 % pour le Niveau I – Services de base

100 % pour le Niveau II – Services complémentaires de base

50 % pour le Niveau III – Prothèses dentaires

50 % pour le Niveau IV – Services de restaurations majeures

50 % pour le Niveau V – Traitements orthodontiques

Plafonds de la garantie

aucun pour le Niveau I et le Niveau II

1 000 \$ par année civile pour l'ensemble du Niveau III et du Niveau IV

1 500 \$ la vie durant pour le Niveau V

Âge de cessation – âge du salarié à son départ à la retraite.

Option 3

Franchise

Individuelle – 50 \$ par année civile

Couple – 100 \$ par année civile

Familiale – 150 \$ par année civile

Ne s'applique pas aux frais suivants :

Niveaux I, II et V

Guide des tarifs dentaires – guide des tarifs de la province de votre domicile pour le généraliste en vigueur le 1^{er} janvier, 1 an avant le guide des tarifs actuel

Si vous êtes domicilié en Alberta, le guide des tarifs correspond au tarif de l'Alberta Dental Association de 1997 pour le généraliste, accru de l'ajustement inflationniste calculé par la Financière Manuvie.

Pourcentage de remboursement

100 % pour le Niveau I – Services de base

100 % pour le Niveau II – Services complémentaires de base

50 % pour le Niveau III – Prothèses dentaires

50 % pour le Niveau IV – Services de restaurations majeures

50 % pour le Niveau V – Traitements orthodontiques

Plafonds de la garantie

aucun pour le Niveau I et le Niveau II

2 000 \$ par année civile pour l'ensemble des Niveau III et Niveau IV

2 000 \$ la vie durant pour le Niveau V

Âge de cessation – âge du salarié à son départ à la retraite.

Invalidité de longue durée

Montant de la garantie – 50 % de la rémunération mensuelle, jusqu'à concurrence de 6 000 \$ pour l'ensemble de la garantie Invalidité de longue durée et de la garantie Invalidité de longue durée facultative faisant partie de la police d'assurance G0038215 de la Financière Manuvie.

Période d'attente – 182 jours

Période maximale d'indemnisation – période prenant fin à 65 ans

Âge de cessation – 65 ans moins la période d'attente, ou âge au départ à la retraite, s'il est moins élevé.

Invalidité de longue durée facultative

Vous pouvez renoncer à l'assurance ou choisir l'Option 1 ou l'Option 2.

Montant de la garantie

Option 1 – 10 % de la rémunération mensuelle, jusqu'à concurrence de 6 000 \$ pour l'ensemble de la garantie Invalidité de longue durée faisant partie de la police d'assurance G0037952 et de la garantie Invalidité de longue durée facultative

Option 2 – 15 % de la rémunération mensuelle, jusqu'à concurrence de 6 000 \$ pour l'ensemble de la garantie Invalidité de longue durée faisant partie de la police d'assurance G0037952 et de la garantie Invalidité de longue durée facultative

Sommaire des garanties

Période d'attente – 182 jours

Période maximale d'indemnisation – période prenant fin à 65 ans.

Âge de cessation – 65 ans moins la période d'attente, ou âge au départ à la retraite, s'il est moins élevé.

Conçue pour répondre à vos besoins

La présente brochure fournit les renseignements dont vous avez besoin sur votre régime d'avantages sociaux et a été conçue expressément pour répondre à VOS besoins. Elle comprend :

- une table des matières détaillée vous permettant de trouver rapidement les renseignements que vous cherchez
- une brève définition de certains termes fréquemment utilisés en assurance dans la présente brochure
- une explication claire et précise de vos avantages sociaux
- les renseignements dont vous avez besoin pour présenter une demande de règlement

Avis important

La présente brochure a pour objectif d'expliquer dans les grandes lignes les garanties auxquelles vous avez droit à titre de salarié de Ball Packaging Products Canada Corp. Les renseignements qu'elle contient ne font que résumer les dispositions de la police pour l'assurance-vie du salarié, l'assurance-vie facultative du salarié, l'assurance-vie facultative des personnes à charge, l'assurance Décès et mutilation accidentels, l'assurance Décès et mutilation accidentels facultative du salarié, l'assurance Décès et mutilation accidentels facultative des personnes à charge, la garantie Soins médicaux complémentaires, la garantie Soins dentaires, l'assurance invalidité de longue durée et l'assurance invalidité de longue durée facultative, et celles de l'exposé de régime pour le Compte de crédits-santé. S'il y avait divergence entre la brochure et la police ou l'exposé de régime (que vous pouvez consulter en vous adressant à votre employeur), la police ou l'exposé de régime aurait préséance.

La brochure, qu'il s'agisse d'une version imprimée ou d'une version électronique, n'est fournie qu'à titre de renseignement, ne confère aucun droit et n'impose aucune obligation.

Le simple fait de posséder cette brochure ne signifie aucunement que vous ou les personnes à votre charge êtes couverts. La police et l'exposé de régime doivent être en vigueur et vous devez répondre à toutes leurs exigences.

Sous réserve de la loi applicable, vous ou toute personne présentant une demande de règlement au titre de la police et/ou de l'exposé de régime, avez le droit de demander une copie des documents suivants :

- la police et/ou l'exposé de régime,
- votre demande d'adhésion au régime,
- toute preuve d'assurabilité que vous avez produite à l'appui de votre demande d'adhésion.

Dans le cas d'une personne présentant une demande de règlement, l'accès aux documents précités est restreint à ce qui est pertinent dans le cadre de la présentation, ou du refus, de cette demande au titre de la police et/ou de l'exposé de régime.

La Financière Manuvie se réserve le droit de vous facturer ces copies après votre première demande.

Comment utiliser votre brochure

Nous vous recommandons de lire attentivement la présente brochure, puis de la conserver en lieu sûr avec tous vos autres documents importants.

Votre carte d'avantages sociaux

Le document le plus important qui puisse être établi à votre nom dans le cadre du régime d'avantages sociaux est votre carte d'avantages sociaux. C'est le seul document qui témoigne de votre participation au régime. Avant qu'on vous admette à l'hôpital ou qu'on vous fournisse des soins dentaires ou médicaux, il se pourrait qu'on exige le numéro de votre police, de votre exposé de régime ou de votre certificat personnel.

Il vous faudra aussi indiquer ces numéros CHAQUE FOIS que vous adresserez des documents à la Financière Manuvie. Pour retrouver plus facilement le numéro de votre certificat, vous pouvez l'inscrire sur la couverture de la présente brochure.

Votre carte d'avantages sociaux constitue un important document. Ayez-la toujours à portée de la main.

Définition de termes fréquemment utilisés en assurance

Nous vous donnons ici une définition de certains termes fréquemment utilisés dans la présente brochure.

Accident commun

Le même accident ou deux accidents différents survenant dans un intervalle de moins de 24 heures.

Autorisation préalable

Mécanisme de gestion des demandes de règlement qui s'applique à une liste définie de médicaments, de fournitures, de soins ou de services pour déterminer leur admissibilité selon des critères cliniques prédéfinis et une évaluation pharmacoéconomique ou une analyse coût-efficacité.

Autorisé, diplômé

La situation d'une personne légalement autorisée à exercer sa profession en vertu d'un permis ou d'un certificat délivré par l'autorité compétente à l'endroit où les services sont fournis.

Contribution maximale

La partie des frais remboursables, comprenant les franchises et la quote-part, que vous devez payer avant que les frais ne soient remboursables à 100 %.

Diligence raisonnable

Processus utilisé par la Financière Manuvie pour évaluer de nouveaux médicaments, les nouvelles indications de médicaments existants, des soins, des services ou des fournitures dans le but de déterminer leur admissibilité au titre du régime. Ce processus s'appuie sur les principes de la pharmacoéconomie, sur les renseignements de référence des analyses coût-efficacité des listes de médicaments fédérales ou provinciales, sur les normes reconnues de pratique clinique ou sur les recommandations des organismes consultatifs.

Distributeurs exclusifs

Fournisseurs approuvés par la Financière Manuvie.

Équivalent moins cher

Si au moins deux médicaments, ou deux types de fournitures, de soins ou de services peuvent donner des résultats semblables sur le plan thérapeutique, ou que les lignes directrices en matière de prescription indiquent que les médicaments, fournitures, soins ou services équivalents doivent être essayés en premier, l'équivalent moins cher sera remboursé

Frais couverts

Frais qui seront pris en considération dans le calcul du paiement exigible au titre de vos garanties Soins médicaux complémentaires et Soins dentaires.

Frais raisonnables et habituels

Le moins élevé des montants suivants :

- le prix courant qui, selon la Financière Manuvie, est demandé pour un service ou un article identique ou comparable dans la région où les frais sont engagés;

Définition de termes fréquemment utilisés en assurance

- le montant figurant dans le barème des honoraires établi par l'association professionnelle pertinente; ou
- le prix maximal fixé par la loi applicable.

Franchise

La partie des frais couverts que vous ou les personnes à votre charge devez assumer avant que des prestations puissent être versées par la Financière Manuvie.

Maximum sans attestation médicale

Montant au-dessus duquel vous devez fournir une attestation médicale satisfaisante à la Financière Manuvie.

Médicament

Produit dont l'usage est approuvé par Santé Canada et auquel est attribué un code d'identification (DIN).

Médicament interchangeable

« Médicament interchangeable » s'entend entre autres de ce qui suit :

- tout produit générique équivalant au médicament de marque qui est jugé interchangeable selon la loi applicable dans la province où l'ordonnance est exécutée;
- un médicament qui contient le même ingrédient actif qui n'a pas été jugé interchangeable dans la province où l'ordonnance est exécutée, mais qui a été reconnu comme interchangeable par la Financière Manuvie.

Médicaments de soutien vital

Médicaments vendus sans ordonnance qui sont nécessaires au maintien de la vie.

Méthode de traitement expérimentale

Méthode non reconnue comme étant efficace, appropriée et essentielle dans le cadre du traitement d'une blessure ou d'une maladie.

Naissance

La délivrance d'un enfant vivant du corps de la mère.

Nécessaire du point de vue médical

Accepté et reconnu par le corps médical canadien et la Financière Manuvie comme étant un traitement efficace, approprié et essentiel dans le cadre d'une maladie ou d'une blessure. Après avoir exercé une diligence raisonnable, la Financière Manuvie se réserve le droit de déterminer si le médicament, le soin, le service ou les fournitures sont couverts au titre du régime.

Observance thérapeutique

Utilisation des médicaments, des soins, des services et des fournitures prescrits de la façon recommandée et aux fins prévues.

Définition de termes fréquemment utilisés en assurance

Organisme consultatif

Experts externes approuvés par la Financière Manuvie qui peuvent fournir à la Financière Manuvie des recommandations fondées sur une évaluation pharmacoeconomique ou une analyse coût-efficacité.

Période d'attente

Période continue d'invalidité totale, commençant le premier jour de l'invalidité totale, que vous devez accomplir pour avoir droit à des prestations d'invalidité.

Période probatoire

Période continue de service que vous devez accomplir pour le compte de votre employeur pour avoir droit aux avantages sociaux.

Personne à charge

Votre conjoint ou enfant assuré au titre du régime provincial.

- Conjoint

Votre conjoint légitime, ou la personne avec qui vous vivez une relation de couple de façon continue depuis au moins 12 mois, ou depuis moins de 12 mois si un enfant est né de cette relation.

Un seul conjoint sera admissible à l'assurance prévue par la présente police, soit celui que vous avez indiqué dans votre demande d'adhésion à l'assurance. Si ce renseignement ne figure pas sur votre demande, la personne répondant en dernier à la définition de conjoint est considérée comme le conjoint admissible.

- Enfant

- Un enfant naturel ou adopté ou un enfant du conjoint qui :
 - n'est pas marié;
 - est âgé de moins de 19 ans ou de moins de 27 ans s'il est un étudiant à temps plein;
 - ne travaille pas à plein temps; et
 - n'est pas admissible à l'assurance à titre de salarié aux termes du présent régime ou de tout autre régime d'avantages sociaux.
- Un enfant qui est atteint d'incapacité à la date à laquelle sa couverture arriverait normalement à échéance continuera d'être considéré comme une personne à charge admissible. Toutefois, l'enfant doit être assuré par le présent régime d'avantages sociaux immédiatement avant cette date.

L'enfant est considéré comme atteint d'incapacité s'il n'est pas à même d'exercer un emploi suffisamment rémunérateur et qu'en raison d'un handicap physique ou mental, il dépend du salarié pour ses besoins et sa subsistance.

La Financière Manuvie peut exiger une preuve par écrit de l'état de santé de l'enfant aussi souvent que cela s'avérera raisonnablement nécessaire.

Définition de termes fréquemment utilisés en assurance

- Pour être admissible, l'enfant du conjoint doit habiter avec vous
- Un nouveau-né est admissible à la couverture dès sa naissance dans le cas des garanties Soins médicaux complémentaires et Soins dentaires, et dès l'âge de 1 jour dans le cas de l'assurance-vie facultative des personnes à charge

Pharmacoeconomie

Discipline scientifique qui évalue la valeur des médicaments pharmaceutiques, des services cliniques ou des fournitures. Cette discipline tient notamment compte des évaluations cliniques, de l'analyse des risques, de la valeur économique et des conséquences en matière de coût pour les régimes. Les études pharmacoéconomiques servent à guider la répartition optimale des ressources de soins de santé, d'une façon normalisée et basée sur des données scientifiques, selon les modalités fixées par la Financière Manuvie.

Pourcentage de remboursement

Le pourcentage des frais couverts qui est payable par la Financière Manuvie.

Proche parent

Vous-même, votre conjoint ou votre enfant âgé de plus de 18 ans; votre père ou votre mère, ou le père ou la mère de votre conjoint; votre frère ou votre sœur, ou le frère ou la sœur de votre conjoint.

Programmes d'aide aux patients

Programme qui offre un service d'aide pour vous ou vos personnes à charge à qui des médicaments, des fournitures, des soins ou des services particuliers ont été prescrits. Les fabricants et les distributeurs peuvent offrir des programmes d'aide aux patients qui comprennent une aide financière, ainsi que des services d'information et de formation.

Programmes de gestion des maladies

Approche de la santé qui enseigne aux patients la façon de gérer une maladie chronique. Système de coordination des interventions et des communications liées aux soins de santé à l'intention des patients souffrant d'affections nécessitant des efforts considérables de leur part pour gérer leur maladie (autosoins).

Régime provincial

Tout régime public prévoyant des prestations d'hospitalisation, médicales ou dentaires, établi par le gouvernement de la province où réside la personne assurée.

Rémunération

Dans le cas de la garantie Invalidité de longue durée, votre taux de salaire normal, à l'exclusion des primes habituelles, des heures supplémentaires, de la rémunération au rendement et de l'allocation pour l'usage d'une automobile, mais y compris les commissions habituelles. Les commissions habituelles sont de 1 500 \$ dans le cas du personnel de vente à commissions comptant moins de deux années de service (crédit attribué pour une période de service accompli ailleurs dans un domaine connexe).

Si vous travaillez à la commission, on entend par « rémunération » votre taux de salaire normal, y compris les commissions indiquées sur les feuillets T4-T4A des 24 mois précédents. Si vous êtes au service de votre employeur depuis moins de 24 mois, la rémunération englobera la moyenne du total des commissions versées au cours de la période de service pour le compte de votre employeur.

Définition de termes fréquemment utilisés en assurance

Dans le cas de la garantie Invalidité de longue durée, si un salarié horaire ne travaille pas à temps plein régulièrement, la rémunération sera calculée selon la moyenne du nombre d'heures de travail au cours des 20 dernières semaines (ou moins si la durée de l'emploi est moindre), et le taux de salaire horaire en vigueur le jour précédant l'invalidité du salarié. Les prestations auxquelles vous aurez droit advenant une demande de règlement seront calculées selon le moindre des montants suivants :

- le revenu que vous aurez déclaré sur le formulaire de demande de règlement, ou
- le revenu que votre employeur aura déclaré à la Financière Manuvie et en fonction duquel des primes auront été versées.

Rémunération nette

Votre rémunération, moins les retenues normales faites aux fins de l'impôt fédéral et de l'impôt provincial.

Salle

Une chambre d'hôpital comptant trois lits ou plus, destinée à héberger les patients.

Pourquoi des avantages sociaux?

Les régimes offerts par le gouvernement peuvent couvrir des frais médicaux de base comme les frais d'hospitalisation et les honoraires de médecins et, en cas d'invalidité, ces régimes (par exemple : l'assurance-emploi, le Régime de pensions du Canada ou le Régime de rentes du Québec, la Loi sur l'indemnisation des accidents du travail) peuvent également offrir une certaine aide financière.

Il est bon de savoir que les régimes publics n'offrent qu'une couverture de base et que devoir assumer des frais médicaux ou être atteint d'une invalidité peut entraîner des difficultés financières pour vous et votre famille.

Des régimes privés qui offrent une protection contre la maladie et l'invalidité viennent s'ajouter aux régimes gouvernementaux et peuvent offrir des garanties que ces derniers ne renferment pas, permettant ainsi à votre famille et à vous-même de jouir d'une sécurité au moment où vous en avez le plus besoin.

L'administrateur de votre régime

Il incombe à l'administrateur de votre régime de veiller à ce que tous les salariés soient couverts au titre des garanties auxquelles ils ont droit. Pour ce faire, il devra verser les primes voulues, signaler les nouvelles adhésions, les cessations d'emploi et les modifications et tenir tous les dossiers à jour.

En tant que participant au régime d'avantages sociaux, il vous appartient de fournir à l'administrateur de votre régime tous les renseignements dont il a besoin pour accomplir sa tâche.

L'administrateur de votre régime est _____
Numéro de téléphone : (_____) _____ - _____

Veillez inscrire le nom de l'administrateur de votre régime et son numéro de téléphone dans l'espace prévu à cette fin.

Demande d'adhésion

Pour présenter une demande d'adhésion, vous devez présenter le formulaire « Demande d'adhésion ou de réadhésion » dûment rempli, que vous pouvez vous procurer auprès de l'administrateur de votre régime. Ce dernier se chargera de faire parvenir votre formulaire à la Financière Manuvie.

Modifications

Afin de maintenir à jour nos renseignements sur votre couverture et celle des personnes à votre charge, il est essentiel que vous communiquiez tout changement à l'administrateur de votre régime. Il peut s'agir :

- d'un changement à la couverture des personnes à charge
- d'un changement de bénéficiaire
- d'une demande d'adhésion à une garantie que vous avez précédemment refusée
- d'un changement de nom

Pour apporter de telles modifications, vous devez remplir le formulaire « Demande de modification » que vous pouvez vous procurer auprès de l'administrateur de votre régime.

Désignation d'un bénéficiaire

La Financière Manuvie n'accepte pas de désignations de bénéficiaire pour d'autres garanties que l'assurance vie du salarié, l'assurance vie facultative du salarié, l'assurance décès et mutilation accidentels et l'assurance décès et mutilation accidentels facultative du salarié.

Le présent régime renferme une disposition qui révoque ou limite le droit de la personne assurée par une assurance vie collective de désigner des personnes à qui ou pour qui des sommes assurées seront payables.

Comment présenter une demande de règlement

Tous les formulaires de demande de règlement, que vous pouvez vous procurer auprès de votre administrateur de votre régime, doivent être dûment remplis, signés et datés. N'oubliez pas de toujours indiquer le numéro de votre police ou de votre exposé de régime et de votre certificat (qui figurent sur votre carte d'avantages sociaux) afin d'éviter que le traitement de votre demande soit retardé inutilement.

L'administrateur de votre régime peut vous aider à remplir les formulaires et vous renseigner sur le traitement des demandes et sur votre régime d'avantages sociaux.

Vous ne pouvez tenter aucune action en justice contre la Financière Manuvie dans les 60 jours qui suivent la production des preuves comme il est indiqué à la section Présentation des demandes de règlement. Les actions ou instances en recouvrement des sommes payables au titre du régime intentées contre la Financière Manuvie sont irrecevables sauf si elles sont intentées dans les délais prescrits par la *Loi sur les assurances* ou toute autre loi applicable.

Versement des prestations – Soins médicaux complémentaires et Soins dentaires

Après avoir traité la demande de règlement, la Financière Manuvie vous fera parvenir un relevé de règlement.

La partie supérieure du formulaire résume la ou les demandes de règlement présentées, la somme retenue pour les besoins de la franchise et le pourcentage de remboursement ayant servi au calcul des prestations auxquelles vous avez droit. Si vous avez des questions à propos de la somme versée, l'administrateur de votre régime pourra vous fournir des explications.

La partie inférieure du formulaire constitue le chèque de remboursement, le cas échéant. Il vous suffit de le détacher en suivant le pointillé et de l'endosser pour pouvoir ainsi l'encaisser dans n'importe quelle banque à charte ou société de fiducie.

Vous devriez normalement recevoir le remboursement dans les trois semaines suivant la date de présentation de votre demande à la Financière Manuvie. Si vous n'avez rien reçu dans ce délai, veuillez communiquer avec l'administrateur de votre régime.

Coordination des prestations – Soins médicaux complémentaires et Soins dentaires

Si vous ou les personnes à votre charge bénéficiez d'une couverture similaire au titre d'un autre régime, il en sera tenu compte lorsque viendra le temps de déterminer le montant des frais payables au titre du présent régime.

Cette méthode est connue sous le nom de « coordination des prestations ». Elle prévoit le remboursement, au titre de l'ensemble des régimes, des frais engagés pour des soins médicaux ou des soins dentaires couverts, jusqu'à concurrence de 100 % de ces frais.

Traitement des demandes de règlement

Régime s'entend de :

- tout autre programme d'assurance collective;
- toute autre entente prise pour couvrir les personnes d'un groupe; et
- toute assurance-voyage individuelle.

Le terme « régime » n'englobe ni l'assurance scolaire ni les régimes provinciaux.

Ordre de préséance des régimes

Divers facteurs servent à déterminer quel régime sera considéré comme étant celui de l'« assureur principal » (c'est-à-dire à qui il revient de régler en premier les frais remboursables) et quel régime relèvera de l'« assureur secondaire » (c'est-à-dire à qui il revient de régler le solde des frais remboursables).

Si l'autre régime ne prévoit pas la coordination des prestations, il sera considéré comme celui de l'assureur principal, c'est-à-dire à qui il revient de régler en premier les frais remboursables.

Si l'autre régime prévoit la coordination des prestations, les règles suivantes s'appliquent afin de déterminer quel est le régime de l'assureur principal.

- Frais engagés pour vous ou votre conjoint à charge :

Les prestations seront versées au titre du régime qui vous couvre, vous ou votre conjoint à charge, en tant que salarié ou participant avant le régime qui vous couvre en tant que personne à charge.

Lorsque vous ou votre conjoint êtes couverts en tant que salarié ou participant au titre de plus d'un régime, l'ordre de paiement des prestations sera déterminé comme suit :

- en premier lieu, le régime au titre duquel la personne est un salarié actif à temps plein,
- en deuxième lieu, le régime au titre duquel la personne est un salarié actif à temps partiel, et enfin,
- le régime au titre duquel la personne est couverte en tant que personne retraitée.

- Frais engagés pour un enfant à votre charge :

Le régime qui couvre le parent dont l'anniversaire de naissance (jour et mois) survient le premier au cours de l'année civile est le régime principal. Si l'anniversaire de naissance des deux parents est le même, le régime principal est celui du parent dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet.

