



Soins de santé – De base/Amélioré/Supérieur

Soins dentaires – De base/Amélioré/Supérieur

Numéro du Groupe : 91873

Date d'effet de la mise à jour : 1^{er} juillet 2019

TABLE DES MATIÈRES

PRATIQUES EN MATIÈRE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	1
SITE DES ADHÉRENTS.....	3
VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF.....	4
COORDONNÉES DES BUREAUX CROIX BLEUE	9
SOMMAIRE DES GARANTIES.....	10
ANNEXE A - GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE.....	31
GARANTIE VIE.....	32
GARANTIE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	34
GARANTIE HOSPITALISATION.....	37
GARANTIE MÉDICAMENTS – AU CANADA SEULEMENT	38
GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE – AU CANADA SEULEMENT.....	41
GARANTIE VOYAGE.....	47
GARANTIE SOINS DENTAIRES – AU CANADA SEULEMENT	52
COMPTE GESTION SANTÉ (CGS).....	57
COMPTE GESTION MIEUX-ÊTRE (CGM)	61
PROGRAMME D'AIDE AUX EMPLOYÉS – LIFEWORKS®	65

Régime d'assurance de base en cas de décès et mutilation par accident, police numéro AB10486201, souscrit auprès de Chubb du Canada compagnie d'assurance vie.

PRATIQUES EN MATIÈRE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

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

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

Que sont les renseignements personnels?

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

Quelle utilisation faisons-nous de vos renseignements personnels?

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

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

À qui ces renseignements personnels peuvent-ils être divulgués?

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

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

PRATIQUES EN MATIÈRE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

À qui ces renseignements personnels peuvent-ils être divulgués? (suite)

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

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

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

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

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

www.medavie.croixbleue.ca

Provinces du Canada atlantique: 1-800-667-4511

Ontario: 1-800-355-9133

Québec: 1-888-588-1212

Agent de protection de la vie privée

Croix Bleue Medavie

Groupe de gestion des risques

644, rue Main

C. P. 220

Moncton (N.-B.) E1C 8L3

ou

privacyofficer@medavie.bluecross.ca

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

Commissariat à la protection

de la vie privée du Canada

112, rue Kent

Ottawa (Ontario) K1A 1H3

SITE DES ADHÉRENTS

DIRECTIVES AUX ADHÉRENTS

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

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

SITE DES ADHÉRENTS

Le site des adhérents vous offre différentes options.

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

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

Information sur les adhérents

Les adhérents peuvent :

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

Relevés des adhérents

Les adhérents peuvent :

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

PREMIÈRE VISITE DU SITE DES ADHÉRENTS

Pour vous inscrire sur le site des adhérents, ouvrez une session sur le site Internet de Croix Bleue au **www.medavie.croixbleue.ca**.

Veuillez vous assurer de prendre en note votre code d'utilisateur et votre mot de passe pour consultation future.

REMARQUE

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

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

VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF

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

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

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



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

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

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

Admissibilité à la couverture collective

Pour être admissible à la couverture collective, vous devez être employé de façon permanente, résider au Canada, être couvert par le régime d'assurance maladie de votre province, être activement au travail et travailler un nombre minimum de 20 heures par semaine, et ce, de façon régulière. De plus, vous devez avoir complété le délai d'admission qui est de trois mois d'emploi continu pour votre groupe.

Pour adhérer au régime collectif, vous devez remplir les formulaires qui vous sont remis au moment où vous devenez admissible aux différents régimes.

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

Si vous n'êtes pas au travail actif à temps plein le jour où vous deviendriez autrement admissible aux garanties, vous le devenez à la date de votre retour au travail à temps plein.

VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF

Définition de personnes à charge

Vos personnes à charge sont :

- a) Votre conjoint, qui est la personne avec laquelle vous êtes marié, ou la personne que vous présentez comme votre conjoint et avec laquelle vous habitez depuis au moins un an.
- b) Vos enfants célibataires entièrement à votre charge et
 - âgés de moins de 21 ans, ou
 - âgés de moins de 26 ans, s'ils sont étudiants dûment inscrits à temps plein dans un établissement dispensant un enseignement de l'ordre secondaire, collégial ou universitaire;
 - sans égard à l'âge, s'ils habitent avec vous et ont une déficience physique ou mentale permanente, survenue avant l'âge de 21 ans (ou 26 ans s'ils étaient étudiants).

Exigences relatives aux déclarations de santé

Vous devez soumettre une déclaration de santé si votre demande d'adhésion ou celle de vos personnes à charge est remise à la Compagnie plus de 31 jours après la date d'admissibilité.