Cependant, si vous et votre conjoint êtes séparés ou divorcés, l'ordre suivant s'impose :

- le régime du parent ayant la garde de l'enfant, puis
- en deuxième lieu, le régime du conjoint du parent ayant la garde de l'enfant (par exemple si le parent ayant la garde de l'enfant se remarie ou a un conjoint de fait, les prestations à l'égard de l'enfant à charge seront versées au titre du régime du nouveau conjoint),
- le régime du parent n'ayant pas la garde de l'enfant, puis

Traitement des demandes de règlement

- le régime du conjoint du parent n'ayant pas la garde de l'enfant (par exemple, si le parent n'ayant pas la garde de l'enfant se remarie ou a un conjoint de fait, les prestations à l'égard de l'enfant à charge seront versées au titre du régime du nouveau conjoint).
 - Lorsque vous et votre conjoint partagez la garde de l'enfant (garde partagée), le régime qui couvre le parent dont l'anniversaire de naissance (jour et mois) survient le premier au cours de l'année civile est le régime principal. Si l'anniversaire de naissance des deux parents est le même, le régime principal est celui du parent dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet.
- En ce qui concerne les demandes de règlement portant sur les traitements de blessures accidentelles aux dents naturelles, les régimes de soins médicaux complémentaires couvrant les traitements dentaires effectués par suite d'un accident ont préséance sur les régimes d'assurance dentaire.
 - Si les règles précédentes ne permettent pas d'établir l'ordre de préséance des régimes, les prestations seront calculées de façon proportionnelle entre les divers régimes par rapport aux sommes qui auraient été versées au titre de chaque régime comme s'il n'existait aucune clause de coordination des prestations.
 - Si la personne visée est également couverte au titre d'une assurance-voyage individuelle, la coordination des prestations se fera conformément aux directives fournies par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.

Présentation des demandes touchées par la coordination des prestations

Voici la marche à suivre pour la présentation des demandes où la coordination des prestations entre en jeu :

- Conformément à la section sur la détermination de l'ordre de versement des prestations, déterminez d'abord lequel des régimes est celui de l'assureur principal et lequel est celui de l'assureur secondaire.
- Présentez tous les formulaires de demande et les reçus originaux nécessaires à l'assureur principal.
- Conservez une photocopie de chaque reçu ou demandez à l'assureur principal de vous retourner les reçus originaux une fois que votre demande aura été réglée.
- Une fois que l'assureur principal aura réglé votre demande, vous recevrez un relevé de règlement. Présentez à l'assureur secondaire ce relevé en même temps que tous les formulaires de demande et reçus nécessaires à un nouvel examen de votre demande, le cas échéant.

Qui peut bénéficier de la couverture?

Admissibilité

Pour être admissible aux avantages sociaux, vous devez être couvert au titre du régime provincial et :

- être un salarié à temps plein ou un salarié temporaire de Ball Packaging Products Canada Corp. et travailler au moins le nombre d'heures exigé,
- appartenir à une catégorie admissible,
- ne pas avoir atteint l'âge de cessation,
- être domicilié au Canada, et
- avoir accompli la période probatoire.

L'âge de cessation et la période probatoire peuvent varier d'une garantie à l'autre. Vous trouverez ce genre de renseignement dans la section intitulée « Vos avantages sociaux ».

Les personnes à votre charge ont droit à la couverture le jour où vous y devenez admissible ou le jour où vous avez la charge d'une personne pour la première fois, selon la dernière éventualité. Toutefois, vous devez présenter une demande d'adhésion à l'assurance pour vous-même afin que les personnes à votre charge soient admissibles à l'assurance.

Nombre d'heures exigé

Salariés à temps plein : horaire régulier d'au moins 30 heures par semaine.

Salariés temporaires embauchés pour occuper un poste pendant plus de 90 jours : horaire régulier d'au moins 37,5 heures par semaine

Preuve d'assurabilité

Une attestation médicale est nécessaire pour toute couverture en excédent du maximum sans attestation médicale.

Une attestation médicale est également nécessaire en cas de demande d'adhésion tardive pour toute personne.

Adhésion aux garanties flexibles

Vous pouvez choisir l'une des options précisées dans le Sommaire des garanties. Si vous ne choisissez aucune option à l'adhésion initiale, vous bénéficierez de la couverture de base. La couverture de base est composée de l'assurance-vie du salarié de base, de l'assurance Décès et mutilation accidentels de base et de l'assurance Invalidité de longue durée de base. Si vous ne choisissez pas d'option lors d'une période d'adhésion bisannuelle subséquente, vous conserverez les mêmes options que celles de l'année contractuelle précédente.

Date d'effet de la couverture

- Lorsqu'une preuve d'assurabilité n'est pas exigée, vos avantages sociaux entrent en vigueur à la date à laquelle vous y devenez admissible.
- Lorsqu'une preuve d'assurabilité est exigée, votre couverture entre en vigueur le jour de votre admissibilité ou le jour où la Financière Manuvie approuve cette attestation, s'il est postérieur.

Qui peut bénéficier de la couverture?

L'assurance n'entrera en vigueur que si vous êtes un salarié effectivement au travail. Si vous n'êtes pas effectivement au travail à la date à laquelle votre assurance devrait normalement entrer en vigueur, celle-ci entrera en vigueur le jour de votre retour au travail.

L'assurance des personnes à votre charge entre en vigueur le jour où ces dernières y deviennent admissibles. Par contre, si une attestation médicale est exigée à leur égard, la couverture n'entrera en vigueur que le jour où la Financière Manuvie approuvera cette attestation.

L'assurance des personnes à votre charge n'entrera pas en vigueur avant la date d'effet de votre couverture. Toutefois, l'assurance-vie facultative des personnes à charge peut quand même entrer en vigueur si l'assurance-vie facultative du salarié vous est refusée.

Cessation de l'assurance

Votre assurance prendra fin à la première des dates suivantes :

- le jour où vous cessez d'être un salarié admissible
- la date à laquelle vous cessez d'être effectivement au travail, à moins que la police d'assurance collective ne prévoie la prolongation de votre couverture
- le jour où votre employeur met fin à votre couverture
- le jour de votre entrée à temps plein dans les forces armées de tout pays
- la date de résiliation de la police d'assurance collective ou la date de cessation de la couverture de la catégorie à laquelle vous appartenez
- le jour où vous atteignez l'âge de cessation
- le jour de votre décès

L'assurance des personnes à votre charge prendra fin en même temps que votre propre assurance ou dès que celles-ci cesseront d'être à votre charge, selon la première éventualité.

Assurance-vie du salarié

Si vous décédez pendant que votre assurance est en vigueur, cette garantie procure à votre bénéficiaire un soutien financier. Si votre bénéficiaire décède avant vous ou si vous n'avez pas désigné de bénéficiaire, la prestation est versée à vos ayants droit.

La garantie

Montant d'assurance – 50 000 \$

Maximum sans attestation médicale – 50 000 \$

Âge de cessation – votre assurance prend fin au départ à la retraite

Période probatoire

Salariés engagés à la date d'effet de la police ou avant cette date

365 jours dans le cas des salariés temporaires à temps plein
aucune, dans le cas de tous les autres salariés

Salariés engagés après la date d'effet de la police

365 jours dans le cas des salariés temporaires à temps plein
aucune, dans le cas de tous les autres salariés

Désignation d'un bénéficiaire

Vous avez le droit de désigner un bénéficiaire ou de modifier votre désignation, sous réserve de la loi applicable. Vous pouvez obtenir les formulaires nécessaires auprès de l'administrateur de votre régime.

Vous devriez revoir votre désignation de bénéficiaire pour vous assurer qu'elle correspond à vos intentions actuelles.

Présentation des demandes de règlement

Pour présenter une demande de règlement d'assurance-vie du salarié, votre bénéficiaire doit remplir le formulaire « Déclaration de sinistre-décès » qu'il pourra se procurer auprès de l'administrateur de votre régime.

Les documents qui doivent être présentés en même temps que le formulaire sont énumérés dans ce dernier.

Les formulaires de déclaration de sinistre doivent être présentés, dûment remplis, dans les six mois qui suivent le décès.

Droit de transformation

En cas de cessation ou de réduction de votre couverture, il se pourrait que vous ayez le droit de transformer votre assurance vie du salarié en assurance individuelle, sans avoir à présenter d'attestation médicale. Vous devez faire parvenir votre demande de transformation, accompagnée de la première prime mensuelle, dans les 31 jours suivant la cessation ou la réduction. Si vous décédez au cours du délai de transformation de 31 jours, le capital d'assurance transformable est versé à votre bénéficiaire ou à vos ayants droit, que vous ayez ou non présenté une demande de transformation.

Pour plus de renseignements sur le droit de transformation, consultez l'administrateur de votre régime. Selon la province, des règles différentes peuvent s'appliquer.

Assurance vie facultative du salarié

Advenant votre décès pendant que l'assurance vie facultative est en vigueur, votre bénéficiaire toucherait à la fois le capital-décès de cette assurance et de l'assurance vie du salarié. Si votre bénéficiaire décède avant vous ou si vous n'avez pas désigné de bénéficiaire, la prestation est versée à vos ayants droit.

La garantie

Montant d'assurance

Si l'assurance est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1994 ou après cette date – multiples de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 330 000 \$ (montant minimal de 10 000 \$)

Si l'assurance est entrée en vigueur avant le 1^{er} janvier 1994 – le montant en vigueur avant le 1^{er} janvier 1994

Maximum sans attestation médicale – une attestation médicale est exigée pour tout montant d'assurance.

Période d'attente pour l'exonération de la prime – neuf mois

Âge de cessation – votre assurance prend fin à 65 ans ou à votre départ à la retraite, selon la première éventualité.

Période probatoire

Salariés engagés à la date d'effet de la police ou avant cette date

365 jours dans le cas des salariés temporaires à temps plein
aucune, dans le cas de tous les autres salariés

Salariés engagés après la date d'effet de la police

365 jours dans le cas des salariés temporaires à temps plein
aucune, dans le cas de tous les autres salariés

Pour adhérer à l'assurance vie facultative du salarié, vous devez remplir la « Proposition d'assurance vie facultative », que vous pouvez vous procurer auprès de l'administrateur de votre régime.

Pour obtenir des précisions sur la Désignation d'un bénéficiaire, la Présentation des demandes de règlement et le Droit de transformation, veuillez vous reporter à la section Assurance vie du salarié.

Exonération de la prime

Pour présenter une demande d'exonération de la prime, vous devez remplir le formulaire approprié, que vous pouvez vous procurer auprès de l'administrateur de votre régime. Votre médecin traitant doit aussi remplir une section de ce formulaire.

Le formulaire pertinent doit être présenté à la Financière Manuvie, dûment rempli, dans les 180 jours qui suivent la fin de la période d'attente.

Si vous devenez totalement invalide en cours de garantie et avant 65 ans, et si vous répondez aux critères d'admissibilité précisés ci-dessous, votre assurance-vie facultative est maintenue en vigueur sans que vous ayez à acquitter la prime.

Vos avantages sociaux

Définition d'invalidité totale

« Invalidité totale » s'entend d'une restriction ou d'une incapacité, attribuable à une maladie ou à une blessure, qui vous empêche d'accomplir les tâches essentielles de tout emploi convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que vous possédez ou pourriez acquérir.

La Financière Manuvie ne tient pas compte des possibilités d'emploi lors de l'évaluation de l'invalidité.

Si vous devez avoir un permis de l'État pour pouvoir accomplir votre travail, vous n'êtes pas considéré comme invalide du seul fait que ce permis vous est retiré ou n'est pas renouvelé.

Critères d'admissibilité

Pour avoir droit à l'exonération de la prime, vous devez répondre aux critères suivants :

- vous devez être totalement invalide pendant toute la période d'attente. Si vous cessez d'être totalement invalide durant cette période mais le redevenez dans les deux semaines en raison de la même blessure ou maladie ou d'une blessure ou maladie analogue, la période d'attente sera prolongée du nombre de jours pendant lesquels vous n'êtes pas totalement invalide.
- la Financière Manuvie doit recevoir des attestations médicales indiquant en quoi votre maladie ou votre blessure entraîne des restrictions ou une incapacité vous empêchant d'accomplir les tâches essentielles de tout emploi convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que vous possédez ou pourriez raisonnablement acquérir
- vous devez être suivi par un médecin et recevoir les soins et traitements appropriés, compte tenu de votre invalidité, selon la Financière Manuvie

En tout temps, la Financière Manuvie se réserve le droit de vous demander de subir un examen médical, psychiatrique, psychologique, fonctionnel ou une évaluation pédagogique ou professionnelle par un spécialiste désigné par la Financière Manuvie.

Cessation de l'exonération de la prime

L'exonération de la prime prend fin dès que se réalise l'une des éventualités suivantes :

- le jour où vous ne répondez plus à la définition d'invalidité totale de la garantie
- le jour où vous négligez de fournir à la Financière Manuvie des attestations médicales indiquant en quoi votre maladie ou votre blessure entraîne des restrictions ou une incapacité vous empêchant d'accomplir les tâches essentielles de tout emploi convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que vous possédez ou pourriez raisonnablement acquérir
- le jour où vous n'êtes plus suivi par un médecin et ne recevez plus les soins et les traitements appropriés, compte tenu de votre invalidité, selon la Financière Manuvie
- le jour où vous ne vous présentez pas à un examen devant être effectué par une personne choisie par la Financière Manuvie
- le jour de votre décès
- le jour de votre 65^e anniversaire de naissance

Invalidité récidivante

Si vous êtes de nouveau atteint d'invalidité totale au cours des six mois suivant la cessation de l'exonération des primes, et que votre invalidité soit attribuable aux mêmes causes ou à des causes connexes ayant ouvert droit à l'exonération des primes au titre de la présente garantie, vous ne serez pas tenu d'accomplir la période d'attente.

Le montant d'assurance dont les primes faisaient l'objet d'une exonération sera rétabli.

Si vous êtes de nouveau atteint de la même invalidité plus de six mois suivant la cessation de votre exonération de primes, cette invalidité sera considérée comme une invalidité distincte.

Deux invalidités attribuables à des causes différentes sont considérées comme des invalidités distinctes si elles sont séparées par au moins une journée de travail.

Exclusions

Dans le cas d'un suicide, aucun montant ne sera versé au titre de toute assurance-vie facultative ayant été en vigueur depuis moins d'un an.

Assurance-vie facultative des personnes à charge

Si l'une des personnes à votre charge décède pendant que l'assurance est en vigueur, le montant de cette garantie vous sera versé.

La garantie

Montant d'assurance

Conjoint – multiples de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 250 000 \$

Enfant – multiples de 5 000 \$, jusqu'à concurrence de 25 000 \$

Maximum sans attestation médicale – Conjoint – 5 000 \$

Âge de cessation – 65 ans (âge du salarié) ou âge du salarié à son départ à la retraite, s'il est moins élevé

Période probatoire

Salariés engagés à la date d'effet de la police ou avant cette date

365 jours dans le cas des salariés temporaires à temps plein
aucune, dans le cas de tous les autres salariés

Salariés engagés après la date d'effet de la police

365 jours dans le cas des salariés temporaires à temps plein
aucune, dans le cas de tous les autres salariés

Pour adhérer à l'assurance-vie facultative des personnes à charge, vous devez remplir la Proposition d'assurance-vie facultative que vous pouvez vous procurer auprès de l'administrateur de votre régime.

Vos avantages sociaux

Présentation des demandes de règlement

Pour présenter une demande de règlement d'assurance-vie facultative des personnes à charge, vous devez remplir le formulaire « Déclaration de sinistre-décès » que vous pourrez vous procurer auprès de l'administrateur de votre régime. Les documents qui doivent être présentés en même temps que le formulaire sont énumérés dans ce dernier.

Le formulaire pertinent doit être présenté, dûment rempli, dans les six mois qui suivent la date du sinistre.

Droit de transformation

Si l'assurance-vie facultative de votre conjoint prend fin, il est possible que votre conjoint ait le droit de transformer cette assurance en une assurance individuelle sans avoir à présenter d'attestation médicale. La proposition d'assurance individuelle et la première prime mensuelle doivent parvenir à la Financière Manuvie dans les 31 jours qui suivent la résiliation de l'assurance collective. Si votre conjoint décède au cours du délai de transformation de 31 jours, le capital assuré transformable vous est versé, que votre conjoint ait ou non présenté une demande de transformation.

Pour plus de renseignements sur le droit de transformation, consultez l'administrateur de votre régime.

Exclusions

Dans le cas d'un suicide, aucun montant ne sera versé au titre de toute assurance-vie facultative des personnes à charge ayant été en vigueur depuis moins de un an.

Décès et mutilation accidentels

Si par suite d'une blessure accidentelle survenue en cours de garantie, vous subissez une perte précisée dans le tableau des pertes ci-dessous, la présente garantie prévoit une aide financière pour vous ou votre bénéficiaire. Si vous décédez, la prestation est payable à votre bénéficiaire. Si votre bénéficiaire décède avant vous ou si vous n'avez pas désigné de bénéficiaire, la prestation est versée à vos ayants droit. Dans le cas des pertes autres que le décès, les prestations vous sont versées.

La garantie

Montant d'assurance – 25 000 \$

Période d'attente pour l'exonération de la prime – neuf mois

Âge de cessation – votre assurance prend fin au départ à la retraite

Période probatoire

Salariés engagés à la date d'effet de la police ou avant cette date

365 jours dans le cas des salariés temporaires à temps plein
aucune, dans le cas de tous les autres salariés

Salariés engagés après la date d'effet de la police

365 jours dans le cas des salariés temporaires à temps plein
aucune, dans le cas de tous les autres salariés

Tableau des pertes

Toute perte qui figure dans ce tableau est couverte pourvu qu'elle :

- résulte directement d'une blessure accidentelle
- survienne dans les 365 jours qui suivent la date de la blessure accidentelle
- soit totale et irréversible ou irrémédiable

Dans le cas de la perte de la parole ou de l'ouïe ou de la perte de l'usage d'un bras, d'une main ou d'une jambe, la perte doit être ininterrompue pendant une période de 12 mois et considérée permanente, avant que la prestation soit versée.

La prestation payable pour chaque perte correspond à un pourcentage du montant d'assurance en vigueur au moment de la blessure.

- Décès – 100 %
- Perte de l'usage ou perte des deux mains ou des deux pieds – 100 %
- Perte de la vue des deux yeux – 100 %
- Perte d'une main et d'un pied – 66 2/3 %
- Perte de la parole et de l'ouïe des deux oreilles – 100 %
- Perte de l'usage ou perte d'un bras ou d'une jambe – 75 %
- Perte de l'usage ou perte d'une main ou d'un pied – 66 2/3 %
- Perte de la vue d'un œil – 66 2/3 %
- Perte de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles – 66 2/3 %
- Perte du pouce et de l'index ou d'au moins quatre doigts de la même main - 33 1/3 %
- Perte de tous les orteils d'un pied – 12 1/2 %
- Perte de l'ouïe d'une oreille – 16 2/3 %
- Hémiplégie, paraplégie ou quadriplégie – 200 %

En cas de pertes multiples au même membre par suite d'une même blessure accidentelle, seule la prestation la plus élevée est versée.

En cas de pertes multiples par suite d'une même blessure accidentelle, la prestation ne peut pas excéder 100 % du montant d'assurance, sauf dans les cas suivants : hémiplégie, paraplégie et quadriplégie; dans ces trois cas, la prestation maximale ne peut pas excéder 200 % (à condition que la prestation soit versée de votre vivant).

Vos avantages sociaux

Exposition aux éléments ou disparition

Si vous subissez une perte par suite d'une exposition inévitable aux éléments en raison de l'atterrissage forcé, de la disparition, de la destruction, de la submersion ou de l'échouement du véhicule dans lequel vous voyagez, une prestation sera payable pour cette perte. La prestation payable est déterminée en fonction du tableau des pertes.

Si vous disparaissiez et que votre corps n'est pas retrouvé dans les 365 jours suivant l'atterrissage forcé, la disparition, la destruction, la submersion ou l'échouement du véhicule dans lequel vous voyagez, la prestation prévue en cas de décès est versée.

Réadaptation professionnelle

Si, par suite d'une blessure accidentelle, vous subissez l'une des pertes figurant dans le tableau des pertes, et devez par conséquent participer à un programme de réadaptation professionnelle pour pouvoir occuper à nouveau un emploi rémunéré, la Financière Manuvie prend en charge les frais engagés, à condition que les frais soient :

- raisonnables et nécessaires selon la Financière Manuvie
- engagés dans les deux années suivant la date de la blessure accidentelle

La prestation maximale est de 10 000 \$.

La garantie ne prévoit pas le remboursement des frais engagés pour le logement, la subsistance, les déplacements et l'habillement.

Rapatriement

Si votre décès est directement attribuable à une blessure accidentelle survenant pendant un voyage à 200 kilomètres ou plus de votre domicile, la Financière Manuvie prend en charge les frais engagés pour la préparation et le transport du corps jusqu'à votre domicile.

La prestation maximale est de 10 000 \$.

Déplacement d'un proche parent

Si, par suite d'une blessure accidentelle, vous subissez l'une des pertes figurant dans le tableau des pertes, et que vous soyez hospitalisé à 150 kilomètres ou plus de votre domicile, la Financière Manuvie prend en charge les frais engagés par un proche parent pour son déplacement et son hébergement, à condition que les frais soient :

- raisonnables et nécessaires selon la Financière Manuvie
- engagés dans un hôtel situé à proximité de l'hôpital, dans le cas des frais d'hébergement
- engagés pour un aller et retour par le chemin le plus direct pour se rendre à l'hôpital, dans le cas des frais de déplacement

Lorsque le proche parent n'utilise pas un moyen de transport dûment autorisé à transporter des voyageurs à titre payant, les frais engagés sont remboursables à raison de 0,20 \$ le kilomètre.

La prestation maximale est de 10 000 \$ par accident.

Études des enfants

Si votre décès est directement attribuable à une blessure accidentelle, la Financière Manuvie rembourse les frais de scolarité pour chaque enfant qui étudie à temps plein :

- dans un établissement d'enseignement postsecondaire, ou
- dans un établissement d'enseignement secondaire, à condition qu'il s'inscrive dans un établissement d'enseignement postsecondaire à temps plein dans les 90 jours qui suivent votre décès.

Un établissement d'enseignement postsecondaire signifie un établissement d'enseignement agréé, notamment une université, un collège privé, un cégep, une école communautaire ou une école des métiers.

La prestation annuelle pour chaque enfant est égale à :

- 5 % de votre montant d'assurance Décès ou mutilation accidentels, ou
- 5 000 \$, selon le montant le moins élevé

La prestation est payable pendant un maximum de quatre ans.

Aucune prestation n'est versée dans les cas suivants :

- frais de scolarité engagés avant votre décès
- frais engagés pour le logement, la subsistance, les déplacements et l'habillement

Formation professionnelle du conjoint

Si votre décès est directement attribuable à une blessure accidentelle, la Financière Manuvie prend en charge les frais engagés par votre conjoint pour participer à un programme de formation professionnelle en vue d'acquérir les connaissances nécessaires à l'exercice d'un emploi, à condition que les frais soient :

- raisonnables et nécessaires selon la Financière Manuvie
- engagés au cours des 30 mois qui suivent la date de la blessure accidentelle.

La prestation maximale est de 5 000 \$.

La garantie ne prévoit pas le remboursement des frais engagés pour le logement, la subsistance, les déplacements et l'habillement.

Ceinture de sécurité

Si votre décès est directement attribuable à une blessure accidentelle subie pendant que vous conduisiez une automobile ou y voyagez, la Financière Manuvie verse une somme additionnelle égale à 10 % du montant de votre assurance Décès et mutilation accidentels, à condition que votre ceinture de sécurité ait été bien bouclée au moment de la blessure accidentelle.

Vos avantages sociaux

Garderie

Si votre décès est directement attribuable à une blessure accidentelle, la Financière Manuvie prend en charge les frais de garderie pour chaque enfant de moins de 13 ans qui était inscrit dans une garderie autorisée le jour de la blessure accidentelle, ou qui y est inscrit dans les 90 jours suivant votre décès.

La prestation annuelle pour chaque enfant est égale à :

- 3 % de votre montant d'assurance Décès ou mutilation accidentels, ou
- 5 000 \$, selon le montant le moins élevé

La prestation est payable pendant un maximum de quatre ans.

Aucune prestation n'est versée dans les cas suivants :

- frais engagés avant votre décès
- frais engagés pour le logement, la subsistance, les déplacements et l'habillement

Modification du domicile et du véhicule

Si, directement par suite d'une blessure accidentelle, vous :

- perdez les deux pieds ou les deux jambes, ou en perdez l'usage, ou
- devenez hémiplégique, paraplégique ou quadriplégique

et que vous devez par la suite utiliser un fauteuil roulant pour vous déplacer, la Financière Manuvie prend en charge les frais engagés, à condition que les frais soient :

- raisonnables et nécessaires selon la Financière Manuvie
- engagés dans les trois ans suivant la date de la blessure accidentelle
- engagés pour des modifications apportées à votre domicile en vue de le rendre accessible au fauteuil roulant
- engagés pour des modifications apportées à un seul véhicule moteur, en vue de le rendre accessible au fauteuil roulant

La prestation maximale est de 10 000 \$.

Rente payable en cas d'hospitalisation

Si votre hospitalisation est nécessaire par suite d'une perte figurant dans le tableau des pertes et directement attribuable à une blessure accidentelle, la Financière Manuvie verse une rente mensuelle, sous réserve de ce qui suit :

- l'hospitalisation commence en cours de garantie
- le séjour à l'hôpital se poursuit après l'expiration d'une période d'attente de cinq jours consécutifs

La rente payable est égale à 1 % du montant de votre assurance Décès et mutilation accidentels, jusqu'à concurrence de 2 500 \$ par mois.

La rente est payable pendant votre hospitalisation, sous réserve d'une période maximale d'indemnisation de 12 mois.

- Hospitalisations successives

Si vous êtes hospitalisé à nouveau par suite de la même blessure accidentelle dans les trois mois suivant un séjour à l'hôpital ayant ouvert droit à des prestations au titre de la présente garantie, votre séjour à l'hôpital est assimilé au séjour précédent.

Le cas échéant, vous n'aurez pas à accomplir la période d'attente de cinq jours et le versement de la rente payable au cours de l'hospitalisation précédente reprendra. La période maximale d'indemnisation pour l'ensemble des séjours à l'hôpital est de 12 mois.

Cumul des remboursements de frais

Les frais remboursables au titre de la présente garantie, qui sont également couverts par toute autre assurance prévoyant une couverture semblable, sont d'abord pris en charge par cette autre assurance. L'excédent est remboursé au titre de la présente garantie, sous réserve des maximums applicables.

Les remboursements effectués au titre de toutes les assurances ne peuvent excéder le montant des frais remboursables effectivement engagés.

Désignation d'un bénéficiaire

Voir Assurance vie du salarié – Désignation d'un bénéficiaire.

Présentation des demandes de règlement

Pour présenter une demande de règlement portant sur un décès accidentel, votre bénéficiaire doit remplir le formulaire « Déclaration de sinistre-décès ».

Pour présenter une demande de règlement portant sur une mutilation accidentelle, vous devez remplir le formulaire « Déclaration de sinistre Mutilation accidentelle ».

L'administrateur de votre régime possède des exemplaires de ces deux formulaires. À noter que ces formulaires comportent une section devant être remplie par un médecin.

Le formulaire pertinent doit être présenté, dûment rempli, dans les six mois qui suivent la date du sinistre.

Exonération de la prime

Si vous êtes exonéré du paiement de la prime de votre assurance-vie du salarié en raison d'une invalidité totale, vous êtes également exonéré du paiement de la prime au titre de la présente garantie, à condition que la police d'assurance collective soit toujours en vigueur. (Voir la rubrique Exonération de la prime à la section Assurance-vie facultative du salarié). L'exonération de la prime prend fin à la cessation de la garantie.

Exclusions

Aucune somme ne sera versée à l'égard de la présente garantie pour un décès ou une perte accidentels si ceux-ci découlent de ce qui suit :

- suicide ou blessures auto-infligées
- guerre, insurrection, action hostile d'une force armée, ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire
- infection (sauf une infection pyogène résultant d'une coupure ou d'une blessure accidentelles), maladie, affection, traitement médical d'une maladie ou d'une affection, ou infirmité physique ou mentale

Vos avantages sociaux

- vol à bord d'un appareil de navigation aérienne, y compris les accidents survenant en cours d'embarquement ou de débarquement, ou lors de la descente de l'appareil en cours de vol, lorsque vous êtes membre du personnel navigant
- vol à bord d'un appareil de navigation aérienne, y compris les accidents survenant en cours d'embarquement ou de débarquement, ou lors de la descente de l'appareil en cours de vol, lorsque l'employeur ou toute autre personne agissant pour le compte de l'employeur, possède, utilise ou loue l'appareil
- perpétration ou tentative de perpétration d'une agression ou d'un acte criminel
- blessures subies pendant que vous étiez au volant d'un véhicule motorisé et sous l'influence de tout produit intoxicant, y compris l'alcool

Assurance Décès et mutilation accidentels facultative du salarié

Si par suite d'une blessure accidentelle survenue en cours de garantie, vous subissez une perte précisée dans le tableau des pertes ci-dessous, la présente garantie prévoit une aide financière pour vous ou votre bénéficiaire. Si vous décédez, la prestation est payable à votre bénéficiaire. Si votre bénéficiaire décède avant vous ou si vous n'avez pas désigné de bénéficiaire, la prestation est versée à vos ayants droit. Dans le cas des pertes autres que le décès, les prestations vous sont versées.

La garantie

Montant d'assurance – multiples de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 250 000 \$

Période d'attente pour l'exonération de la prime – neuf mois

Âge de cessation – votre assurance prend fin à 65 ans ou à votre départ à la retraite, selon la première éventualité.

Période probatoire

Salariés engagés à la date d'effet de la police ou avant cette date

365 jours dans le cas des salariés temporaires à temps plein
aucune, dans le cas de tous les autres salariés

Salariés engagés après la date d'effet de la police

365 jours dans le cas des salariés temporaires à temps plein
aucune, dans le cas de tous les autres salariés

Tableau des pertes

Toute perte qui figure dans ce tableau est couverte pourvu qu'elle :

- résulte directement d'une blessure accidentelle
- survienne dans les 365 jours qui suivent la date de la blessure accidentelle
- soit totale et irréversible ou irrémédiable

Dans le cas de la perte de la parole ou de l'ouïe ou de la perte de l'usage d'un bras, d'une main ou d'une jambe, la perte doit être ininterrompue pendant une période de 12 mois et considérée permanente, avant que la prestation soit versée.

La prestation payable pour chaque perte correspond à un pourcentage du montant d'assurance DMA facultative du salarié en vigueur au moment de la blessure.

- Décès – 100 %
- Perte de l'usage ou perte des deux mains ou des deux pieds – 100 %
- Perte de la vue des deux yeux – 100 %
- Perte d'une main et d'un pied – 66 2/3 %
- Perte de la parole et de l'ouïe des deux oreilles – 100 %
- Perte de l'usage ou perte d'un bras ou d'une jambe – 75 %
- Perte de l'usage ou perte d'une main ou d'un pied – 66 2/3 %
- Perte de la vue d'un œil – 66 2/3 %
- Perte de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles – 66 2/3 %
- Perte du pouce et de l'index ou d'au moins quatre doigts de la même main - 33 1/3 %
- Perte de tous les orteils d'un pied – 12 1/2 %
- Perte de l'ouïe d'une oreille – 16 2/3 %
- Hémiplégie, paraplégie ou quadriplégie – 200 %

En cas de pertes multiples au même membre par suite d'une même blessure accidentelle, seule la prestation la plus élevée est versée.

En cas de pertes multiples par suite d'une même blessure accidentelle, la prestation ne peut pas excéder 100 % du montant d'assurance, sauf dans les cas suivants : hémiplégie, paraplégie et quadriplégie; dans ces trois cas, la prestation maximale ne peut pas excéder 200 % (à condition que la prestation soit versée de votre vivant).

Vos avantages sociaux

Exposition aux éléments ou disparition

Si vous subissez une perte par suite d'une exposition inévitable aux éléments en raison de l'atterrissage forcé, de la disparition, de la destruction, de la submersion ou de l'échouement du véhicule dans lequel vous voyagez, une prestation sera payable pour cette perte. La prestation payable est déterminée en fonction du tableau des pertes.

Si vous disparaissiez et que votre corps n'est pas retrouvé dans les 365 jours suivant l'atterrissage forcé, la disparition, la destruction, la submersion ou l'échouement du véhicule dans lequel vous voyagez, la prestation prévue en cas de décès est versée.

Réadaptation professionnelle

Si, par suite d'une blessure accidentelle, vous subissez l'une des pertes figurant dans le tableau des pertes, et devez par conséquent participer à un programme de réadaptation professionnelle pour pouvoir occuper à nouveau un emploi rémunéré, la Financière Manuvie prend en charge les frais engagés, à condition que les frais soient :

- raisonnables et nécessaires selon la Financière Manuvie
- engagés dans les deux années suivant la date de la blessure accidentelle

La prestation maximale est de 10 000 \$.

La garantie ne prévoit pas le remboursement des frais engagés pour le logement, la subsistance, les déplacements et l'habillement.

Rapatriement

Si votre décès est directement attribuable à une blessure accidentelle survenant pendant un voyage à 200 kilomètres ou plus de votre domicile, la Financière Manuvie prend en charge les frais engagés pour la préparation et le transport du corps jusqu'à votre domicile.

La prestation maximale est de 10 000 \$.

Déplacement d'un proche parent

Si, par suite d'une blessure accidentelle, vous subissez l'une des pertes figurant dans le tableau des pertes, et que vous soyez hospitalisé à 150 kilomètres ou plus de votre domicile, la Financière Manuvie prend en charge les frais engagés par un proche parent pour son déplacement et son hébergement, à condition que les frais soient :

- raisonnables et nécessaires selon la Financière Manuvie
- engagés dans un hôtel situé à proximité de l'hôpital, dans le cas des frais d'hébergement
- engagés pour un aller et retour par le chemin le plus direct pour se rendre à l'hôpital, dans le cas des frais de déplacement

Lorsque le proche parent n'utilise pas un moyen de transport dûment autorisé à transporter des voyageurs à titre payant, les frais engagés sont remboursables à raison de 0,20 \$ le kilomètre.

La prestation maximale est de 10 000 \$ par accident.

Études des enfants

Si votre décès est directement attribuable à une blessure accidentelle, la Financière Manuvie rembourse les frais de scolarité pour chaque enfant qui étudie à temps plein :

- dans un établissement d'enseignement postsecondaire, ou
- dans un établissement d'enseignement secondaire, à condition qu'il s'inscrive dans un établissement d'enseignement postsecondaire à temps plein dans les 365 jours qui suivent votre décès.

Un établissement d'enseignement postsecondaire signifie un établissement d'enseignement agréé, notamment une université, un collège privé, un cégep, une école communautaire ou une école des métiers.

La prestation annuelle pour chaque enfant est égale à :

- 5 % du montant de votre assurance Décès et mutilation accidentels facultative du salarié; ou
- 5 000 \$, selon le montant le moins élevé

La prestation est payable pendant un maximum de quatre ans.

Aucune prestation n'est versée dans les cas suivants :

- frais de scolarité engagés avant votre décès
- frais engagés pour le logement, la subsistance, les déplacements et l'habillement

Formation professionnelle du conjoint

Si votre décès est directement attribuable à une blessure accidentelle, la Financière Manuvie prend en charge les frais engagés par votre conjoint pour participer à un programme de formation professionnelle en vue d'acquérir les connaissances nécessaires à l'exercice d'un emploi, à condition que les frais soient :

- raisonnables et nécessaires selon la Financière Manuvie
- engagés au cours des 30 mois qui suivent la date de la blessure accidentelle.

La prestation maximale est de 5 000 \$.

La garantie ne prévoit pas le remboursement des frais engagés pour le logement, la subsistance, les déplacements et l'habillement.

Ceinture de sécurité

Si votre décès est directement attribuable à une blessure accidentelle subie pendant que vous conduisiez une automobile ou y voyagiez, la Financière Manuvie verse une somme additionnelle égale à 10 % du montant d'assurance Décès et mutilation accidentels facultative du salarié, à condition que votre ceinture de sécurité ait été bien bouclée au moment de la blessure accidentelle.

Garderie

Si votre décès est directement attribuable à une blessure accidentelle, la Financière Manuvie prend en charge les frais de garderie pour chaque enfant de moins de 13 ans qui était inscrit dans une garderie autorisée le jour de la blessure accidentelle, ou qui y est inscrit dans les 90 jours suivant votre décès.

Vos avantages sociaux

La prestation annuelle pour chaque enfant est égale à :

- 3 % du montant de votre assurance Décès et mutilation accidentels facultative du salarié; ou
- 5 000 \$, selon le montant le moins élevé

La prestation est payable pendant un maximum de quatre ans.

Aucune prestation n'est versée dans les cas suivants :

- frais engagés avant votre décès
- frais engagés pour le logement, la subsistance, les déplacements et l'habillement

Accident commun

Lorsque vous et votre conjoint décédez des suites directes d'un même accident et que le décès survient dans les 90 jours suivant l'accident, la prestation payable par suite du décès de votre conjoint est augmentée de façon à correspondre à la vôtre.

Modification du domicile et du véhicule

Si, directement par suite d'une blessure accidentelle, vous :

- perdez les deux pieds ou les deux jambes, ou en perdez l'usage, ou
- devenez hémiplégique, paraplégique ou quadriplégique

et que vous devez par la suite utiliser un fauteuil roulant pour vous déplacer, la Financière Manuvie prend en charge les frais engagés, à condition que les frais soient :

- raisonnables et nécessaires selon la Financière Manuvie
- engagés dans les trois ans suivant la date de la blessure accidentelle
- engagés pour des modifications apportées à votre domicile en vue de le rendre accessible au fauteuil roulant
- engagés pour des modifications apportées à un seul véhicule moteur, en vue de le rendre accessible au fauteuil roulant

La prestation maximale est de 10 000 \$.

Rente payable en cas d'hospitalisation

Si votre hospitalisation est nécessaire par suite d'une perte figurant dans le tableau des pertes et directement attribuable à une blessure accidentelle, la Financière Manuvie verse une rente mensuelle, sous réserve de ce qui suit :

- l'hospitalisation commence en cours de garantie
- le séjour à l'hôpital se poursuit après l'expiration d'une période d'attente de cinq jours consécutifs

La rente payable est égale à 1 % du montant de votre assurance Décès et mutilation accidentels facultative du salarié, jusqu'à concurrence de 2 500 \$ par mois.

La rente est payable pendant votre hospitalisation, sous réserve d'une période maximale d'indemnisation de 12 mois.

- Hospitalisations successives

Si vous êtes hospitalisé à nouveau par suite de la même blessure accidentelle dans les trois mois suivant un séjour à l'hôpital ayant ouvert droit à des prestations au titre de la présente garantie, votre séjour à l'hôpital est assimilé au séjour précédent.

Le cas échéant, vous n'aurez pas à accomplir la période d'attente de cinq jours et le versement de la rente payable au cours de l'hospitalisation précédente reprendra. La période maximale d'indemnisation pour l'ensemble des séjours à l'hôpital est de 12 mois.

Cumul des remboursements de frais

Les frais remboursables au titre de la présente garantie, qui sont également couverts par toute autre assurance prévoyant une couverture semblable, sont d'abord pris en charge par cette autre assurance. L'excédent est remboursé au titre de la présente garantie, sous réserve des maximums applicables.

Les remboursements effectués au titre de toutes les assurances ne peuvent excéder le montant des frais remboursables effectivement engagés.

Désignation d'un bénéficiaire

Voir Assurance vie du salarié – Désignation d'un bénéficiaire.

Présentation des demandes de règlement

Pour présenter une demande de règlement portant sur un décès accidentel, votre bénéficiaire doit remplir le formulaire « Déclaration de sinistre-décès ». Pour présenter une demande de règlement portant sur une mutilation accidentelle, vous devez remplir le formulaire « Déclaration de sinistre Mutilation accidentelle ». L'administrateur de votre régime possède des exemplaires de ces deux formulaires. À noter que ces formulaires comportent une section devant être remplie par un médecin.

Le formulaire pertinent doit être présenté, dûment rempli, dans les six mois qui suivent la date du sinistre.

Exonération de la prime

Si vous êtes exonéré du paiement de la prime de votre assurance-vie facultative du salarié en raison d'une invalidité totale, vous êtes également exonéré du paiement de la prime au titre de la présente garantie, à condition que la police d'assurance collective soit toujours en vigueur. (Voir la rubrique Exonération de la prime à la section Assurance-vie facultative du salarié). L'exonération de la prime prend fin à la cessation de la garantie.

Exclusions

Aucune somme ne sera versée à l'égard de la présente garantie pour un décès ou une perte accidentels si ceux-ci découlent de ce qui suit :

- suicide ou blessures auto-infligées
- guerre, insurrection, action hostile d'une force armée, ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire
- infection (sauf une infection pyogène résultant d'une coupure ou d'une blessure accidentelles), maladie, affection, traitement médical d'une maladie ou d'une affection, ou infirmité physique ou mentale

Vos avantages sociaux

- vol à bord d'un appareil de navigation aérienne, y compris les accidents survenant en cours d'embarquement ou de débarquement, ou lors de la descente de l'appareil en cours de vol, lorsque vous êtes membre du personnel navigant
- vol à bord d'un appareil de navigation aérienne, y compris les accidents survenant en cours d'embarquement ou de débarquement, ou lors de la descente de l'appareil en cours de vol, lorsque l'employeur ou toute autre personne agissant pour le compte de l'employeur, possède, utilise ou loue l'appareil
- perpétration ou tentative de perpétration d'une agression ou d'un acte criminel
- blessures subies pendant que vous étiez au volant d'un véhicule motorisé et sous l'influence de tout produit intoxicant, y compris l'alcool

Assurance Décès et mutilation accidentels facultative des personnes à charge

Si par suite d'une blessure accidentelle survenue en cours de garantie, l'une des personnes à votre charge subit une perte précisée dans le tableau des pertes ci-dessous, la présente garantie prévoit une aide financière.

La garantie

Montant d'assurance

- Conjoint – multiples de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 250 000 \$

- Enfant – multiples de 5 000 \$, jusqu'à concurrence de 25 000 \$

Période d'attente pour l'exonération de la prime – six mois

Âge de cessation – 65 ans (âge du salarié) ou âge du salarié à son départ à la retraite, s'il est moins élevé

Période probatoire

Salariés engagés à la date d'effet de la police ou avant cette date

365 jours dans le cas des salariés temporaires à temps plein
aucune, dans le cas de tous les autres salariés

Salariés engagés après la date d'effet de la police

365 jours dans le cas des salariés temporaires à temps plein
aucune, dans le cas de tous les autres salariés

Tableau des pertes

Toute perte qui figure dans ce tableau est couverte pourvu qu'elle :

- résulte directement d'une blessure accidentelle
- survienne dans les 365 jours qui suivent la date de la blessure accidentelle
- soit totale et irréversible ou irrémédiable

Dans le cas de la perte de la parole ou de l'ouïe ou de la perte de l'usage d'un bras, d'une main ou d'une jambe, la perte doit être ininterrompue pendant une période de 12 mois et considérée permanente, avant que la prestation soit versée.

La prestation payable pour chaque perte correspond à un pourcentage du montant d'assurance en vigueur au moment de la blessure.

- Décès – 100 %
- Perte de l'usage ou perte des deux mains ou des deux pieds – 100 %
- Perte de la vue des deux yeux – 100 %
- Perte d'une main et d'un pied – 66 2/3 %
- Perte de la parole et de l'ouïe des deux oreilles – 100 %
- Perte de l'usage ou perte d'un bras ou d'une jambe – 75 %
- Perte de l'usage ou perte d'une main ou d'un pied – 66 2/3 %
- Perte de la vue d'un œil – 66 2/3 %
- Perte de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles – 66 2/3 %
- Perte du pouce et de l'index ou d'au moins quatre doigts de la même main - 33 1/3 %
- Perte de tous les orteils d'un pied – 12 1/2 %
- Perte de l'ouïe d'une oreille – 16 2/3 %
- Hémiplégie, paraplégie ou quadriplégie – 200 %

En cas de pertes multiples au même membre par suite d'une même blessure accidentelle, seule la prestation la plus élevée est versée.

En cas de pertes multiples par suite d'une même blessure accidentelle, la prestation ne peut pas excéder 100 % du montant d'assurance, sauf dans les cas suivants : hémiplégie, paraplégie et quadriplégie; dans ces trois cas, la prestation maximale ne peut pas excéder 200 % (à condition que la prestation soit versée du vivant de la personne couverte).

Vos avantages sociaux

Exposition aux éléments ou disparition

Si une personne assurée subit une perte par suite d'une exposition inévitable aux éléments en raison de l'atterrissage forcé, de la disparition, de la destruction, de la submersion ou de l'échouement du véhicule dans lequel la personne assurée voyageait, une prestation sera payable pour cette perte. La prestation payable est déterminée en fonction du tableau des pertes.

Si la personne assurée disparaît et que le corps n'est pas retrouvé dans les 365 jours suivant l'atterrissage forcé, la disparition, la destruction, la submersion ou l'échouement du véhicule dans lequel la personne assurée voyageait, la prestation prévue en cas de décès est versée.

Réadaptation professionnelle

Si, par suite d'une blessure accidentelle, vous subissez l'une des pertes figurant dans le tableau des pertes, et devez par conséquent participer à un programme de réadaptation professionnelle pour pouvoir occuper à nouveau un emploi rémunéré, la Financière Manuvie prend en charge les frais engagés, à condition que les frais soient :

- raisonnables et nécessaires selon la Financière Manuvie
- engagés dans les deux années suivant la date de la blessure accidentelle

La prestation maximale est de 10 000 \$.

La garantie ne prévoit pas le remboursement des frais engagés pour le logement, la subsistance, les déplacements et l'habillement.

Rapatriement

Si le décès d'une personne assurée est directement attribuable à une blessure accidentelle survenant pendant un voyage à 200 kilomètres ou plus de son domicile, la Financière Manuvie prend en charge les frais engagés pour la préparation et le transport du corps de la personne assurée jusqu'à son domicile.

La prestation maximale est de 10 000 \$.

Déplacement d'un proche parent

Si, par suite d'une blessure accidentelle, une personne couverte subit l'une des pertes figurant dans le tableau des pertes, et qu'elle est hospitalisée à 150 kilomètres ou plus de son domicile, la Financière Manuvie prend en charge les frais engagés par un proche parent pour son déplacement et son hébergement, à condition que les frais soient :

- raisonnables et nécessaires selon la Financière Manuvie
- engagés dans un hôtel situé à proximité de l'hôpital, dans le cas des frais d'hébergement
- engagés pour un aller et retour par le chemin le plus direct pour se rendre à l'hôpital, dans le cas des frais de déplacement

Lorsque le proche parent n'utilise pas un moyen de transport dûment autorisé à transporter des voyageurs à titre payant, les frais engagés sont remboursables à raison de 0,20 \$ le kilomètre.

La prestation maximale est de 10 000 \$ par accident.

Ceinture de sécurité

Si le décès d'une personne assurée est directement attribuable à une blessure accidentelle subie pendant qu'elle conduisait une automobile ou y voyageait, la Financière Manuvie verse une somme additionnelle égale à 10 % du montant de votre assurance DMA facultative des personnes à charge, à condition que sa ceinture de sécurité ait été bien bouclée au moment de la blessure accidentelle.

Garderie

Si le décès est directement attribuable à une blessure accidentelle, la Financière Manuvie prend en charge les frais de garderie pour chaque enfant de moins de 13 ans qui était inscrit dans une garderie autorisée le jour de la blessure accidentelle, ou qui y est inscrit dans les 90 jours suivant le décès de la personne assurée.

La prestation annuelle pour chaque enfant est égale à :

- 3 % du montant d'assurance Décès et mutilation accidentels facultative des personnes à charge; ou
- 5 000 \$, selon le montant le moins élevé

La prestation est payable pendant un maximum de quatre ans.

Aucune prestation n'est versée dans les cas suivants :

- frais de scolarité engagés avant votre décès
- frais engagés pour le logement, la subsistance, les déplacements et l'habillement

Accident commun

Lorsque vous et votre conjoint décédez des suites directes d'un même accident et que le décès survient dans les 90 jours suivant l'accident, la prestation payable par suite du décès de votre conjoint est augmentée de façon à correspondre à la vôtre.

Modification du domicile et du véhicule

Si, directement par suite d'une blessure accidentelle, la personne assurée :

- perd les deux pieds ou les deux jambes, ou en perd l'usage, ou
- devient hémiparalysé, parapalysé ou quadriparalysé

et qu'elle doive par la suite utiliser un fauteuil roulant pour se déplacer, la Financière Manuvie prend en charge les frais engagés par la personne, à condition que les frais soient :

- raisonnables et nécessaires selon la Financière Manuvie
- engagés dans les trois ans suivant la date de la blessure accidentelle
- engagés pour des modifications apportées au domicile de la personne assurée en vue de le rendre accessible au fauteuil roulant
- engagés pour des modifications apportées à un seul véhicule moteur, en vue de le rendre accessible au fauteuil roulant

La prestation maximale est de 10 000 \$.

Vos avantages sociaux

Rente payable en cas d'hospitalisation

Si l'hospitalisation d'une personne assurée est nécessaire par suite d'une perte figurant dans le tableau des pertes et directement attribuable à une blessure accidentelle, la Financière Manuvie verse une rente mensuelle, sous réserve de ce qui suit :

- l'hospitalisation commence en cours de garantie
- le séjour à l'hôpital se poursuit après l'expiration d'une période d'attente de cinq jours consécutifs

La rente payable est égale à 1 % du montant d'assurance Décès et mutilation accidentels facultative des personnes à charge, jusqu'à concurrence de 2 500 \$ par mois.

La rente est payable pendant l'hospitalisation de la personne assurée, sous réserve d'une période maximale d'indemnisation de 12 mois.

- Hospitalisations successives

Si une personne assurée est hospitalisée à nouveau par suite de la même blessure accidentelle dans les trois mois suivant un séjour à l'hôpital ayant ouvert droit à des prestations au titre de la présente garantie, le séjour à l'hôpital est assimilé au séjour précédent.

Le cas échéant, elle n'aura pas à accomplir la période d'attente de cinq jours et le versement de la rente payable au cours de l'hospitalisation précédente reprendra. La période maximale d'indemnisation pour l'ensemble des séjours à l'hôpital est de 12 mois.

Cumul des remboursements de frais

Les frais remboursables au titre de la présente garantie, qui sont également couverts par toute autre assurance prévoyant une couverture semblable, sont d'abord pris en charge par cette autre assurance. L'excédent est remboursé au titre de la présente garantie, sous réserve des maximums applicables.

Les remboursements effectués au titre de toutes les assurances ne peuvent excéder le montant des frais remboursables effectivement engagés.

Présentation des demandes de règlement

Pour présenter une demande de règlement portant sur un décès accidentel, vous devez remplir le formulaire « Déclaration de sinistre-décès ». Pour présenter une demande de règlement portant sur une mutilation accidentelle, vous devez remplir le formulaire « Demande de règlement Mutilation accidentelle ». L'administrateur de votre régime possède des exemplaires de ces deux formulaires. À noter que ces formulaires comportent une section devant être remplie par un médecin.

Le formulaire pertinent doit être présenté, dûment rempli, dans les six mois qui suivent la date du sinistre.

Exclusions

Aucune somme ne sera versée au titre de la présente garantie pour un décès ou une perte accidentels si ceux-ci découlent de ce qui suit :

- suicide ou blessures auto-infligées
- guerre, insurrection, action hostile d'une force armée, ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire
- infection (sauf une infection pyogène résultant d'une coupure ou d'une blessure accidentelles), maladie, affection, traitement médical d'une maladie ou d'une affection, ou infirmité physique ou mentale
- vol à bord d'un appareil de navigation aérienne, y compris les accidents survenant en cours d'embarquement ou de débarquement, ou lors de la descente de l'appareil en cours de vol, lorsque vous êtes membre du personnel navigant
- vol à bord d'un appareil de navigation aérienne, y compris les accidents survenant en cours d'embarquement ou de débarquement, ou lors de la descente de l'appareil en cours de vol, lorsque l'employeur ou toute autre personne agissant pour le compte de l'employeur, possède, utilise ou loue l'appareil
- perpétration ou tentative de perpétration d'une agression ou d'un acte criminel
- blessures subies pendant que vous étiez au volant d'un véhicule motorisé et sous l'influence de tout produit intoxicant, y compris l'alcool

Soins médicaux complémentaires

Si vous ou les personnes à votre charge engagez des frais couverts parmi ceux énumérés ci-après, vous aurez peut-être droit à une aide financière au titre de la garantie Soins médicaux complémentaires.

Le paiement de frais couverts est limité au montant des prestations maximales figurant sous la rubrique La garantie et dans la liste des frais couverts.

Les sommes prises en compte dans le calcul de la prestation maximale correspondent aux sommes versées après déduction de la franchise et l'application du pourcentage de remboursement ou de toute autre clause applicable.

Garantie Médicaments et Services pharmaceutiques pour les personnes domiciliées au Québec

Les régimes d'avantages sociaux prévoyant une garantie Médicaments pour les personnes domiciliées au Québec doivent répondre à certaines exigences de la loi sur l'assurance-médicaments du Québec (« Loi sur l'assurance-médicaments et Loi sur l'assurance maladie et modifiant diverses dispositions législatives »). Si vous et les personnes à votre charge êtes domiciliés au Québec, les clauses précisées à la section Garantie Médicaments et Services pharmaceutiques pour les personnes domiciliées au Québec s'appliqueront à votre garantie Médicaments.

Vos avantages sociaux

La garantie

Vous pouvez renoncer à l'assurance ou choisir l'Option 2 ou l'Option 3.

Option 2

Prestation maximale globale

1 000 000 \$ la vie durant. Chaque 1er janvier, la prestation maximale globale versée par la Financière Manuvie est rétablie, jusqu'à concurrence de 1 000 \$, et ce, jusqu'à ce que vous atteigniez l'âge de 65 ans. Lorsque le maximum à l'égard d'une personne assurée est inférieur d'au moins 10 000 \$ à la prestation maximale globale, cette personne peut demander le rétablissement à hauteur de la prestation maximale globale si elle fournit à la Financière Manuvie des renseignements qui permettent d'établir de manière satisfaisante qu'elle a recouvré la santé.

Franchise

Individuelle – 50 \$ par année civile

Couple – 100 \$ par année civile

Familiale – 150 \$ par année civile

Ne s'applique pas aux frais suivants :

Soins de la vue

Médicaments

Franchise relative aux médicaments

Individuelle – 50 \$ par année civile

Couple – 100 \$ par année civile

Familiale – 150 \$ par année civile

Maximum des frais d'exécution d'ordonnance – 5,00 \$ par ordonnance

Pourcentage de remboursement

100 % pour les frais suivants :

Soins de la vue

70 % des frais jusqu'à concurrence de la contribution maximale, et 100 % par la suite à l'égard des frais suivants :

Soins hospitaliers

Médicaments

Services professionnels

Services et matériel médicaux (sauf les chaussures orthopédiques ne faisant pas partie d'un appareil orthopédique ou d'une attelle)

50 % pour les frais suivants :

Services et matériel médicaux (chaussures orthopédiques ne faisant pas partie d'un appareil orthopédique ou d'une attelle)

Remarque :

Le pourcentage de remboursement dans le cas d'un traitement médical reçu d'urgence à l'extérieur de la province ou à l'étranger est de 70 %.

Le pourcentage de remboursement dans le cas d'un renvoi à l'étranger pour un traitement qui se donne au Canada est de 70 %.

Le pourcentage de remboursement dans le cas de l'Assistance-voyage en cas d'urgence est de 70 %.

Contribution maximale

Individuelle – 400 \$ par année civile

Couple – 650 \$ par année civile

Familiale – 900 \$ par année civile

Ne s'applique pas aux frais suivants :

Frais engagés à l'étranger

Âge de cessation – âge du salarié à son départ à la retraite.

Période probatoire

Salariés engagés à la date d'effet de la police ou avant cette date

90 jours dans le cas des salariés temporaires à temps plein

aucune, dans le cas de tous les autres salariés

Salariés engagés après la date d'effet de la police

90 jours dans le cas des salariés temporaires à temps plein

aucune, dans le cas de tous les autres salariés

Frais couverts

Les frais précisés sont couverts pourvu qu'ils soient raisonnables et habituels, selon la Financière Manuvie, et qu'ils soient :

- jugés nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure et recommandés par un médecin
- engagés pour le traitement d'une personne couverte, en cours de garantie, au titre du présent régime d'avantages sociaux
- raisonnables compte tenu de tous les facteurs
- non remboursables au titre du régime provincial ou de tout autre régime gouvernemental
- assurables en vertu de la loi
- liés à des médicaments, des fournitures, des soins ou des services reçus selon l'usage prescrit ou recommandés par un médecin
- associés à toute fourniture ou à tout médicament, service ou soin assujetti au processus de diligence raisonnable, que le processus ait été effectué et que la fourniture, le médicament, le soin ou le service soit admissible au titre du régime en date de l'approbation, selon les modalités fixées par la Financière Manuvie et comme indiqué à votre employeur, s'il y a lieu

Dans le cas où les soins, les services, les traitements et les fournitures cessent d'être couverts, en tout ou en partie, par un régime provincial, un programme ou un régime public ou encore un programme prévu par la loi, les frais qui ne sont plus couverts par le régime ou le programme en question ne seront pas remboursables d'office au titre du présent régime. Au moment du changement, une évaluation sera faite en vue de déterminer si les frais sont remboursables.

Vos avantages sociaux

Le présent régime ne prend pas automatiquement en charge l'ensemble des médicaments, des soins, des services et des fournitures. Les nouveaux médicaments, les nouvelles indications de médicaments existants, les soins, les services et les fournitures sont passés en revue par la Financière Manuvie conformément au processus de diligence raisonnable. À la fin du processus, la Financière Manuvie prend l'une des décisions suivantes : couvrir, couvrir en utilisant des critères d'autorisation préalable, exclure ou appliquer des plafonds de remboursement.

La Financière Manuvie tient à jour une liste de médicaments, de soins, de services et de fournitures qui nécessitent une autorisation préalable. L'autorisation préalable vise à vérifier si le traitement prescrit est nécessaire du point de vue médical. Lorsqu'il existe un traitement équivalent moins cher, ou que les lignes directrices en matière de prescription indiquent que les médicaments équivalents doivent être essayés en premier, vous ou la personne à votre charge admissible devrez d'abord essayer le traitement équivalent, à moins qu'il n'y ait une contre-indication médicale au traitement équivalent.

Si elle le juge approprié, la Financière Manuvie demandera au médecin des renseignements médicaux, des résultats de test ou d'autres documents pour déterminer l'admissibilité du médicament, du soin, du service ou des fournitures.

S'il y a lieu, la Financière Manuvie peut vérifier si vous ou les personnes à votre charge font appel aux réseaux de distribution exclusifs de la Financière Manuvie pour l'achat de médicaments, de soins, de services ou de fournitures. La Financière Manuvie peut refuser de rembourser les frais de médicaments, de soins, de services ou de fournitures obtenus d'un fournisseur ne faisant pas partie du réseau de distribution exclusif.

Observance thérapeutique

La non-observance thérapeutique peut faire en sorte que les médicaments, les soins, les services ou les fournitures n'ouvrent plus droit à un remboursement.

Programmes d'aide aux patients

La Financière Manuvie peut exiger que vous ou les personnes à votre charge s'inscrivent et participent à tout programme d'aide aux patients auquel vous êtes admissibles. La Financière Manuvie se réserve le droit de déduire des frais remboursables le montant de l'aide financière à laquelle vous ou les personnes à votre charge avez droit dans le cadre d'un programme d'aide aux patients.

Programmes de gestion des maladies

La participation à un programme de gestion des maladies peut être exigée. La décision relative à l'obligation de participer au programme revient à la Financière Manuvie.

Provision maximale

Le remboursement de produits qui sont couverts au titre de la présente garantie et qu'on peut se procurer en grandes quantités sera limité à un approvisionnement de trois mois au maximum par achat.

- Frais de médicaments

La quantité maximale de médicaments couverte pour chaque ordonnance sera la plus petite des quantités suivantes :

- la quantité prescrite par le médecin ou le dentiste, ou
- une provision de 34 jours.

Une provision maximale de 100 jours pourra être couverte dans le cas d'un traitement de longue durée, si le médecin et le pharmacien jugent qu'il convient de prescrire une plus grande quantité de médicaments.

Soins hospitaliers

- frais de séjour en chambre à deux lits excédant le tarif de salle, jusqu'à concurrence de 175 \$ par jour pour un maximum de 365 jours, à condition que :
 - la personne soit hospitalisée, et
 - le type de chambre ait été expressément choisi par écrit par le patient
- séjour en chambre à deux lits dans un hôpital de réadaptation qui commence dans les trois jours suivant une hospitalisation, sous réserve d'une période maximale de 180 jours. Une nouvelle durée maximale de séjour commence à courir si la personne assurée n'est pas hospitalisée dans un hôpital de réadaptation pendant un minimum de 30 jours.
- la partie des frais de séjour en salle ou des frais modérateurs facturée au patient à l'hôpital (ou les frais similaires) n'est pas couverte

Médicaments à tiers payant – Régime 3

Les frais suivants sont couverts s'ils sont engagés pour des médicaments ou des fournitures prescrits par écrit par un médecin ou un dentiste et délivrés par un pharmacien autorisé.

- médicaments qui servent au traitement d'une maladie ou d'une blessure et qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance du médecin ou du dentiste en vertu de la loi
- contraceptifs oraux, stérilets et diaphragmes
- médicaments injectables
- médicaments de soutien vital
- vaccins et médicaments préventifs (par voie orale ou injection)
- vitamines vendues sur ordonnance
- vitamines injectables vendues sans ordonnance
- fournitures pour diabétiques (à l'exclusion des tampons d'ouate, de l'alcool à friction, des injecteurs automatiques à pression et d'autres appareils semblables)

Les frais engagés pour ce qui suit sont exclus :

- administration de médicaments injectables
- médicaments, produits biologiques et préparations similaires qui sont administrés à l'hôpital à un patient hospitalisé ou en consultation externe
- frais de médicaments jugés inadmissibles à la suite du processus de diligence raisonnable

- Maximums relatifs aux frais de médicaments

Médicaments contre la stérilité – 6 000 \$ la vie durant

Tous les autres frais de médicaments couverts – aucun maximum, sous réserve de la prestation maximale globale.

Vos avantages sociaux

- Règlement des frais de médicaments

Lorsque vous présentez votre carte médicaments à votre pharmacien, celui-ci peut vérifier immédiatement quels médicaments sont couverts par le régime. Lorsque vous présentez votre carte médicaments à tiers payant au moment de l'achat, vous et les personnes à votre charge n'avez pas à payer la totalité du coût des médicaments ou des fournitures prescrits.

La carte est acceptée par les pharmaciens participants qui affichent la vignette ayant trait au programme de médicaments à tiers payant.

Pour obtenir les médicaments ou des fournitures qui vous ont été prescrits, vous devez :

- a) présenter votre carte médicaments au pharmacien au moment de l'achat et
- b) acquitter la partie des frais qui n'est pas couverte au titre de la présente garantie.

Vous devrez payer la totalité du coût des médicaments ou des fournitures qui vous ont été prescrits au moment de leur achat :

- si vous ne trouvez pas de pharmacie participante
- si vous n'avez pas votre carte médicaments
- si les médicaments qui vous ont été prescrits ne peuvent être payés avec votre carte médicaments

Pour de plus amples renseignements sur les modalités de remboursement des frais de médicaments que vous avez réglés, veuillez vous adresser à l'administrateur de votre régime.

Soins de la vue

- examens de la vue effectués par un ophtalmologiste ou un optométriste, jusqu'à concurrence de 120 \$ par période de 24 mois
- achat et ajustement de lunettes d'ordonnance ou de lentilles cornéennes au choix, ainsi que les réparations, ou interventions au laser visant à corriger la vue, jusqu'à concurrence de 200 \$ par période de 24 mois
- si des lentilles cornéennes sont nécessaires au traitement d'une grave affection ou peuvent porter le degré de vision de l'œil le plus puissant à 20/40 dans les cas où des lunettes ne permettent pas un tel résultat, la prestation maximale sera de 200 \$ par période de 24 mois
- cristallins artificiels

Services professionnels

Services offerts par les praticiens diplômés suivants :

- Chiropraticien – 500 \$ par année civile
- Ostéopathe – 500 \$ par année civile
- Podiatre/Chiropodiste – 500 \$ par année civile
- Massothérapeute – 500 \$ par année civile
- Naturopathe – 500 \$ par année civile

- Orthophoniste – 500 \$ par année civile
- Physiothérapeute – 500 \$ par année civile
- Psychologue – 500 \$ par année civile
- Acupuncteur – 500 \$ par année civile
- Praticien de la science chrétienne – 500 \$ par année civile
- Ergothérapeute – 500 \$ par année civile
- Thérapeute du sport – 500 \$ par année civile
- Homéopathe – 500 \$ par année civile

Les frais engagés pour recevoir des services professionnels de la part d'un chiropraticien ou d'un podiatre/chiropriste peuvent être payés en partie par les régimes provinciaux. Il peut être interdit par la législation provinciale de couvrir les frais non remboursés avant que le plafond prévu par le régime provincial soit atteint. Dans les provinces où c'est le cas, le présent régime prend en charge les frais une fois que le plafond prévu par le régime provincial pour l'année de couverture a été atteint.

Les frais engagés pour tous les autres services professionnels peuvent être partiellement pris en charge par les régimes provinciaux. Dans les provinces où c'est le cas, le présent régime prend en charge les frais une fois que le plafond prévu par le régime provincial pour l'année de couverture a été atteint.

Il n'est pas nécessaire qu'un médecin recommande les services professionnels.

Services et matériel médicaux

Dans le cas du matériel médical couvert au titre de la présente clause, les frais remboursables sont limités au coût de l'appareil ou de l'article qui répond adéquatement aux besoins médicaux fondamentaux du patient.

Soins infirmiers privés

Soins infirmiers privés qui sont réputés inclus dans le champ de pratique des soins infirmiers et qui sont fournis au domicile du patient par, ou sous la supervision d'une infirmière diplômée ou par une infirmière auxiliaire. Les services de soins à domicile incluent les traitements suivants :

- façon intermittente par une infirmière diplômée ou par une infirmière auxiliaire, ou les soins supervisés par de telles infirmières;
- les services d'un aide soignant à domicile, qui consistent principalement à prendre soin du patient, à temps partiel ou de façon intermittente;
- les services de physiothérapie, d'ergothérapie, d'orthophonie, d'inhalothérapie ou d'assistance médico-sociale, les conseils en matière d'alimentation, l'hémodialyse, l'oxygène, son administration ainsi que les services diagnostiques;
- les fournitures médicales, les médicaments prescrits par un médecin dans la mesure où ces frais auraient été couverts si le patient était resté à l'hôpital.

Les frais couverts sont remboursables, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année civile.

Vos avantages sociaux

Les frais engagés pour ce qui suit ne sont pas couverts :

- soins de garde, travaux ménagers ou services de surveillance
- soins donnés par une infirmière ou un infirmier qui est un proche parent du patient ou qui habite sous le même toit que lui
- soins donnés pendant que le patient séjourne dans un hôpital, une maison de repos ou un autre établissement semblable
- soins pouvant être donnés par une personne moins qualifiée, un parent ou un ami du patient, ou une personne habitant sous le même toit que lui

Détermination préalable des frais remboursables

Il vous est conseillé de présenter un plan de traitement détaillant les coûts prévus avant d'avoir recours à des soins infirmiers privés. Vous serez alors avisé de toute prestation payable.

Ambulance

- le transport en ambulance autorisée fourni dans la province du domicile du patient, y compris en ambulance aérienne, pour transférer le patient au plus proche hôpital en mesure de fournir le traitement requis

Appareils médicaux

- location, ou achat si la Financière Manuvie le permet, du matériel suivant :
 - Matériel de mobilité : béquilles, cannes, ambulateurs et fauteuils roulants
 - Équipement médical durable : lit d'hôpital manuel, respirateur et appareil pour l'administration de l'oxygène et autres appareils médicaux que l'on ne trouve habituellement que dans les hôpitaux.

Prothèses non dentaires, supports et aides auditives

- prothèses externes
- lentilles cornéennes ou verres à la suite d'une chirurgie de la cataracte (maximum d'une paire la vie durant)
- bas de soutien
- soutiens-gorge post-mastectomie
- attelles (sauf les attelles podologiques), bandages herniaires, colliers, orthèses de la jambe, plâtres et éclisses
- chaussures orthopédiques de série et modifications ou ajustements aux chaussures orthopédiques de série ou aux chaussures ordinaires (la recommandation d'un médecin ou d'un podiatre est exigée) et chaussures fabriquées sur mesure et nécessaires en raison d'une anomalie physiologique qui, selon les attestations médicales, ne peut être corrigée par des chaussures orthopédiques de série ni des chaussures orthopédiques de série modifiées (les chaussures fabriquées sur mesure doivent être fabriquées par un spécialiste autorisé en chaussures orthopédiques).

Vos avantages sociaux

- orthèses moulées, fabriquées sur mesure (la recommandation d'un médecin ou d'un podiatre est exigée)
- coût, mise en place, réparation et entretien d'aides auditives, jusqu'à concurrence de 500 \$ par période de 60 mois

Autres services et matériel médicaux

- fournitures nécessaires contre l'incontinence ou par suite d'une iléostomie ou d'une colostomie
- pansements médicamenteux et vêtements pour brûlés
- perruques et prothèses capillaires pour les patients qui ont temporairement perdu leurs cheveux par suite d'un traitement médical
- oxygène
- masques CPAP, y compris les remplacements
- mains courantes
- sièges d'aisances levés
- tests microscopiques et autres actes et tests diagnostiques semblables effectués dans un laboratoire autorisé dans la province de Québec
- traitement de blessures accidentelles causées aux dents naturelles ou à la mâchoire, pourvu que le traitement soit fourni dans les 12 mois suivant l'accident. Les blessures résultant de la mastication sont exclues.

Frais engagés à l'extérieur de la province/à l'étranger

- traitement médical requis par suite d'une urgence médicale survenant pendant les 12 premières semaines d'un séjour temporaire à l'extérieur de la province du domicile, pourvu que la personne assurée qui reçoit le traitement soit aussi assurée par le régime provincial pendant ce séjour à l'extérieur de la province du domicile, jusqu'à concurrence de 1 000 000 \$ la vie durant.

Par « urgence médicale », on entend :

- une blessure soudaine et inattendue ou une maladie imprévue survenant au cours d'un voyage de la personne assurée (vous ou une personne à votre charge) à l'extérieur de la province du domicile, ou
- un problème de santé particulier ou une affection précise déjà diagnostiquée, mais stable du point de vue médical, lors du départ.

Par « stable », on entend que, dans les 90 jours précédant la date du départ, la personne assurée (vous ou une personne à votre charge) n'a :

- reçu aucun traitement ni subi d'examen à l'égard de nouveaux symptômes ou d'une nouvelle affection;
- connu aucune aggravation des symptômes existants ni augmentation de leur fréquence;

Vos avantages sociaux

- dû apporter aucun changement à ses traitements ou médicaments (à part les ajustements de routine dans le cadre de soins continus);
- pas été hospitalisée pour recevoir un traitement lié à l'affection.

La couverture n'est pas offerte s'il est prévu que vous (ou la personne à votre charge) subissiez un test, un examen ou un traitement inhabituel relativement à votre affection ou à une affection non diagnostiquée.

La couverture s'applique en cas d'urgence médicale liée à la grossesse, pourvu que le voyage soit terminé au moins quatre semaines avant la date prévue de l'accouchement.

L'urgence médicale prend fin lorsque le médecin traitant estime, d'après les renseignements médicaux dont il dispose, que l'état du patient est suffisamment stable pour lui permettre de retourner dans sa province ou son territoire de résidence.

- renvoi à l'étranger en vue d'un traitement offert au Canada, jusqu'à concurrence de 100 \$ par jour pour un maximum de 60 jours

Si, pendant qu'elle suit un traitement médical pour lequel elle a été dirigée à l'étranger, la personne assurée a besoin d'un traitement pour une affection qui est liée directement ou indirectement à ce traitement, la totalité des frais remboursables pour l'ensemble du traitement est assujettie à un maximum de 100 \$ par jour, pour un maximum de 60 jours.

Dans le cas d'un traitement médical non urgent administré à l'étranger :

- le traitement doit être recommandé par un médecin exerçant au Canada, et
- il vous est conseillé de présenter une description détaillée du traitement à des fins d'évaluation des coûts, avant que ne commence le traitement. Vous serez ensuite informé de la somme qui sera accordée, le cas échéant.

Les frais engagés pour ce qui suit sont remboursables au titre de cette garantie :

- services d'un médecin
- frais de séjour à l'hôpital selon les tarifs de salle normaux. Les frais excédant le tarif de salle sont remboursables si la clause Soins hospitaliers fait partie du présent régime.
- services hospitaliers spéciaux
- frais engagés à l'hôpital en consultation externe
- transport en ambulance autorisée, y compris en ambulance aérienne, pour transférer le patient au plus proche établissement médical ou hôpital en mesure de fournir le traitement requis
- évacuation sanitaire en vue de l'admission dans un hôpital ou un établissement médical dans la province du domicile du patient

La somme payable à l'égard de ces frais correspond aux frais raisonnables et habituels, réduits de la somme payable au titre du régime provincial.

Tous les autres frais engagés à l'extérieur de la province de domicile au titre de la garantie Soins médicaux complémentaires sont remboursés au même titre que s'ils avaient été engagés dans la province de domicile.

Assistance-voyage en cas d'urgence

L'Assistance-voyage en cas d'urgence est un programme d'assistance-voyage dont vous et les personnes à votre charge couvertes pouvez bénéficier au cours des 12 premières semaines d'un séjour temporaire à l'extérieur de la province de votre domicile. Les services d'assistance sont fournis par une organisation internationale, spécialisée en assistance-voyage.

Vous pouvez obtenir une assistance en cas d'urgence médicale ou non médicale survenant pendant un voyage. Les services sont offerts pendant la période au cours de laquelle vous êtes couvert pour les frais engagés à l'extérieur de la province ou à l'étranger au titre de la présente garantie.

De plus, l'Assistance-voyage en cas d'urgence vous offre, ainsi qu'aux personnes à votre charge, un service de conseils-santé au moment où vous en avez besoin, que vous soyez à la maison ou en voyage.

Des renseignements sur le programme Assistance-voyage en cas d'urgence sont fournis ci-dessous, ainsi que dans votre dépliant portant sur ce programme.

Assistance médicale en cas d'urgence

Par « urgence médicale », on entend :

- une blessure soudaine et inattendue ou une maladie imprévue survenant au cours d'un voyage de la personne assurée (vous ou une personne à votre charge) à l'extérieur de la province du domicile, ou
- un problème de santé particulier ou une affection précise déjà diagnostiquée, mais stable du point de vue médical, lors du départ.

Par « stable », on entend que, dans les 90 jours précédant la date du départ, la personne assurée (vous ou une personne à votre charge) n'a :

- reçu aucun traitement ni subi d'examen à l'égard de nouveaux symptômes ou d'une nouvelle affection;
- connu aucune aggravation des symptômes existants ni augmentation de leur fréquence;
- dû apporter aucun changement à ses traitements ou médicaments (à part les ajustements de routine dans le cadre de soins continus);
- pas été hospitalisée pour recevoir un traitement lié à l'affection.

La couverture n'est pas offerte s'il est prévu que vous (ou la personne à votre charge) subissiez un test, un examen ou un traitement inhabituel relativement à votre affection ou à une affection non diagnostiquée.

La couverture s'applique en cas d'urgence médicale liée à la grossesse, pourvu que le voyage soit terminé au moins quatre semaines avant la date prévue de l'accouchement.

L'urgence médicale prend fin lorsque le médecin traitant estime, d'après les renseignements médicaux dont il dispose, que l'état du patient est suffisamment stable pour lui permettre de retourner dans sa province ou son territoire de résidence.

a) **Assistance 24 heures sur 24**

Assistance multilingue disponible 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, par téléphone (sans frais ou à frais virés), par télex ou par télécopieur.

Vos avantages sociaux

b) Renvoi à un médecin, dentiste, etc.

Renvoi au médecin, au dentiste, au pharmacien ou à l'établissement médical approprié le plus proche et confirmation de l'assurance.

c) Règlement des frais médicaux

Si un hôpital ou tout autre dispensateur de soins médicaux exige un acompte ou le paiement intégral des services fournis et que les frais totalisent plus de 200 \$ (en dollars canadiens), les mesures nécessaires seront prises pour régler ces frais et présenter au nom de la personne assurée les demandes de remboursement nécessaires.

Le paiement et le remboursement des frais tiennent compte de l'assurance de la personne assurée au titre du régime provincial et de la présente garantie. S'il s'avère que les frais qui ont été réglés excèdent le montant des prestations auxquelles la personne assurée a droit, la Financière Manuvie se réserve le droit d'exiger que la personne assurée rembourse le trop-perçu ou fasse cession des prestations payables par le régime provincial.

d) Contrôle des soins reçus

Le personnel médical effectuera un contrôle des soins et services médicaux reçus et entrera en communication, aussi souvent que nécessaire, avec la personne assurée, son médecin traitant, son médecin de famille et sa famille.

e) Transport pour des raisons médicales

Si c'est nécessaire du point de vue médical, les mesures appropriées seront prises en vue du transport de la personne assurée à destination et en provenance du plus proche établissement médical ou à destination d'un établissement médical de la province de son domicile. Les frais engagés pour le transport médical sont remboursables aux conditions précisées à la rubrique Services et matériel médicaux – Frais engagés à l'extérieur de la province/à l'étranger.

Si la présence d'un accompagnateur médical est nécessaire du point de vue médical, les frais engagés pour son transport aller et retour sont pris en charge.

f) Rapatriement des enfants à charge

Si, par suite de l'hospitalisation d'une personne assurée, des enfants à sa charge se retrouvent seuls, les arrangements nécessaires seront pris pour ramener les enfants à leur domicile et la portion non remboursable du transport sera prise en charge.

Au besoin, les frais de voyage aller-retour d'une personne qualifiée pour accompagner les enfants seront également pris en charge.

g) Interruption du voyage ou retard sur le programme

Si un voyage ne peut pas se poursuivre ou est retardé en raison d'une maladie ou d'une blessure d'une personne assurée, le transport en classe économique (aller simple) de chaque personne assurée (et d'un compagnon de voyage s'il y a lieu) est organisé, afin qu'elle puisse poursuivre le voyage ou rentrer chez elle, et la partie non remboursable des frais de transport est prise en charge.

Un compagnon de voyage est une personne qui voyage avec la personne assurée et dont les frais de transport et d'hébergement ont été payés à l'avance en même temps que ceux de la personne assurée.

Si la personne assurée décide de poursuivre le voyage, les frais engagés ultérieurement liés directement ou indirectement à la même maladie ou à la même blessure ne seront pas remboursés.

Vos avantages sociaux

Si la personne assurée doit revenir à la maison en raison de l'hospitalisation ou du décès d'un proche parent, son transport en classe économique (aller simple) est organisé et la partie non remboursable du voyage est prise en charge.

h) Convalescence après la sortie de l'hôpital

Si, pour des raisons médicales, la personne assurée est dans l'incapacité de voyager suivant sa sortie de l'hôpital, les frais engagés pour les repas et l'hébergement après la date de départ initialement prévue sont remboursés, sous réserve du maximum prévu à l'alinéa l).

i) Déplacement d'un proche parent

Si, pendant un voyage effectué seul, la personne assurée est hospitalisée et que l'hospitalisation doit durer plus de sept jours, les frais de voyage aller et retour en classe économique d'un proche parent jusqu'à l'hôpital sont pris en charge. Le déplacement du proche parent doit préalablement être approuvé par l'administrateur.

j) Retour du véhicule automobile

Si la personne assurée est dans l'incapacité, pour cause de maladie, de blessure ou de décès, de conduire son véhicule ou un véhicule de location, les dispositions nécessaires pour ramener le véhicule à son domicile ou à l'agence de location la plus proche sont prises et les frais, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ (en dollars canadiens), sont pris en charge.

k) Identification du corps de la personne assurée

Si la personne assurée décède au cours d'un voyage effectué seul, les frais de voyage aller et retour d'un proche parent, en classe économique, afin qu'il puisse identifier le corps avant son rapatriement sont pris en charge.

l) Hébergement et repas

Dans les situations décrites aux paragraphes f), g), h), i) et k), les frais d'hébergement et de repas sont pris en charge, sous réserve d'un maximum global de 2 000 \$ (en dollars canadiens) par urgence médicale.

Assistance non médicale

a) Rapatriement de la dépouille de la personne assurée

Si la personne assurée décède, les autorisations nécessaires sont obtenues et des dispositions sont prises pour le rapatriement du corps dans la province de domicile de la personne assurée. Sont remboursables les frais engagés pour la préparation du corps, ainsi que pour son transport, sous réserve d'un remboursement maximal de 5 000 \$ (en dollars canadiens). Les frais liés à l'inhumation, notamment l'achat d'un cercueil ou d'une urne, ne sont pas remboursables.

b) Remplacement de papiers personnels et de titres de transport

En cas de perte ou de vol, l'aide nécessaire est apportée à la personne assurée afin qu'elle puisse communiquer avec les autorités locales pour remplacer les passeports, les visas, les titres de transport ou autres documents de voyage.

c) Renvoi à un conseiller juridique

La personne assurée est adressée à un conseiller juridique sur place et, au besoin, l'aide nécessaire pour se faire avancer des fonds par sa famille, ses amis, ou sur ses cartes de crédit lui est prêtée.

Vos avantages sociaux

d) Service d'interprétation téléphonique

Un service d'interprétation téléphonique dans les principales langues est offert.

e) Transmission de messages

Un service de messagerie téléphonique s'occupe de transmettre à la personne assurée les messages de sa famille, de ses amis ou de ses associés. Il achemine également les messages de la personne assurée. Les messages sont gardés pendant 15 jours.

f) Assistance avant le voyage

Des renseignements à jour sur les exigences du pays où la personne assurée compte se rendre en matière de passeport, visa, vaccination et inoculation sont fournis.

Service de conseils-santé

La personne assurée peut avoir recours aux services suivants s'ils sont nécessaires par suite d'une maladie ou d'une blessure :

a) Accès aux services d'une infirmière ou d'un infirmier autorisés après les heures normales de travail

La personne assurée peut communiquer avec une infirmière autorisée au moyen d'un numéro de téléphone sans frais sept jours par semaine, lorsqu'elle ne peut pas joindre son médecin de famille.

b) Conseils médicaux

Des conseils médicaux peuvent être fournis dans les cas suivants :

- i. la personne assurée veut savoir si une maladie ou une blessure peut être traitée en toute sécurité à la maison ou si elle doit consulter un médecin ou se rendre au service des urgences;
- ii. la personne assurée veut connaître les effets secondaires d'un médicament prescrit; et
- iii. tout autre service lié aux soins de santé qui peut être demandé par la personne assurée.

c) Transfert de l'appel au service 9-1-1

Si nécessaire, l'appel de la personne assurée est immédiatement acheminé au service 9-1-1 pour assistance médicale.

d) Suivi

Si nécessaire, l'infirmière autorisée rappelle la personne assurée dans les 24 heures suivant l'appel initial afin d'assurer un suivi.

Exclusions

La Financière Manuvie et la compagnie d'assistance-voyage retenue par la Financière Manuvie pour fournir les services offerts au titre de la présente garantie sont dégagés de toute responsabilité quant à la disponibilité, à la qualité ou aux résultats des traitements reçus par la personne assurée. Ils sont également dégagés de toute responsabilité si, pour quelque raison que ce soit, la personne assurée ne reçoit pas les traitements médicaux ou les services d'assistance d'urgence.

Les services d'assistance d'urgence peuvent ne pas être offerts dans certains pays en raison de guerre, d'instabilité politique ou d'autres circonstances qui retardent ou empêchent la prestation de tout service.

Comment obtenir les services offerts au titre du programme Assistance-voyage en cas d'urgence – Votre carte d'assistance-voyage

Les numéros de téléphone sans frais à composer en cas d'urgence lorsque vous voyagez à l'extérieur de la province de votre domicile sont indiqués sur votre carte d'assistance-voyage. Ces numéros vous permettront d'entrer en communication avec l'organisation d'assistance-voyage internationale.

Votre numéro de participant et le numéro de votre police qui sont nécessaires pour confirmer votre droit à la couverture sont également indiqués sur votre carte d'assistance-voyage.

Si vous n'avez pas votre carte d'assistance-voyage, veuillez communiquer avec l'administrateur de votre régime.

Option 3

Prestation maximale globale

1 000 000 \$ la vie durant. Chaque 1er janvier, la prestation maximale globale versée par la Financière Manuvie est rétablie, jusqu'à concurrence de 1 000 \$, et ce, jusqu'à ce que vous atteigniez l'âge de 65 ans. Lorsque le maximum à l'égard d'une personne assurée est inférieur d'au moins 10 000 \$ à la prestation maximale globale, cette personne peut demander le rétablissement à hauteur de la prestation maximale globale si elle fournit à la Financière Manuvie des renseignements qui permettent d'établir de manière satisfaisante qu'elle a recouvré la santé.

Franchise

Individuelle – 25 \$ par année civile

Couple – 50 \$ par année civile

Familiale – 75 \$ par année civile

Ne s'applique pas aux frais suivants :

Soins de la vue

Médicaments

Franchise relative aux médicaments

Individuelle – 25 \$ par année civile

Couple – 50 \$ par année civile

Familiale – 75 \$ par année civile

Maximum des frais d'exécution d'ordonnance – 5,00 \$ par ordonnance

Pourcentage de remboursement

100 % pour les frais suivants :

Soins de la vue

80 % des frais jusqu'à concurrence de la contribution maximale, et 100 % par la suite à l'égard des frais suivants :

Soins hospitaliers

Médicaments

Services professionnels

Services et matériel médicaux (sauf les chaussures orthopédiques ne faisant pas partie d'un appareil orthopédique ou d'une attelle)

Vos avantages sociaux

50 % pour les frais suivants :

Services et matériel médicaux (chaussures orthopédiques ne faisant pas partie d'un appareil orthopédique ou d'une attelle)

Remarque :

Le pourcentage de remboursement dans le cas d'un traitement médical reçu d'urgence à l'extérieur de la province ou à l'étranger est de 80 %.

Le pourcentage de remboursement dans le cas d'un renvoi à l'étranger pour un traitement qui se donne au Canada est de 80 %.

Le pourcentage de remboursement dans le cas de l'Assistance-voyage en cas d'urgence est de 80 %.

Contribution maximale

Individuelle – 250 \$ par année civile

Couple – 400 \$ par année civile

Familiale – 550 \$ par année civile

Ne s'applique pas aux frais suivants :

Frais engagés à l'étranger

Âge de cessation – âge du salarié à son départ à la retraite.

Période probatoire

Salariés engagés à la date d'effet de la police ou avant cette date

90 jours dans le cas des salariés temporaires à temps plein
aucune, dans le cas de tous les autres salariés

Salariés engagés après la date d'effet de la police

90 jours dans le cas des salariés temporaires à temps plein
aucune, dans le cas de tous les autres salariés

Frais couverts

Les frais précisés sont couverts pourvu qu'ils soient raisonnables et habituels, selon la Financière Manuvie, et qu'ils soient :

- jugés nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure et recommandés par un médecin
- engagés pour le traitement d'une personne couverte, en cours de garantie, au titre du présent régime d'avantages sociaux
- raisonnables compte tenu de tous les facteurs
- non remboursables au titre du régime provincial ou de tout autre régime gouvernemental
- assurables en vertu de la loi

- liés à des médicaments, des fournitures, des soins ou des services reçus selon l'usage prescrit ou recommandés par un médecin
- associés à toute fourniture ou à tout médicament, service ou soin assujetti au processus de diligence raisonnable, que le processus ait été effectué et que la fourniture, le médicament, le soin ou le service soit admissible au titre du régime en date de l'approbation, selon les modalités fixées par la Financière Manuvie et comme indiqué à votre employeur, s'il y a lieu

Dans le cas où les soins, les services, les traitements et les fournitures cessent d'être couverts, en tout ou en partie, par un régime provincial, un programme ou un régime public ou encore un programme prévu par la loi, les frais qui ne sont plus couverts par le régime ou le programme en question ne seront pas remboursables d'office au titre du présent régime. Au moment du changement, une évaluation sera faite en vue de déterminer si les frais sont remboursables.

Le présent régime ne prend pas automatiquement en charge l'ensemble des médicaments, des soins, des services et des fournitures. Les nouveaux médicaments, les nouvelles indications de médicaments existants, les soins, les services et les fournitures sont passés en revue par la Financière Manuvie conformément au processus de diligence raisonnable. À la fin du processus, la Financière Manuvie prend l'une des décisions suivantes : couvrir, couvrir en utilisant des critères d'autorisation préalable, exclure ou appliquer des plafonds de remboursement.

La Financière Manuvie tient à jour une liste de médicaments, de soins, de services et de fournitures qui nécessitent une autorisation préalable. L'autorisation préalable vise à vérifier si le traitement prescrit est nécessaire du point de vue médical. Lorsqu'il existe un traitement équivalent moins cher, ou que les lignes directrices en matière de prescription indiquent que les médicaments équivalents doivent être essayés en premier, vous ou la personne à votre charge admissible devrez d'abord essayer le traitement équivalent, à moins qu'il n'y ait une contre-indication médicale au traitement équivalent.

Si elle le juge approprié, la Financière Manuvie demandera au médecin des renseignements médicaux, des résultats de test ou d'autres documents pour déterminer l'admissibilité du médicament, du soin, du service ou des fournitures.

S'il y a lieu, la Financière Manuvie peut vérifier si vous ou les personnes à votre charge font appel aux réseaux de distribution exclusifs de la Financière Manuvie pour l'achat de médicaments, de soins, de services ou de fournitures. La Financière Manuvie peut refuser de rembourser les frais de médicaments, de soins, de services ou de fournitures obtenus d'un fournisseur ne faisant pas partie du réseau de distribution exclusif.

Observance thérapeutique

La non-observance thérapeutique peut faire en sorte que les médicaments, les soins, les services ou les fournitures n'ouvrent plus droit à un remboursement.

Programmes d'aide aux patients

La Financière Manuvie peut exiger que vous ou les personnes à votre charge s'inscrivent et participent à tout programme d'aide aux patients auquel vous êtes admissibles. La Financière Manuvie se réserve le droit de déduire des frais remboursables le montant de l'aide financière à laquelle vous ou les personnes à votre charge avez droit dans le cadre d'un programme d'aide aux patients.

Programmes de gestion des maladies

La participation à un programme de gestion des maladies peut être exigée. La décision relative à l'obligation de participer au programme revient à la Financière Manuvie.

Vos avantages sociaux

Provision maximale

Le remboursement de produits qui sont couverts au titre de la présente garantie et qu'on peut se procurer en grandes quantités sera limité à un approvisionnement de trois mois au maximum par achat.

- Frais de médicaments

La quantité maximale de médicaments couverte pour chaque ordonnance sera la plus petite des quantités suivantes :

- la quantité prescrite par le médecin ou le dentiste, ou
- une provision de 34 jours.

Une provision maximale de 100 jours pourra être couverte dans le cas d'un traitement de longue durée, si le médecin et le pharmacien jugent qu'il convient de prescrire une plus grande quantité de médicaments.

Soins hospitaliers

- frais de séjour en chambre à deux lits excédant le tarif de salle, jusqu'à concurrence de 175 \$ par jour pour un maximum de 365 jours, à condition que :
 - la personne soit hospitalisée, et
 - le type de chambre ait été expressément choisi par écrit par le patient
- séjour en chambre à deux lits dans un hôpital de réadaptation qui commence dans les trois jours suivant une hospitalisation, sous réserve d'une période maximale de 180 jours. Une nouvelle durée maximale de séjour commence à courir si la personne assurée n'est pas hospitalisée dans un hôpital de réadaptation pendant un minimum de 30 jours.
- la partie des frais de séjour en salle ou des frais modérateurs facturée au patient à l'hôpital (ou les frais similaires) n'est pas couverte

Médicaments à tiers payant – Régime 3

Les frais suivants sont couverts s'ils sont engagés pour des médicaments ou des fournitures prescrits par écrit par un médecin ou un dentiste et délivrés par un pharmacien autorisé.

- médicaments qui servent au traitement d'une maladie ou d'une blessure et qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance du médecin ou du dentiste en vertu de la loi
- contraceptifs oraux, stérilets et diaphragmes
- médicaments injectables
- médicaments de soutien vital
- vaccins et médicaments préventifs (par voie orale ou injection)
- vitamines vendues sur ordonnance
- vitamines injectables vendues sans ordonnance
- fournitures pour diabétiques (à l'exclusion des tampons d'ouate, de l'alcool à friction, des injecteurs automatiques à pression et d'autres appareils semblables)

Les frais engagés pour ce qui suit sont exclus :

- administration de médicaments injectables
- médicaments, produits biologiques et préparations similaires qui sont administrés à l'hôpital à un patient hospitalisé ou en consultation externe
- frais de médicaments jugés inadmissibles à la suite du processus de diligence raisonnable

- Maximums relatifs aux frais de médicaments

Médicaments contre la stérilité – 6 000 \$ la vie durant

Tous les autres frais de médicaments couverts – aucun maximum, sous réserve de la prestation maximale globale.

- Règlement des frais de médicaments

Lorsque vous présentez votre carte médicaments à votre pharmacien, celui-ci peut vérifier immédiatement quels médicaments sont couverts par le régime. Lorsque vous présentez votre carte médicaments à tiers payant au moment de l'achat, vous et les personnes à votre charge n'avez pas à payer la totalité du coût des médicaments ou des fournitures prescrits.

La carte est acceptée par les pharmaciens participants qui affichent la vignette ayant trait au programme de médicaments à tiers payant.

Pour obtenir les médicaments ou des fournitures qui vous ont été prescrits, vous devez :

- a) présenter votre carte médicaments au pharmacien au moment de l'achat et
- b) acquitter la partie des frais qui n'est pas couverte au titre de la présente garantie.

Vous devrez payer la totalité du coût des médicaments ou des fournitures qui vous ont été prescrits au moment de leur achat :

- si vous ne trouvez pas de pharmacie participante
- si vous n'avez pas votre carte médicaments
- si les médicaments qui vous ont été prescrits ne peuvent être payés avec votre carte médicaments

Pour de plus amples renseignements sur les modalités de remboursement des frais de médicaments que vous avez réglés, veuillez vous adresser à l'administrateur de votre régime.

Soins de la vue

- examens de la vue effectués par un ophtalmologiste ou un optométriste, jusqu'à concurrence de 120 \$ par période de 24 mois
- achat et ajustement de lunettes d'ordonnance ou de lentilles cornéennes au choix, ainsi que les réparations, ou interventions au laser visant à corriger la vue, jusqu'à concurrence de 200 \$ par période de 24 mois

Vos avantages sociaux

- si des lentilles cornéennes sont nécessaires au traitement d'une grave affection ou peuvent porter le degré de vision de l'œil le plus puissant à 20/40 dans les cas où des lunettes ne permettent pas un tel résultat, la prestation maximale sera de 200 \$ par période de 24 mois
- cristallins artificiels

Services professionnels

Services offerts par les praticiens diplômés suivants :

- Chiropraticien – 750 \$ par année civile
- Ostéopathe – 750 \$ par année civile
- Podiatre/Chiropodiste – 750 \$ par année civile
- Massothérapeute – 750 \$ par année civile
- Naturopathe – 750 \$ par année civile
- Orthophoniste – 750 \$ par année civile
- Physiothérapeute – 750 \$ par année civile
- Psychologue – 750 \$ par année civile
- Acupuncteur – 750 \$ par année civile
- Praticien de la science chrétienne – 750 \$ par année civile
- Ergothérapeute – 750 \$ par année civile
- Thérapeute du sport – 750 \$ par année civile
- Homéopathe – 750 \$ par année civile

Les frais engagés pour recevoir des services professionnels de la part d'un chiropraticien ou d'un podiatre/chiropodiste peuvent être payés en partie par les régimes provinciaux. Il peut être interdit par la législation provinciale de couvrir les frais non remboursés avant que le plafond prévu par le régime provincial soit atteint. Dans les provinces où c'est le cas, le présent régime prend en charge les frais une fois que le plafond prévu par le régime provincial pour l'année de couverture a été atteint.

Les frais engagés pour tous les autres services professionnels peuvent être partiellement pris en charge par les régimes provinciaux. Dans les provinces où c'est le cas, le présent régime prend en charge les frais une fois que le plafond prévu par le régime provincial pour l'année de couverture a été atteint.

Il n'est pas nécessaire qu'un médecin recommande les services professionnels.

Services et matériel médicaux

Dans le cas du matériel médical couvert au titre de la présente clause, les frais remboursables sont limités au coût de l'appareil ou de l'article qui répond adéquatement aux besoins médicaux fondamentaux du patient.

Soins infirmiers privés

Soins infirmiers privés qui sont réputés inclus dans le champ de pratique des soins infirmiers et qui sont fournis au domicile du patient par, ou sous la supervision d'une infirmière diplômée ou par une infirmière auxiliaire. Les services de soins à domicile incluent les traitements suivants :

- façon intermittente par une infirmière diplômée ou par une infirmière auxiliaire, ou les soins supervisés par de telles infirmières;
- les services d'un aide soignant à domicile, qui consistent principalement à prendre soin du patient, à temps partiel ou de façon intermittente;
- les services de physiothérapie, d'ergothérapie, d'orthophonie, d'inhalothérapie ou d'assistance médico-sociale, les conseils en matière d'alimentation, l'hémodialyse, l'oxygène, son administration ainsi que les services diagnostiques;
- les fournitures médicales, les médicaments prescrits par un médecin dans la mesure où ces frais auraient été couverts si le patient était resté à l'hôpital.

Les frais couverts sont remboursables, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année civile.

Les frais engagés pour ce qui suit ne sont pas couverts :

- soins de garde, travaux ménagers ou services de surveillance
- soins donnés par une infirmière ou un infirmier qui est un proche parent du patient ou qui habite sous le même toit que lui
- soins donnés pendant que le patient séjourne dans un hôpital, une maison de repos ou un autre établissement semblable
- soins pouvant être donnés par une personne moins qualifiée, un parent ou un ami du patient, ou une personne habitant sous le même toit que lui

Détermination préalable des frais remboursables

Il vous est conseillé de présenter un plan de traitement détaillant les coûts prévus avant d'avoir recours à des soins infirmiers privés. Vous serez alors avisé de toute prestation à laquelle vous pourriez avoir droit.

Ambulance

- le transport en ambulance autorisée fourni dans la province du domicile du patient, y compris en ambulance aérienne, pour transférer le patient au plus proche hôpital en mesure de fournir le traitement requis

Appareils médicaux

- location, ou achat si la Financière Manuvie le permet, du matériel suivant :
 - Matériel de mobilité : béquilles, cannes, ambulateurs et fauteuils roulants
 - Équipement médical durable : lit d'hôpital manuel, respirateur et appareil pour l'administration de l'oxygène et autres appareils médicaux que l'on ne trouve habituellement que dans les hôpitaux.

Vos avantages sociaux

Prothèses non dentaires, supports et aides auditives

- prothèses externes
- lentilles cornéennes ou verres à la suite d'une chirurgie de la cataracte (maximum d'une paire la vie durant)
- bas de soutien
- soutiens-gorge post-mastectomie
- attelles (sauf les attelles podologiques), bandages herniaires, colliers, orthèses de la jambe, plâtres et éclisses
- chaussures orthopédiques de série et modifications ou ajustements aux chaussures orthopédiques de série ou aux chaussures ordinaires (la recommandation d'un médecin ou d'un podiatre est exigée) et chaussures fabriquées sur mesure et nécessaires en raison d'une anomalie physiologique qui, selon les attestations médicales, ne peut être corrigée par des chaussures orthopédiques de série ni des chaussures orthopédiques de série modifiées (les chaussures fabriquées sur mesure doivent être fabriquées par un spécialiste autorisé en chaussures orthopédiques).
- orthèses moulées, fabriquées sur mesure (la recommandation d'un médecin ou d'un podiatre est exigée)
- coût, mise en place, réparation et entretien d'aides auditives, jusqu'à concurrence de 500 \$ par période de 60 mois

Autres services et matériel médicaux

- fournitures nécessaires contre l'incontinence ou par suite d'une iléostomie ou d'une colostomie
- pansements médicamenteux et vêtements pour brûlés
- perruques et prothèses capillaires pour les patients qui ont temporairement perdu leurs cheveux par suite d'un traitement médical
- oxygène
- masques CPAP, y compris les remplacements
- mains courantes
- sièges d'aisances levés
- tests microscopiques et autres actes et tests diagnostiques semblables effectués dans un laboratoire autorisé dans la province de Québec
- traitement de blessures accidentelles causées aux dents naturelles ou à la mâchoire, pourvu que le traitement soit fourni dans les 12 mois suivant l'accident. Les blessures résultant de la mastication sont exclues.

Frais engagés à l'extérieur de la province/à l'étranger

- traitement médical requis par suite d'une urgence médicale survenant pendant les 12 premières semaines d'un séjour temporaire à l'extérieur de la province du domicile, pourvu que la personne assurée qui reçoit le traitement soit aussi assurée par le régime provincial pendant ce séjour à l'extérieur de la province du domicile, jusqu'à concurrence de 1 000 000 \$ la vie durant.

Par « urgence médicale », on entend :

- une blessure soudaine et inattendue ou une maladie imprévue survenant au cours d'un voyage de la personne assurée (vous ou une personne à votre charge) à l'extérieur de la province du domicile, ou
- un problème de santé particulier ou une affection précise déjà diagnostiquée, mais stable du point de vue médical, lors du départ.

Par « stable », on entend que, dans les 90 jours précédant la date du départ, la personne assurée (vous ou une personne à votre charge) n'a :

- reçu aucun traitement ni subi d'examen à l'égard de nouveaux symptômes ou d'une nouvelle affection;
- connu aucune aggravation des symptômes existants ni augmentation de leur fréquence;
- dû apporter aucun changement à ses traitements ou médicaments (à part les ajustements de routine dans le cadre de soins continus);
- pas été hospitalisée pour recevoir un traitement lié à l'affection.

La couverture n'est pas offerte s'il est prévu que vous (ou la personne à votre charge) subissiez un test, un examen ou un traitement inhabituel relativement à votre affection ou à une affection non diagnostiquée.

La couverture s'applique en cas d'urgence médicale liée à la grossesse, pourvu que le voyage soit terminé au moins quatre semaines avant la date prévue de l'accouchement.

L'urgence médicale prend fin lorsque le médecin traitant estime, d'après les renseignements médicaux dont il dispose, que l'état du patient est suffisamment stable pour lui permettre de retourner dans sa province ou son territoire de résidence.

- renvoi à l'étranger en vue d'un traitement offert au Canada, jusqu'à concurrence de 100 \$ par jour pour un maximum de 60 jours

Si, pendant qu'elle suit un traitement médical pour lequel elle a été dirigée à l'étranger, la personne assurée a besoin d'un traitement pour une affection qui est liée directement ou indirectement à ce traitement, la totalité des frais remboursables pour l'ensemble du traitement est assujettie à un maximum de 100 \$ par jour, pour un maximum de 60 jours.

Dans le cas d'un traitement médical non urgent administré à l'étranger :

- le traitement doit être recommandé par un médecin exerçant au Canada, et
- il vous est conseillé de présenter une description détaillée du traitement à des fins d'évaluation des coûts, avant que ne commence le traitement. Vous serez ensuite informé de la somme qui sera accordée, le cas échéant.

Vos avantages sociaux

Les frais engagés pour ce qui suit sont remboursables au titre de cette garantie :

- services d'un médecin
- frais de séjour à l'hôpital selon les tarifs de salle normaux. Les frais excédant le tarif de salle sont remboursables si la clause Soins hospitaliers fait partie du présent régime.
- services hospitaliers spéciaux
- frais engagés à l'hôpital en consultation externe
- transport en ambulance autorisée, y compris en ambulance aérienne, pour transférer le patient au plus proche établissement médical ou hôpital en mesure de fournir le traitement requis
- évacuation sanitaire en vue de l'admission dans un hôpital ou un établissement médical dans la province du domicile du patient

La somme payable à l'égard de ces frais correspond aux frais raisonnables et habituels, réduits de la somme payable au titre du régime provincial.

Tous les autres frais engagés à l'extérieur de la province de domicile au titre de la garantie Soins médicaux complémentaires sont remboursés au même titre que s'ils avaient été engagés dans la province de domicile.

Assistance-voyage en cas d'urgence

L'Assistance-voyage en cas d'urgence est un programme d'assistance-voyage dont vous et les personnes à votre charge couvertes pouvez bénéficier au cours des 12 premières semaines d'un séjour temporaire à l'extérieur de la province de votre domicile. Les services d'assistance sont fournis par une organisation internationale, spécialisée en assistance-voyage.

Vous pouvez obtenir une assistance en cas d'urgence médicale ou non médicale survenant pendant un voyage. Les services sont offerts pendant la période au cours de laquelle vous êtes couvert pour les frais engagés à l'extérieur de la province ou à l'étranger au titre de la présente garantie.

De plus, l'Assistance-voyage en cas d'urgence vous offre, ainsi qu'aux personnes à votre charge, un service de conseils-santé au moment où vous en avez besoin, que vous soyez à la maison ou en voyage.

Des renseignements sur le programme Assistance-voyage en cas d'urgence sont fournis ci-dessous, ainsi que dans votre dépliant portant sur ce programme.

Assistance médicale en cas d'urgence

Par « urgence médicale », on entend :

- une blessure soudaine et inattendue ou une maladie imprévue survenant au cours d'un voyage de la personne assurée (vous ou une personne à votre charge) à l'extérieur de la province du domicile, ou
- un problème de santé particulier ou une affection précise déjà diagnostiquée, mais stable du point de vue médical, lors du départ.

Vos avantages sociaux

Par « stable », on entend que, dans les 90 jours précédant la date du départ, la personne assurée (vous ou une personne à votre charge) n'a :

- reçu aucun traitement ni subi d'examen à l'égard de nouveaux symptômes ou d'une nouvelle affection;
- connu aucune aggravation des symptômes existants ni augmentation de leur fréquence;
- dû apporter aucun changement à ses traitements ou médicaments (à part les ajustements de routine dans le cadre de soins continus);
- pas été hospitalisée pour recevoir un traitement lié à l'affection.

La couverture n'est pas offerte s'il est prévu que vous (ou la personne à votre charge) subissiez un test, un examen ou un traitement inhabituel relativement à votre affection ou à une affection non diagnostiquée.

La couverture s'applique en cas d'urgence médicale liée à la grossesse, pourvu que le voyage soit terminé au moins quatre semaines avant la date prévue de l'accouchement.

L'urgence médicale prend fin lorsque le médecin traitant estime, d'après les renseignements médicaux dont il dispose, que l'état du patient est suffisamment stable pour lui permettre de retourner dans sa province ou son territoire de résidence.

a) **Assistance 24 heures sur 24**

Assistance multilingue disponible 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, par téléphone (sans frais ou à frais virés), par télex ou par télécopieur.

b) **Renvoi à un médecin, dentiste, etc.**

Renvoi au médecin, au dentiste, au pharmacien ou à l'établissement médical approprié le plus proche et confirmation de l'assurance.

c) **Règlement des frais médicaux**

Si un hôpital ou tout autre dispensateur de soins médicaux exige un acompte ou le paiement intégral des services fournis et que les frais totalisent plus de 200 \$ (en dollars canadiens), les mesures nécessaires seront prises pour régler ces frais et présenter au nom de la personne assurée les demandes de remboursement nécessaires.

Le paiement et le remboursement des frais tiennent compte de l'assurance de la personne assurée au titre du régime provincial et de la présente garantie. S'il s'avère que les frais qui ont été réglés excèdent le montant des prestations auxquelles la personne assurée a droit, la Financière Manuvie se réserve le droit d'exiger que la personne assurée rembourse le trop-perçu ou fasse cession des prestations payables par le régime provincial.

d) **Contrôle des soins reçus**

Le personnel médical effectuera un contrôle des soins et services médicaux reçus et entrera en communication, aussi souvent que nécessaire, avec la personne assurée, son médecin traitant, son médecin de famille et sa famille.

Vos avantages sociaux

e) Transport pour des raisons médicales

Si c'est nécessaire du point de vue médical, les mesures appropriées seront prises en vue du transport de la personne assurée à destination et en provenance du plus proche établissement médical ou à destination d'un établissement médical de la province de son domicile. Les frais engagés pour le transport médical sont remboursables aux conditions précisées à la rubrique Services et matériel médicaux – Frais engagés à l'extérieur de la province/à l'étranger.

Si la présence d'un accompagnateur médical est nécessaire du point de vue médical, les frais engagés pour son transport aller et retour sont pris en charge.

f) Rapatriement des enfants à charge

Si, par suite de l'hospitalisation d'une personne assurée, des enfants à sa charge se retrouvent seuls, les arrangements nécessaires seront pris pour ramener les enfants à leur domicile et la portion non remboursable du transport sera prise en charge.

Au besoin, les frais de voyage aller-retour d'une personne qualifiée pour accompagner les enfants seront également pris en charge.

g) Interruption du voyage ou retard sur le programme

Si un voyage ne peut pas se poursuivre ou est retardé en raison d'une maladie ou d'une blessure d'une personne assurée, le transport en classe économique (aller simple) de chaque personne assurée (et d'un compagnon de voyage s'il y a lieu) est organisé, afin qu'elle puisse poursuivre le voyage ou rentrer chez elle, et la partie non remboursable des frais de transport est prise en charge.

Un compagnon de voyage est une personne qui voyage avec la personne assurée et dont les frais de transport et d'hébergement ont été payés à l'avance en même temps que ceux de la personne assurée.

Si la personne assurée décide de poursuivre le voyage, les frais engagés ultérieurement liés directement ou indirectement à la même maladie ou à la même blessure ne seront pas remboursés.

Si la personne assurée doit revenir à la maison en raison de l'hospitalisation ou du décès d'un proche parent, son transport en classe économique (aller simple) est organisé et la partie non remboursable du voyage est prise en charge.

h) Convalescence après la sortie de l'hôpital

Si, pour des raisons médicales, la personne assurée est dans l'incapacité de voyager suivant sa sortie de l'hôpital, les frais engagés pour les repas et l'hébergement après la date de départ initialement prévue sont remboursés, sous réserve du maximum prévu à l'alinéa l).

i) Déplacement d'un proche parent

Si, pendant un voyage effectué seul, la personne assurée est hospitalisée et que l'hospitalisation doit durer plus de sept jours, les frais de voyage aller et retour en classe économique d'un proche parent jusqu'à l'hôpital sont pris en charge. Le déplacement du proche parent doit préalablement être approuvé par l'administrateur.

j) Retour du véhicule automobile

Si la personne assurée est dans l'incapacité, pour cause de maladie, de blessure ou de décès, de conduire son véhicule ou un véhicule de location, les dispositions nécessaires pour ramener le véhicule à son domicile ou à l'agence de location la plus proche sont prises et les frais, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ (en dollars canadiens), sont pris en charge.

k) Identification du corps de la personne assurée

Si la personne assurée décède au cours d'un voyage effectué seul, les frais de voyage aller et retour d'un proche parent, en classe économique, afin qu'il puisse identifier le corps avant son rapatriement sont pris en charge.

l) Hébergement et repas

Dans les situations décrites aux paragraphes f), g), h), i) et k), les frais d'hébergement et de repas sont pris en charge, sous réserve d'un maximum global de 2 000 \$ (en dollars canadiens) par urgence médicale.

Assistance non médicale

g) Rapatriement de la dépouille de la personne assurée

Si la personne assurée décède, les autorisations nécessaires sont obtenues et des dispositions sont prises pour le rapatriement du corps dans la province de domicile de la personne assurée. Sont remboursables les frais engagés pour la préparation du corps, ainsi que pour son transport, sous réserve d'un remboursement maximal de 5 000 \$ (en dollars canadiens). Les frais liés à l'inhumation, notamment l'achat d'un cercueil ou d'une urne, ne sont pas remboursables.

h) Remplacement de papiers personnels et de titres de transport

En cas de perte ou de vol, l'aide nécessaire est apportée à la personne assurée afin qu'elle puisse communiquer avec les autorités locales pour remplacer les passeports, les visas, les titres de transport ou autres documents de voyage.

i) Renvoi à un conseiller juridique

La personne assurée est adressée à un conseiller juridique sur place et, au besoin, l'aide nécessaire pour se faire avancer des fonds par sa famille, ses amis, ou sur ses cartes de crédit lui est prêtée.

j) Service d'interprétation téléphonique

Un service d'interprétation téléphonique dans les principales langues est offert.

k) Transmission de messages

Un service de messagerie téléphonique s'occupe de transmettre à la personne assurée les messages de sa famille, de ses amis ou de ses associés. Il achemine également les messages de la personne assurée. Les messages sont gardés pendant 15 jours.

l) Assistance avant le voyage

Des renseignements à jour sur les exigences du pays où la personne assurée compte se rendre en matière de passeport, visa, vaccination et inoculation sont fournis.

Vos avantages sociaux

Service de conseils-santé

La personne assurée peut avoir recours aux services suivants s'ils sont nécessaires par suite d'une maladie ou d'une blessure :

a) **Accès aux services d'une infirmière ou d'un infirmier autorisés après les heures normales de travail**

La personne assurée peut communiquer avec une infirmière autorisée au moyen d'un numéro de téléphone sans frais sept jours par semaine, lorsqu'elle ne peut pas joindre son médecin de famille.

b) **Conseils médicaux**

Des conseils médicaux peuvent être fournis dans les cas suivants :

- iv. la personne assurée veut savoir si une maladie ou une blessure peut être traitée en toute sécurité à la maison ou si elle doit consulter un médecin ou se rendre au service des urgences;
- v. la personne assurée veut connaître les effets secondaires d'un médicament prescrit; et
- vi. tout autre service lié aux soins de santé qui peut être demandé par la personne assurée.

c) **Transfert de l'appel au service 9-1-1**

Si nécessaire, l'appel de la personne assurée est immédiatement acheminé au service 9-1-1 pour assistance médicale.

d) **Suivi**

Si nécessaire, l'infirmière autorisée rappelle la personne assurée dans les 24 heures suivant l'appel initial afin d'assurer un suivi.

Exclusions

La Financière Manuvie et la compagnie d'assistance-voyage retenue par la Financière Manuvie pour fournir les services offerts au titre de la présente garantie sont dégagés de toute responsabilité quant à la disponibilité, à la qualité ou aux résultats des traitements reçus par la personne assurée. Ils sont également dégagés de toute responsabilité si, pour quelque raison que ce soit, la personne assurée ne reçoit pas les traitements médicaux ou les services d'assistance d'urgence.

Les services d'assistance d'urgence peuvent ne pas être offerts dans certains pays en raison de guerre, d'instabilité politique ou d'autres circonstances qui retardent ou empêchent la prestation de tout service.

Comment obtenir les services offerts au titre du programme Assistance-voyage en cas d'urgence – Votre carte d'assistance-voyage

Les numéros de téléphone sans frais à composer en cas d'urgence lorsque vous voyagez à l'extérieur de la province de votre domicile sont indiqués sur votre carte d'assistance-voyage. Ces numéros vous permettront d'entrer en communication avec l'organisation d'assistance-voyage internationale.

Votre numéro de participant et le numéro de votre police qui sont nécessaires pour confirmer votre droit à la couverture sont également indiqués sur votre carte d'assistance-voyage.

Si vous n'avez pas votre carte d'assistance-voyage, veuillez communiquer avec l'administrateur de votre régime.

Option 2 et Option 3

Présentation des demandes de règlement

Pour présenter une demande de règlement au titre de la garantie Soins médicaux complémentaires, vous devez remplir le formulaire « Demande de règlement – Assurance-maladie complémentaire », sauf s'il s'agit d'honoraires du médecin ou de frais d'hospitalisation engagés à l'extérieur de la province de votre domicile. Pour ces frais, vous devez utiliser le formulaire « Frais engagés à l'extérieur de la province ou à l'étranger - Demande de règlement Maladie ». Vous pouvez obtenir les formulaires auprès de votre administrateur de votre régime.

Les reçus appropriés doivent être joints au formulaire dûment rempli lorsqu'une demande est présentée à la Financière Manuvie.

Toutes les demandes de règlement doivent être présentées dans les 12 mois qui suivent la date à laquelle les frais ont été engagés.

Les demandes de règlement pour des frais engagés à l'étranger doivent d'abord être présentées au régime provincial. Toute demande portant sur un solde impayé peut ensuite être présentée à la Financière Manuvie, accompagnée des explications de remboursement du régime provincial.

Subrogation (Responsabilité des tiers)

Si vous engagez des frais médicaux par suite d'une blessure causée par un tiers et que vous ayez le droit d'intenter une action en dommages-intérêts, la Financière Manuvie peut vous demander de remplir un engagement de remboursement en vertu du droit de subrogation lorsque vous présenterez votre demande de règlement.

Après le jugement ou le règlement de votre action en justice, si la somme des dommages-intérêts et des prestations versées par la Financière Manuvie dépasse les frais effectivement engagés, vous devrez rembourser l'excédent à la Financière Manuvie.

Exclusions

Sont exclus de la garantie Soins médicaux complémentaires les frais liés à ce qui suit :

- dans le cas de la couverture Frais engagés à l'extérieur de la province/à l'étranger et Assistance-voyage en cas d'urgence seulement, blessures auto-infligées, directement ou indirectement, à moins qu'une attestation médicale établisse qu'elles sont reliées à une condition de santé mentale
- guerre, insurrection, action hostile d'une force armée, ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire
- perpétration ou tentative de perpétration d'une agression ou d'un acte criminel
- blessures subies pendant que vous étiez au volant d'un véhicule motorisé et sous l'influence de tout produit intoxicant, y compris l'alcool
- maladie ou blessure pour laquelle des prestations sont payables au titre d'un régime d'État, d'une commission des accidents du travail ou d'un organisme semblable
- examens médicaux périodiques, rendez-vous manqués, examens demandés par un tiers, voyages pour raisons de santé ou honoraires demandés pour remplir des formulaires de demande de règlement
- services ou fournitures fournis par le service médical ou dentaire de l'employeur

Vos avantages sociaux

- services ou fournitures qui ne seraient normalement pas facturés s'il n'y avait pas d'assurance
- services ou fournitures qui auraient été pris en charge par un régime d'État s'il n'y avait pas eu d'assurance
- services ou fournitures dont la loi n'autorise pas le remboursement
- services ou fournitures nécessaires à des fins récréatives ou sportives
- services ou fournitures qui auraient été pris en charge par le régime provincial si une demande avait été présentée en bonne et due forme
- traitements médicaux inhabituels ou de nature expérimentale
- soins médicaux ou chirurgicaux à des fins esthétiques
- services ou fournitures reçus de la personne assurée, d'un proche parent ou d'une personne qui habite avec la personne assurée
- services ou fournitures reçus pendant le séjour à l'hôpital
- services ou fournitures qui ne sont pas indiqués dans la description des frais couverts au titre de la présente garantie

Prolongation de la couverture

Si une personne est invalide à la date à laquelle l'assurance prend fin au titre de la présente garantie, la Financière Manuvie continuera à rembourser les frais couverts liés au traitement de l'invalidité pendant un maximum de 90 jours.

Toutefois, la couverture prendra fin si la personne invalide devient admissible à l'assurance prévue par un autre régime d'avantages sociaux.

Vous serez considéré comme invalide si vous êtes admissible à des prestations d'invalidité conformément à toute disposition de la présente police.

Vous serez considéré comme invalide si vous êtes incapable de vous livrer à tout emploi auquel votre formation, votre instruction ou votre expérience vous rendent ou pourraient vous rendre raisonnablement apte à exercer.

Les personnes à votre charge seront considérées comme invalides si elles sont traitées par un médecin et sont hospitalisées ou obligées de demeurer à la maison.

Garantie Médicaments et Services pharmaceutiques pour les personnes domiciliées au Québec

Si vous et les personnes à votre charge êtes domiciliés au Québec, les clauses suivantes s'appliquent à votre garantie Médicaments.

Frais couverts

Les frais suivants sont couverts :

- médicaments figurant sur la Liste des médicaments publiée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (Liste de la RAMQ) au moment où les frais sont engagés;

- services pharmaceutiques couverts qui doivent être payés lorsque le médicament figure sur la Liste de la RAMQ; et
- médicaments faisant partie des frais couverts précisés dans la présente brochure, mais ne figurant pas sur la Liste de la RAMQ.

Couverture des médicaments figurant sur la Liste de médicaments publiée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (Liste de la RAMQ) et services pharmaceutiques offerts aux personnes bénéficiant d'un régime privé

Les clauses suivantes s'appliquent aux médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ et aux services pharmaceutiques offerts aux personnes bénéficiant d'un régime privé et sont conformes aux exigences de la « Loi sur l'assurance-médicaments du Québec » et à la Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., c. A-29-01). Les clauses standard précisées dans la présente brochure s'appliquent à tous les autres médicaments couverts :

a) Pourcentage de remboursement

Si le montant de la contribution maximale annuelle n'a pas été atteint, la prestation payable par la présente garantie est calculée conformément à ce qui suit :

- si les médicaments figurent sur la Liste de la RAMQ et ne sont normalement pas remboursables par la présente garantie, les frais sont remboursés selon le pourcentage de remboursement prescrit par la réglementation alors applicable.
- si les services pharmaceutiques prescrits par les lois ne sont pas couverts par le régime, le pourcentage de remboursement est celui prescrit par la réglementation alors applicable.
- si les médicaments figurent sur la Liste de la RAMQ et sont également couverts par la présente garantie, les frais sont remboursés selon :
 - le pourcentage stipulé à la rubrique La garantie; ou
 - le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable, s'il est plus élevé.

Lorsque la contribution annuelle maximale est atteinte, le pourcentage de remboursement des frais couverts au titre de la présente garantie est de 100 %.

b) Contribution maximale annuelle

La contribution maximale annuelle correspond à une partie des frais de médicaments ou des services pharmaceutiques couverts que vous et votre conjoint devez payer au cours d'une année civile avant que le pourcentage de remboursement au titre de la présente garantie soit de 100 %. Les sommes affectées à ce maximum sont les suivantes :

- le montant de la franchise, et
- la partie des frais de médicaments couverts qu'une personne couverte doit payer, lorsque le pourcentage de remboursement prévu par la présente garantie est inférieur à 100 %, et
- les services pharmaceutiques couverts qui sont rendus par les pharmaciens pour des médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ.

Votre contribution maximale annuelle et celle de votre conjoint sont stipulées dans la réglementation et comprennent la partie des médicaments couverts et des services pharmaceutiques couverts liés à un médicament figurant sur la Liste de la RAMQ payés à l'égard de vos enfants à charge.

Vos avantages sociaux

Aux fins du calcul de votre contribution maximale annuelle et de celle de votre conjoint, la partie des frais de médicaments et des services pharmaceutiques couverts payés à l'égard de vos enfants à charge s'ajoute aux frais de la personne dont la contribution se rapproche le plus du maximum.

c) Franchise

Le montant de la franchise de la garantie Médicaments, s'il y a lieu, s'applique, jusqu'à ce que la personne ait atteint la contribution maximale annuelle. Par la suite, la franchise ne s'applique pas.

d) Maximum la vie durant

Le maximum la vie durant, s'il y a lieu, ne s'applique pas aux médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ ni aux services pharmaceutiques couverts. Les conditions ci-dessous s'appliquent à la couverture médicaments et des services pharmaceutiques prévue lorsque le maximum la vie durant est atteint :

- i. seuls sont couverts les médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ, et
- ii. seuls sont couverts les services pharmaceutiques liés à des médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ, et
- iii. le pourcentage de remboursement des frais couverts est le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable.

e) Enfants à charge admissibles

Vos enfants à charge admissibles qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement reconnu sont couverts jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge suivant :

- i. l'âge précisé dans la brochure (veuillez vous reporter à la définition d'enfant dans la section Définition de termes fréquemment utilisés en assurance), ou
- ii. 26 ans, si cet âge est plus élevé.

Les conditions ci-dessous s'appliquent à la couverture médicaments et des services pharmaceutiques des enfants à charge ayant atteint l'âge limite précisé dans la présente brochure :

- seuls sont couverts les médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ, et
- seuls sont couverts les services pharmaceutiques liés à un médicament figurant sur la Liste de la RAMQ, et
- le pourcentage de remboursement des frais couverts est le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable.

f) Âge de cessation dans le cas des médicaments et des services pharmaceutiques

À condition que vous soyez admissible à la garantie Médicaments, la cessation de la couverture en raison de l'âge prévue pour cette garantie, s'il y a lieu, ne s'applique pas. Les conditions ci-dessous s'appliquent à la couverture médicaments des participants ayant atteint l'âge de cessation de la couverture :

- i. Seuls sont couverts les médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ.
- ii. Seuls sont couverts les services pharmaceutiques liés à un médicament figurant sur la Liste de la RAMQ.

- iii. Le pourcentage de remboursement des frais couverts est le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable.
- iv. La contribution maximale annuelle est celle stipulée dans la réglementation alors applicable.
- v. La prime exigée pour la couverture médicaments est celle de la garantie Soins médicaux complémentaires.

Couverture des médicaments figurant sur la liste des frais couverts précisés dans la présente brochure, mais non sur la Liste de la RAMQ

Toutes les clauses standard précisées dans la brochure s'appliquent aux médicaments couverts au titre de la présente garantie mais ne figurant pas sur la Liste de la RAMQ.

Soins dentaires

Si vous ou les personnes à votre charge avez besoin de l'un des services dentaires précisés dans la liste des frais couverts, la garantie Soins dentaires peut vous procurer une aide financière.

Le paiement de frais couverts est limité au montant des prestations maximales figurant sous la rubrique La garantie et dans la liste des frais couverts.

Les sommes prises en compte dans le calcul de la prestation maximale correspondent aux sommes versées après déduction de la franchise et l'application du pourcentage de remboursement ou de toute autre clause applicable.

La garantie

Vous pouvez renoncer à l'assurance ou choisir l'Option 2 ou l'Option 3.

Option 2

Franchise

Individuelle – 100 \$ par année civile

Couple – 200 \$ par année civile

Familiale – 300 \$ par année civile

Ne s'applique pas aux frais suivants :
Niveaux I, II et V

Guide des tarifs dentaires – guide des tarifs de la province de votre domicile pour le généraliste en vigueur le 1^{er} janvier, un an avant le guide des tarifs actuel

Si vous êtes domicilié en Alberta, le guide des tarifs correspond au tarif de l'Alberta Dental Association de 1997 pour le généraliste, accru de l'ajustement inflationniste calculé par la Financière Manuvie.

Pourcentage de remboursement

100 % pour le Niveau I – Services de base

100 % pour le Niveau II – Services complémentaires de base

50 % pour le Niveau III – Prothèses dentaires

Vos avantages sociaux

50 % pour le Niveau IV – Services de restaurations majeures

50 % pour le Niveau V – Traitements orthodontiques

Plafonds de la garantie

aucun pour le Niveau I et le Niveau II

1 000 \$ par année civile pour l'ensemble du Niveau III et du Niveau IV

1 500 \$ la vie durant pour le Niveau V

Option 3

Franchise

Individuelle – 50 \$ par année civile

Couple – 100 \$ par année civile

Familiale – 150 \$ par année civile

Ne s'applique pas aux frais suivants :
Niveaux I, II et V

Guide des tarifs dentaires – guide des tarifs de la province de votre domicile pour le généraliste en vigueur le 1^{er} janvier, un an avant le guide des tarifs actuel

Si vous êtes domicilié en Alberta, le guide des tarifs correspond au tarif de l'Alberta Dental Association de 1997 pour le généraliste, accru de l'ajustement inflationniste calculé par la Financière Manuvie.

Pourcentage de remboursement

100 % pour le Niveau I – Services de base

100 % pour le Niveau II – Services complémentaires de base

50 % pour le Niveau III – Prothèses dentaires

50 % pour le Niveau IV – Services de restaurations majeures

50 % pour le Niveau V – Traitements orthodontiques

Plafonds de la garantie

aucun pour le Niveau I et le Niveau II

2 000 \$ par année civile pour l'ensemble des Niveau III et Niveau IV

2 000 \$ la vie durant pour le Niveau V

Âge de cessation – âge du salarié à son départ à la retraite.

Période probatoire

Salariés engagés à la date d'effet de la police ou avant cette date

90 jours dans le cas des salariés temporaires à temps plein
aucune, dans le cas de tous les autres salariés

Salariés engagés après la date d'effet de la police

90 jours dans le cas des salariés temporaires à temps plein
aucune, dans le cas de tous les autres salariés

Option 2 et Option 3

Frais couverts

Les frais suivants sont couverts :

- s'ils sont engagés par une personne couverte, en cours de garantie, pour des soins dentaires nécessaires
- s'ils sont engagés pour les services d'un dentiste, d'un hygiéniste dentaire exerçant dans les limites de ses compétences, ou d'un denturologiste exerçant dans les limites de ses compétences
- s'ils sont raisonnables selon la Financière Manuvie, compte tenu de tous les facteurs
- s'ils ne dépassent pas les honoraires proposés dans le tarif des dentistes ou les frais raisonnables et habituels selon la Financière Manuvie si ceux-ci ne figurent pas dans le tarif des dentistes

Choix de traitement

Si deux ou plusieurs méthodes de traitement couvertes au titre de la présente garantie permettent de soigner convenablement une affection donnée, la Financière Manuvie versera des prestations au même titre que si la méthode de traitement la moins chère avait été suivie. La Financière Manuvie déterminera l'efficacité des différents genres de traitement offerts en se référant à un consultant dentaire professionnel.

Niveau I – Services de base

- examen buccal complet, à raison d'un examen par période de neuf mois
- radiographies de la bouche au complet, à raison d'une fois par période de 36 mois
- une unité de détartrage et une unité de polissage tous les neuf mois, lorsque les soins sont donnés à l'extérieur du Québec, ou prophylaxie (détartrage et polissage) tous les neuf mois, lorsque les soins sont donnés au Québec
- examens de rappel et application de fluorure, à raison d'une fois tous les neuf mois
- radiographies interproximales, à raison d'une fois par période de 12 mois
- actes diagnostiques de routine et épreuves de laboratoire

Vos avantages sociaux

- obturations, tenons et scellants de puits et de fissures. Les frais de remplacement des obturations sont couverts seulement si :
 - l'obturation existante est en place depuis au moins 12 mois et son remplacement est nécessaire par suite d'un bris important de l'obturation actuelle ou de carie récurrente, ou
 - l'obturation existante est en amalgame et des preuves médicales indiquent que le patient est allergique aux amalgames
- restauration complète préfabriquée (métal ou plastique)
- dispositifs de maintien d'espace (sauf les appareils posés à des fins orthodontiques)
- actes chirurgicaux mineurs et soins post-chirurgicaux
- extractions (y compris les dents incluses et résiduelles)
- consultations, anesthésie et sédation consciente
- réparations, regarnissage et rebasage de prothèses dentaires, seulement si les frais sont engagés plus de trois mois après la mise en place initiale de la prothèse
- injection d'antibiotiques administrée par un dentiste, relativement à une chirurgie dentaire

Niveau II – Services complémentaires de base

- actes chirurgicaux qui ne sont pas prévus au Niveau I (sauf la chirurgie pour implants)
- tout traitement des maladies des gencives et d'autres tissus qui soutiennent la dent, y compris ce qui suit :
 - détartrage non couvert au titre du Niveau I, et aplanissement des racines, sous réserve d'un maximum combiné de six unités par année civile
 - contentions provisoires
 - équilibration occlusale, jusqu'à concurrence de huit unités par année civile
- services d'endodontie, y compris les traitements radiculaires et les obturations de canaux, l'amputation de racines, les apexifications et les traitements périapicaux
 - les traitements radiculaires et les obturations de canaux sont couverts, sous réserve d'un traitement initial et d'une reprise de traitement par dent la vie durant
 - les reprises de traitement sont couvertes seulement si les frais sont engagés plus de 12 mois après le traitement initial

Niveau III – Prothèses dentaires

- première prothèse dentaire amovible complète ou partielle
- remplacement d'une prothèse dentaire amovible, pourvu que la prothèse soit nécessaire pour l'une des raisons suivantes :
 - une dent naturelle est extraite et la prothèse existante est irréparable
 - la prothèse existante est en place depuis au moins 60 mois et est irréparable ou
 - la prothèse existante est temporaire et est remplacée par des prothèses dentaires permanentes dans les 12 mois qui suivent sa mise en place

Niveau IV – Services de restaurations majeures

- couronnes en or et onlays lorsque l'usage des dents est réduit en raison de dommages causés par une lésion ou une carie à l'angle de la cuspide ou à l'angle incisif
- incrustations couvrant au moins trois faces de la dent, à condition que la cuspide soit manquante
- premier pont fixe
- remplacement d'un pont ou ajout de dents à un pont, si ces actes sont nécessaires pour l'une des raisons suivantes :
 - une dent naturelle est extraite et la prothèse existante est irréparable
 - la prothèse existante est en place depuis au moins 60 mois et est irréparable ou
 - la prothèse existante est temporaire et est remplacée par un pont permanent dans les 12 mois qui suivent sa mise en place

Niveau V – Traitements orthodontiques

- traitements orthodontiques pour les enfants à charge uniquement, pourvu que le traitement commence avant qu'ils n'aient atteint l'âge de 19 ans

Détermination préalable des frais remboursables

Si vous prévoyez que le coût d'un traitement dentaire recommandé dépassera 500 \$, la Financière Manuvie conseille de présenter, avant que ne commence le traitement, une description détaillée du traitement rédigée par votre dentiste. Vous serez ensuite informé de la somme à laquelle vous avez droit au titre de cette garantie.

Traitement en cours à la fin de la couverture

Les frais relatifs à un traitement dentaire en cours à la cessation de la couverture (pour une raison autre que la résiliation de la police d'assurance collective ou la cessation de la garantie Soins dentaires) sont remboursables, à condition que ces frais aient été engagés dans les 31 jours suivant la date de cessation de la couverture.

Vos avantages sociaux

Présentation des demandes de règlement

Pour présenter une demande de règlement, votre dentiste et vous devez remplir le formulaire « Déclaration de sinistre – Soins dentaires », que vous pouvez vous procurer auprès de l'administrateur de votre régime.

Toutes les demandes de règlement doivent être présentées dans les 12 mois qui suivent la date à laquelle les frais ont été engagés. Cependant, à la cessation de votre assurance, toutes les demandes doivent être présentées au plus tard 90 jours après la date de cessation.

Subrogation (Responsabilité des tiers)

Si vous engagez des frais dentaires par suite d'une blessure causée par un tiers et que vous avez le droit d'intenter une action en dommages-intérêts, la Financière Manuvie peut vous demander de remplir un engagement de remboursement en vertu du droit de subrogation lorsque vous présentez votre demande de règlement.

Après le jugement ou le règlement de votre action en justice, si la somme des dommages-intérêts et des prestations versées par la Financière Manuvie dépasse les frais effectivement engagés, vous devrez rembourser l'excédent à la Financière Manuvie.

Exclusions

Sont exclus de la garantie Soins dentaires les frais découlant de ce qui suit :

- guerre, insurrection, action hostile de forces armées, ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire
- perpétration ou tentative de perpétration d'une agression ou d'un acte criminel
- blessures subies pendant que vous étiez au volant d'un véhicule motorisé et sous l'influence de tout produit intoxicant, y compris l'alcool
- soins dentaires à des fins esthétiques, à moins que le traitement ne soit rendu nécessaire par suite d'une blessure accidentelle survenue pendant que la personne était couverte au titre de la présente garantie
- appareils pour prévenir le ronflement et l'apnée du sommeil
- rendez-vous manqués, examens demandés par un tiers, frais de déplacement ou honoraires demandés pour remplir des formulaires de demande de règlement
- services pris en charge par un régime d'État
- services ou fournitures fournis par le service médical ou dentaire de l'employeur
- services ou fournitures qui ne seraient normalement pas facturés s'il n'y avait pas d'assurance
- traitement ayant pour but la restauration de la bouche au complet, ainsi que la correction de la dimension verticale ou de toute dysfonction temporo-mandibulaire
- remplacement d'appareils dentaires amovibles qui ont été perdus, égarés ou volés
- frais de laboratoire dépassant les frais raisonnables et habituels
- services ou fournitures reçus de la personne assurée, d'un proche parent ou d'une personne qui habite avec la personne assurée

- implants ou tout service relatif aux implants
- méthode de traitement qui n'est pas reconnue de façon générale par les dentistes comme efficace, appropriée et essentielle au traitement d'une affection dentaire
- services ou fournitures qui ne sont pas indiqués dans la description des frais couverts au titre de la présente garantie
- enseignement de mesures d'hygiène buccale

Compte de crédits-santé

Votre régime comprend un compte de crédits-santé, qui permet de rembourser des frais médicaux et dentaires que vous et les personnes à votre charge avez engagés. Veuillez vous reporter au document **Compte de crédits-santé – Guide du participant** pour obtenir de plus amples renseignements sur cette garantie.

Invalidité de longue durée

Si vous devenez totalement invalide pendant que vous êtes assuré et que vous répondez aux critères d'admissibilité de la présente garantie, la Financière Manuvie vous versera des prestations d'invalidité.

Définition d'invalidité totale

« Invalidité totale » s'entend d'une restriction ou d'une incapacité, attribuable à une maladie ou à une blessure, qui vous empêche d'accomplir les tâches essentielles de tout emploi convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que vous possédez ou pourriez acquérir.

La Financière Manuvie ne tient pas compte des possibilités d'emploi lors de l'évaluation de l'invalidité.

Si vous devez avoir un permis de l'État pour pouvoir accomplir votre travail, vous n'êtes pas considéré comme invalide du seul fait que ce permis vous est retiré ou n'est pas renouvelé.

La garantie

Montant de la garantie – 50 % de la rémunération mensuelle, jusqu'à concurrence de 6 000 \$ pour l'ensemble de la garantie Invalidité de longue durée et de la garantie Invalidité de longue durée facultative faisant partie de la police d'assurance G0038215 de la Financière Manuvie.

Maximum sans attestation médicale – 6 000 \$

Période d'attente – 182 jours

- Les prestations sont payables à l'expiration de la période d'attente. Aucune prestation n'est versée pour ou pendant la période d'attente.
- Vous devez être suivi et traité de façon régulière par un médecin pendant la période d'attente afin d'avoir droit à des prestations à la fin de cette période.

Période maximale d'indemnisation – période prenant fin à 65 ans

Âge de cessation – 65 ans moins la période d'attente, ou âge au départ à la retraite, s'il est moins élevé.

Vos avantages sociaux

Période probatoire

Salariés engagés à la date d'effet de la police ou avant cette date

365 jours dans le cas des salariés temporaires à temps plein
aucune, dans le cas de tous les autres salariés

Salariés engagés après la date d'effet de la police

365 jours dans le cas des salariés temporaires à temps plein
aucune, dans le cas de tous les autres salariés

Critères d'admissibilité

Pour avoir droit aux prestations d'invalidité, vous devez répondre aux critères suivants :

- vous devez être totalement invalide pendant toute la période d'attente. Si vous cessez d'être totalement invalide durant cette période mais le redevenez dans les deux semaines qui suivent en raison de la même blessure ou maladie ou d'une blessure ou maladie analogue, la période d'attente sera prolongée du nombre de jours pendant lesquels vous n'êtes pas totalement invalide.
- la Financière Manuvie doit recevoir des attestations médicales indiquant en quoi votre maladie ou votre blessure entraîne des restrictions ou une incapacité vous empêchant d'accomplir les tâches essentielles de tout emploi convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que vous possédez ou pourriez raisonnablement acquérir
- vous devez être suivi par un médecin et recevoir les soins et traitements appropriés, compte tenu de votre invalidité, selon la Financière Manuvie

En tout temps, la Financière Manuvie se réserve le droit de vous demander de subir un examen médical, psychiatrique, psychologique, fonctionnel ou une évaluation pédagogique ou professionnelle par un spécialiste désigné par la Financière Manuvie.

Périodes n'ouvrant pas droit au versement de prestations

Vous n'avez pas droit à des prestations pendant que vous :

- n'êtes pas suivi et traité par un médecin pour votre affection invalidante, selon la Financière Manuvie
- recevez des allocations de maternité ou parentales au titre du régime d'assurance-emploi
- êtes mis à pied et devenez totalement invalide pendant cette période
- êtes en congé autorisé et devenez totalement invalide pendant cette période, à moins que l'employeur ne soit tenu de verser des prestations au cours de cette période en vertu d'une loi, d'un règlement ou de la jurisprudence
- recevez des prestations au titre d'un programme d'assurance-salaire ou d'un régime de remplacement de revenu offert par votre employeur

- occupez un emploi, à l'exclusion d'une activité prévue par la clause Invalidité partielle ou Réadaptation professionnelle
- êtes emprisonné, ou interné dans un établissement correctionnel ou psychiatrique, sur ordonnance d'une cour criminelle.

Montant de la prestation d'invalidité

Le montant de la prestation payable correspond au montant de la garantie précité.

Au besoin, le montant de la prestation payable sera réduit de sorte que votre revenu total provenant de sources multiples n'excède pas 85 % de votre rémunération brute avant votre invalidité (rémunération nette si vos prestations ne sont pas imposables). Aux prestations provenant de toutes les sources susmentionnées viennent s'ajouter les prestations suivantes :

- prestations versées au titre du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec, y compris les prestations pour personnes à charge;
- prestations versées au titre d'une assurance contre les accidents du travail ou d'une couverture semblable;
- prestations versées au titre d'un régime d'État, à l'exclusion des prestations d'assurance-emploi;
- prestations versées au titre de tout régime d'assurance automobile de l'État, sauf si la loi l'interdit;
- salaire ou sommes payables par tout employeur, y compris les indemnités de départ et les paies de vacances;
- prestations pour travailleurs autonomes.

Toute augmentation des revenus d'autres sources par suite de l'indexation sur le coût de la vie n'aura aucune répercussion sur le montant des prestations versées au titre de la garantie.

Règles de calcul des prestations

La Financière Manuvie appliquera les règles suivantes au calcul des prestations d'invalidité :

- les prestations d'autres sources et dont le versement a commencé avant le début de l'invalidité actuelle du salarié ne seront pas prises en considération
- les prestations d'autres sources ne sont pas rajustées pour prendre en considération la différence entre la situation fiscale de ces prestations et celle des prestations payables par la Financière Manuvie
- les modifications touchant toute prestation, autres que les indexations sur le coût de la vie, seront prises en considération et la prestation pourra alors faire l'objet d'un nouveau calcul
- les prestations payables au titre d'une assurance-salaire individuelle ne seront pas prises en considération
- pour ce qui est des prestations qui ne sont pas versées mensuellement, la Financière Manuvie calculera l'équivalent mensuel de ces prestations et
- lorsque vous ne présentez aucune demande visant une prestation à laquelle vous êtes admissible, la Financière Manuvie déterminera le montant approximatif de cette prestation et celle-ci sera réputée vous avoir été versée.

Vos avantages sociaux

Subrogation

Si vous êtes en droit d'intenter une action en dommages-intérêts contre un tiers par suite de votre invalidité, la Financière Manuvie vous demandera de remplir un engagement de remboursement en vertu du droit de subrogation lorsque vous présenterez votre demande de règlement Invalidité de longue durée.

Après le jugement ou le règlement de votre action en justice, si la somme des dommages-intérêts et des prestations versées par la Financière Manuvie dépasse votre revenu avant l'invalidité, vous devrez rembourser l'excédent à la Financière Manuvie.

Situation fiscale des prestations

Les versements que vous recevrez au titre de la présente garantie seront non imposables ou imposables selon que vous ou votre employeur payez le coût de la garantie.

Si votre employeur paie une partie ou la totalité du coût, toute prestation d'invalidité que vous toucherez sera imposable. Si vous payez le coût de la garantie en entier, les prestations d'invalidité que vous toucherez ne seront pas imposables.

Versement des prestations d'invalidité

Les prestations d'invalidité sont versées chaque mois à terme échu. Si un paiement ne porte pas sur un mois complet, il est prévu pour chaque jour d'invalidité une indemnité égale à 1/30 de la prestation mensuelle.

Réadaptation professionnelle

Lorsque la Financière Manuvie aura établi que vous êtes totalement invalide, elle vous offrira, à sa discrétion et si elle le juge approprié, des services de réadaptation afin de vous aider à occuper à nouveau un emploi rémunéré, soit votre emploi avant votre invalidité soit tout autre emploi.

En vue de déterminer s'il y a lieu de vous offrir un programme de réadaptation, la Financière Manuvie tiendra compte de ce qui suit :

- la nature, l'étendue et la durée prévue de votre invalidité
- votre formation, votre instruction ou votre expérience
- la nature, la portée, les objectifs et les coûts d'un programme de réadaptation

- Programme de réadaptation

Un programme de réadaptation est un programme de formation ou de placement destiné à vous aider à occuper à nouveau un emploi rémunéré.

S'il s'avère que des services de réadaptation sont appropriés à votre cas, la Financière Manuvie mettra sur pied, en collaboration avec vous et votre employeur, un programme de réadaptation structuré qui vous préparera à retourner au travail :

- pour votre employeur
- pour un autre employeur
- à votre propre compte

- Prestations d'invalidité pendant la réadaptation

Vous continuerez d'avoir droit aux prestations d'invalidité pendant la réadaptation. Si vous touchez un revenu de l'activité de réadaptation, vos prestations d'invalidité seront réduites de 50 % de ce revenu. Vos prestations d'invalidité seront de nouveau réduites si votre revenu total (prestations d'invalidité plus le revenu de l'activité de réadaptation) excède 100 % de votre rémunération brute avant l'invalidité, ou de votre rémunération nette si vos prestations ne sont pas imposables.

Si vous cessez de participer à l'activité de réadaptation en raison d'un changement de votre état de santé, la Financière Manuvie exigera des documents médicaux attestant que votre état de santé vous empêche de poursuivre l'activité de réadaptation.

Si vous n'êtes pas disponible ou si vous refusez de coopérer ou de participer à l'activité de réadaptation, vous n'aurez plus droit aux prestations d'invalidité.

Invalidité partielle

Si vous êtes totalement invalide, mais capable de travailler dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé par écrit par Manuvie aux termes duquel vous vous acquittez à un moment ou à un autre :

- a) durant la période d'attente et les 24 mois suivants,
 1. d'une des fonctions de votre travail habituel à temps partiel; ou
 2. des fonctions d'un autre travail à temps plein ou partiel, ou
- b) par la suite, des fonctions de n'importe quel travail à temps partiel, après la période de 24 mois précisée en a) ci-dessus,

vous ne perdrez pas votre droit aux prestations. La moitié du revenu de ce travail sera déduite de vos prestations d'invalidité. Le revenu d'emploi sera ensuite déduit des prestations d'invalidité reçues uniquement si votre revenu total excède :

- a) 100 % de votre rémunération avant l'invalidité, si les prestations sont imposables; ou
- b) 100 % de votre rémunération nette avant l'invalidité, si les prestations ne sont pas imposables.

Cessation du versement des prestations

Le versement des prestations d'invalidité prend fin dès que se réalise l'une des éventualités suivantes :

- le jour où vous ne répondez plus à la définition d'invalidité totale de la garantie
- le jour où vous négligez de fournir à la Financière Manuvie des attestations médicales indiquant en quoi votre maladie ou votre blessure entraîne des restrictions ou une incapacité vous empêchant d'accomplir les tâches essentielles de tout emploi convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que vous possédez ou pourriez raisonnablement acquérir
- Si vous touchez des prestations d'invalidité partielle, le versement des prestations prendra fin le jour où vous négligez de fournir à la Financière Manuvie des attestations médicales indiquant en quoi votre maladie ou votre blessure vous limite à reprendre le travail avec une capacité réduite, conformément à la clause Invalidité partielle.

Vos avantages sociaux

- le jour où vous ne vous présentez pas à un examen devant être effectué par une personne choisie par la Financière Manuvie
- le jour où la période d'indemnisation maximale prend fin
- le jour de votre décès

Invalidité récidivante

Si vous êtes de nouveau atteint d'invalidité totale en raison des mêmes causes ou de causes analogues au cours des six mois suivant la cessation du versement des prestations d'invalidité de longue durée, la Financière Manuvie considérera l'invalidité comme une prolongation de l'invalidité précédente.

Vous ne serez pas tenu d'accomplir à nouveau la période d'attente. Les prestations seront calculées en fonction de votre rémunération à la date du début de votre invalidité précédente. Le versement des prestations pour l'ensemble des invalidités ne peut pas excéder la période d'indemnisation maximale.

Si vous êtes de nouveau atteint de la même invalidité plus de six mois suivant la fin de la période d'indemnisation, cette invalidité sera considérée comme une invalidité distincte.

Deux invalidités attribuables à des causes différentes sont considérées comme des invalidités distinctes si elles sont séparées par au moins une journée de travail.

Exonération de la prime

Vous serez exonéré du paiement de la prime de votre garantie Invalidité de longue durée pendant toute période où vous êtes admissible à des prestations.

Présentation des demandes de règlement

Pour présenter une demande de règlement, il vous faut remplir le formulaire « Demande de prestations d'invalidité de longue durée », que vous pouvez vous procurer auprès de l'administrateur de votre régime. Votre médecin traitant doit aussi remplir une section de ce formulaire.

Les formulaires de demande de règlement doivent être présentés à la Financière Manuvie, dûment remplis, dans les 180 jours qui suivent la fin de la période d'attente.

Exclusions

Aucune prestation ne sera versée pour les invalidités liées à ce qui suit :

- blessures auto-infligées, à moins qu'une attestation médicale établisse qu'elles sont reliées à une condition de santé mentale
- guerre, insurrection, action hostile d'une force armée, ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire
- soins médicaux ou chirurgicaux qui ne sont pas nécessaires du point de vue médical
- perpétration ou tentative de perpétration d'une agression ou d'un acte criminel
- blessures subies pendant que vous étiez au volant d'un véhicule motorisé et sous l'influence de tout produit intoxicant, y compris l'alcool
- abus de substances engendrant une dépendance, y compris drogue et alcool, sauf si vous participez activement et coopérez à un programme de traitement médical approuvé par la Financière Manuvie

Invalidité de longue durée facultative

Si vous devenez totalement invalide pendant que vous êtes assuré et que vous répondez aux critères d'admissibilité de la présente garantie, la Financière Manuvie vous versera des prestations d'invalidité.

Définition d'invalidité totale

« Invalidité totale » s'entend d'une restriction ou d'une incapacité, attribuable à une maladie ou à une blessure, qui vous empêche d'accomplir les tâches essentielles de tout emploi convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que vous possédez ou pourriez acquérir.

La Financière Manuvie ne tient pas compte des possibilités d'emploi lors de l'évaluation de l'invalidité.

Si vous devez avoir un permis de l'État pour pouvoir accomplir votre travail, vous n'êtes pas considéré comme invalide du seul fait que ce permis vous est retiré ou n'est pas renouvelé.

La garantie

Vous pouvez renoncer à l'assurance ou choisir l'Option 1 ou l'Option 2

Montant de la garantie

Option 1 – 10 % de la rémunération mensuelle, jusqu'à concurrence de 6 000 \$ pour l'ensemble de la garantie Invalidité de longue durée faisant partie de la police d'assurance G0037952 et de la garantie Invalidité de longue durée facultative

Option 2 – 15 % de la rémunération mensuelle, jusqu'à concurrence de 6 000 \$ pour l'ensemble de la garantie Invalidité de longue durée faisant partie de la police d'assurance G0037952 et de la garantie Invalidité de longue durée facultative

Maximum sans attestation médicale – 6 000 \$

Période d'attente – 182 jours

- Les prestations sont payables à l'expiration de la période d'attente. Aucune prestation n'est versée pour ou pendant la période d'attente.
- Vous devez être suivi et traité de façon régulière par un médecin pendant la période d'attente afin d'avoir droit à des prestations à la fin de cette période.

Période maximale d'indemnisation – période prenant fin à 65 ans

Âge de cessation – 65 ans moins la période d'attente, ou âge au départ à la retraite, s'il est moins élevé

Période probatoire

Salariés engagés à la date d'effet de la police ou avant cette date

365 jours dans le cas des salariés temporaires à temps plein
aucune, dans le cas de tous les autres salariés

Salariés engagés après la date d'effet de la police

365 jours dans le cas des salariés temporaires à temps plein
aucune, dans le cas de tous les autres salariés

Vos avantages sociaux

Critères d'admissibilité

Pour avoir droit aux prestations d'invalidité, vous devez répondre aux critères suivants :

- vous devez être totalement invalide pendant toute la période d'attente. Si vous cessez d'être totalement invalide durant cette période mais le redevenez dans les deux semaines qui suivent en raison de la même blessure ou maladie ou d'une blessure ou maladie analogue, la période d'attente sera prolongée du nombre de jours pendant lesquels vous n'êtes pas totalement invalide.
- la Financière Manuvie doit recevoir des attestations médicales indiquant en quoi votre maladie ou votre blessure entraîne des restrictions ou une incapacité vous empêchant d'accomplir les tâches essentielles de tout emploi convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que vous possédez ou pourriez raisonnablement acquérir
- vous devez être suivi par un médecin et recevoir les soins et traitements appropriés, compte tenu de votre invalidité, selon la Financière Manuvie

En tout temps, la Financière Manuvie se réserve le droit de vous demander de subir un examen médical, psychiatrique, psychologique, fonctionnel ou une évaluation pédagogique ou professionnelle par un spécialiste désigné par la Financière Manuvie.

Périodes n'ouvrant pas droit au versement de prestations

Vous n'avez pas droit à des prestations pendant que vous :

- n'êtes pas suivi et traité par un médecin pour votre affection invalidante, selon la Financière Manuvie
- recevez des allocations de maternité ou parentales au titre du régime d'assurance-emploi
- êtes mis à pied et devenez totalement invalide pendant cette période
- êtes en congé autorisé et devenez totalement invalide pendant cette période, à moins que l'employeur ne soit tenu de verser des prestations au cours de cette période en vertu d'une loi, d'un règlement ou de la jurisprudence
- recevez des prestations au titre d'un programme d'assurance-salaire ou d'un régime de remplacement de revenu offert par votre employeur
- occupez un emploi, à l'exclusion d'une activité prévue par la clause Invalidité partielle ou Réadaptation professionnelle
- êtes emprisonné, ou interné dans un établissement correctionnel ou psychiatrique, sur ordonnance d'une cour criminelle.

Montant de la prestation d'invalidité

Le montant de la prestation payable correspond au montant de la garantie précité.

Au besoin, le montant de la prestation payable sera réduit de sorte que votre revenu total provenant de sources multiples n'excède pas 85 % de votre rémunération brute avant votre invalidité (rémunération nette si vos prestations ne sont pas imposables). Aux prestations provenant de toutes les sources susmentionnées viennent s'ajouter les prestations suivantes :

- prestations versées au titre du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec, y compris les prestations pour personnes à charge;
- prestations versées au titre d'une assurance contre les accidents du travail ou d'une couverture semblable;
- prestations versées au titre d'un régime d'État, à l'exclusion des prestations d'assurance-emploi;
- prestations versées au titre de tout régime d'assurance automobile de l'État, sauf si la loi l'interdit;
- salaire ou sommes payables par tout employeur, y compris les indemnités de départ et les paies de vacances;
- prestations pour travailleurs autonomes.

Toute augmentation des revenus d'autres sources par suite de l'indexation sur le coût de la vie n'aura aucune répercussion sur le montant des prestations versées au titre de la garantie.

Règles de calcul des prestations

La Financière Manuvie appliquera les règles suivantes au calcul des prestations d'invalidité :

- les prestations d'autres sources et dont le versement a commencé avant le début de l'invalidité actuelle du salarié ne seront pas prises en considération
- les prestations d'autres sources ne sont pas rajustées pour prendre en considération la différence entre la situation fiscale de ces prestations et celle des prestations payables par la Financière Manuvie
- les modifications touchant toute prestation, autres que les indexations sur le coût de la vie, seront prises en considération et la prestation pourra alors faire l'objet d'un nouveau calcul
- les prestations payables au titre d'une assurance-salaire individuelle ne seront pas prises en considération
- pour ce qui est des prestations qui ne sont pas versées mensuellement, la Financière Manuvie calculera l'équivalent mensuel de ces prestations et
- lorsque vous ne présentez aucune demande visant une prestation à laquelle vous êtes admissible, la Financière Manuvie déterminera le montant approximatif de cette prestation et celle-ci sera réputée vous avoir été versée.

Subrogation

Si vous êtes en droit d'intenter une action en dommages-intérêts contre un tiers par suite de votre invalidité, la Financière Manuvie vous demandera de remplir un engagement de remboursement en vertu du droit de subrogation lorsque vous présenterez votre demande de règlement Invalidité de longue durée.

Vos avantages sociaux

Après le jugement ou le règlement de votre action en justice, si la somme des dommages-intérêts et des prestations versées par la Financière Manuvie dépasse votre revenu avant l'invalidité, vous devrez rembourser l'excédent à la Financière Manuvie.

Situation fiscale des prestations

Les versements que vous recevrez au titre de la présente garantie seront non imposables ou imposables selon que vous ou votre employeur payez le coût de la garantie.

Si votre employeur paie une partie ou la totalité du coût, toute prestation d'invalidité que vous toucherez sera imposable. Si vous payez le coût de la garantie en entier, les prestations d'invalidité que vous toucherez ne seront pas imposables.

Versement des prestations d'invalidité

Les prestations d'invalidité sont versées chaque mois à terme échu. Si un paiement ne porte pas sur un mois complet, il est prévu pour chaque jour d'invalidité une indemnité égale à 1/30 de la prestation mensuelle.

Réadaptation professionnelle

Lorsque la Financière Manuvie aura établi que vous êtes totalement invalide, elle vous offrira, à sa discrétion et si elle le juge approprié, des services de réadaptation afin de vous aider à occuper à nouveau un emploi rémunéré, soit votre emploi avant votre invalidité soit tout autre emploi.

En vue de déterminer s'il y a lieu de vous offrir un programme de réadaptation, la Financière Manuvie tiendra compte de ce qui suit :

- la nature, l'étendue et la durée prévue de votre invalidité
- votre formation, votre instruction ou votre expérience
- la nature, la portée, les objectifs et les coûts d'un programme de réadaptation

- Programme de réadaptation

Un programme de réadaptation est un programme de formation ou de placement destiné à vous aider à occuper à nouveau un emploi rémunéré.

S'il s'avère que des services de réadaptation sont appropriés à votre cas, la Financière Manuvie mettra sur pied, en collaboration avec vous et votre employeur, un programme de réadaptation structuré qui vous préparera à retourner au travail :

- pour votre employeur
- pour un autre employeur
- à votre propre compte

- Prestations d'invalidité pendant la réadaptation

Vous continuerez d'avoir droit aux prestations d'invalidité pendant la réadaptation. Si vous touchez un revenu de l'activité de réadaptation, vos prestations d'invalidité seront réduites de 50 % de ce revenu. Vos prestations d'invalidité seront de nouveau réduites si votre revenu total (prestations d'invalidité plus le revenu de l'activité de réadaptation) excède 100 % de votre rémunération brute avant l'invalidité, ou de votre rémunération nette si vos prestations ne sont pas imposables.

Si vous cessez de participer à l'activité de réadaptation en raison d'un changement de votre état de santé, la Financière Manuvie exigera des documents médicaux attestant que votre état de santé vous empêche de poursuivre l'activité de réadaptation.

Si vous n'êtes pas disponible ou si vous refusez de coopérer ou de participer à l'activité de réadaptation, vous n'aurez plus droit aux prestations d'invalidité.

Invalidité partielle

Si vous êtes invalide mais capable de travailler dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé par écrit par Manuvie aux termes duquel vous vous acquittez à un moment ou à un autre,

- a) durant la période d'attente et les 24 mois suivants,
 1. d'une des fonctions de votre travail habituel à temps partiel; ou
 2. des fonctions d'un autre travail à temps plein ou partiel, ou
- b) par la suite, des fonctions de n'importe quel travail à temps partiel, après la période de 24 mois précisée en a) ci-dessus,

Vous ne perdrez pas votre droit aux prestations. La moitié du revenu de ce travail sera déduite de vos prestations d'invalidité. Le revenu d'emploi sera ensuite déduit des prestations d'invalidité reçues uniquement si votre revenu total excède :

- a) 100 % de votre rémunération avant l'invalidité, si les prestations sont imposables; ou
- b) 100 % de votre rémunération nette avant l'invalidité, si les prestations ne sont pas imposables.

Cessation du versement des prestations

Le versement des prestations d'invalidité prend fin dès que se réalise l'une des éventualités suivantes :

- le jour où vous ne répondez plus à la définition d'invalidité totale de la garantie
- le jour où vous négligez de fournir à la Financière Manuvie des attestations médicales indiquant en quoi votre maladie ou votre blessure entraîne des restrictions ou une incapacité vous empêchant d'accomplir les tâches essentielles de tout emploi convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que vous possédez ou pourriez raisonnablement acquérir
- Si vous touchez des prestations d'invalidité partielle, le versement des prestations prendra fin le jour où vous négligez de fournir à la Financière Manuvie des attestations médicales indiquant en quoi votre maladie ou votre blessure vous limite à reprendre le travail avec une capacité réduite, conformément à la clause Invalidité partielle.
- le jour où vous ne vous présentez pas à un examen devant être effectué par une personne choisie par la Financière Manuvie
- le jour où la période d'indemnisation maximale prend fin
- le jour de votre décès

Invalidité récidivante

Si vous êtes de nouveau atteint d'invalidité totale en raison des mêmes causes ou de causes analogues au cours des six mois suivant la cessation du versement des prestations d'invalidité de longue durée, la Financière Manuvie considérera l'invalidité comme une prolongation de l'invalidité précédente.

Vos avantages sociaux

Vous ne serez pas tenu d'accomplir à nouveau la période d'attente. Les prestations seront calculées en fonction de votre rémunération à la date du début de votre invalidité précédente. Le versement des prestations pour l'ensemble des invalidités ne peut pas excéder la période d'indemnisation maximale.

Si vous êtes de nouveau atteint de la même invalidité plus de six mois suivant la fin de la période d'indemnisation, cette invalidité sera considérée comme une invalidité distincte.

Deux invalidités attribuables à des causes différentes sont considérées comme des invalidités distinctes si elles sont séparées par au moins une journée de travail.

Exonération de la prime

Vous serez exonéré du paiement de la prime de vos garanties Invalidité de longue durée et Invalidité de longue durée facultative pendant toute période où vous êtes admissible à des prestations.

Présentation des demandes de règlement

Pour présenter une demande de règlement, il vous faut remplir le formulaire « Demande de prestations d'invalidité de longue durée », que vous pouvez vous procurer auprès de l'administrateur de votre régime. Votre médecin traitant doit aussi remplir une section de ce formulaire.

Les formulaires de demande de règlement doivent être présentés à la Financière Manuvie, dûment remplis, dans les 180 jours qui suivent la fin de la période d'attente.

Exclusions

Aucune prestation ne sera versée pour les invalidités liées à ce qui suit :

- blessures ou maladies auto-infligées
- guerre, insurrection, action hostile d'une force armée, ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire
- soins médicaux ou chirurgicaux qui ne sont pas nécessaires du point de vue médical
- perpétration ou tentative de perpétration d'une agression ou d'un acte criminel
- blessures subies pendant que vous étiez au volant d'un véhicule motorisé et sous l'influence de tout produit intoxicant, y compris l'alcool
- abus de substances engendrant une dépendance, y compris drogue et alcool, sauf si vous participez activement et coopérez à un programme de traitement médical approuvé par la Financière Manuvie