Si, au moment de l'entrée en vigueur du contrat ou de son renouvellement, le groupe dont vous faites partie compte moins de trois adhérents, une preuve d'assurabilité sera exigée pour tous les employés, ainsi que pour leurs personnes à charge, sans égard au montant de la protection.

Droit de transformation

Si votre emploi prend fin, vous pouvez transformer votre régime en un régime individuel établi par la Croix Bleue à condition que la demande soit faite dans les 31 jours suivant la date de la cessation d'emploi. Cette option de transformation est offerte au conjoint ou, lorsque la législation provinciale l'exige, aux personnes à charge.

Remplir une demande de règlement

Garantie Hospitalisation

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

Garantie Médicaments

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

Garantie Santé complémentaire

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

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

VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF

Garantie Voyage

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

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

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

La demande de règlement dûment remplie doit parvenir à la Compagnie au plus tard six mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Garantie Soins dentaires

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

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

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

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

Garanties Hospitalisation, Voyage, Médicaments, Santé complémentaire et Soins dentaires

Les demandes de règlement seront administrées par le régime de la Croix Bleue dans la province de résidence du souscripteur.

VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF

Garanties Vie, Vie facultative et Vie personnes à charge

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

Garanties salaire de longue durée

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

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

Compte gestion santé (CGS) et Compte gestion mieux-être (CGM)

Vous devez tout d'abord soumettre vos frais auprès de tout autre régime (financé par le gouvernement ou privé). Vous pouvez soumettre les frais restants à votre CGS ou CGM.

Manuel – Les crédits disponibles seront utilisés pour rembourser une demande de règlement du CGS ou CGM, si vous l'avez indiqué sur votre formulaire de demande de règlement.

Remplissez le formulaire de demande de règlement, joignez-y les reçus originaux ou le relevé d'explication des garanties indiquant les frais restants des demandes de règlement précédentes et envoyez-les à la Compagnie.

Limites de l'action en justice

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

VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF

Coordination des prestations

Si vous ou une de vos personnes à charge êtes couvert par un autre régime de soins de santé, les prestations prévues en vertu du présent régime et de tout autre régime seront coordonnées de façon à ce que les revenus provenant de toutes sources n'excèdent pas le montant des frais réellement engagés. La coordination des prestations se fera conformément aux lignes directrices de l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes (ACCAP).

À l'exception de la garantie Voyage, les prestations payables à vous ou à une de vos personnes à charge suivent l'ordre de priorité ci-après :

- a) les prestations payables en vertu d'un régime ne contenant pas de clause de coordination des prestations sont payables avant celles qui seraient autrement payables en vertu du contrat.
- b) Les prestations payables en vertu de tout régime contenant une clause de coordination des prestations sont versées en suivant l'ordre de priorité ci-après :
 - le régime auquel vous qualifiez en tant d'employé
 - le régime auquel vous qualifiez en tant que personne à charge

Si vous ou l'une de vos personnes à charge vous qualifiez à titre d'employé, les prestations sont payables en suivant l'ordre de priorité ci-après :

- employé en service à temps plein;
- employé en service à temps partiel;
- retraité.

En ce qui attrait la coordination des prestations des enfants à charge, la priorité sera accordée comme suit :

- le régime du parent qui célèbre son anniversaire le premier dans l'année,
- le régime du parent dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet, si les parents ont tous deux la même date d'anniversaire.

Dans le cas des enfants à charge de parents séparés ou divorcés ; la priorité sera accordée comme suit :

- le régime du parent ayant la garde de l'enfant;
- le régime du conjoint du parent qui a la garde de l'enfant;
- le régime du parent qui n'a pas la garde de l'enfant;
- le régime du conjoint du parent qui n'a pas la garde de l'enfant.

Lorsque les prestations prévues en vertu du présent contrat sont payables après celles de tout autre régime, les prestations payables sont égales au moindre :

- a) du total des prestations qui auraient été payables en l'absence de la clause de coordination des prestations,
- b) du total des frais admissibles en vertu de votre propre régime, moins les prestations payables en vertu de tout autre régime d'assurance collective. Les prestations payables en vertu de tout autre régime incluent les prestations auxquelles vous ou une de vos personnes à charge étiez en droit de recevoir si vous aviez dûment soumis une demande de règlement.

« Régime » désigne toute protection qui prévoit des prestations pour soins, services ou fournitures médicales en vertu de tout régime collectif, familial, des débiteurs et des épargnants, et de tout régime public prévoyant des prestations pour des soins similaires.

Les remboursements en vertu de la garantie Voyage du présent contrat sont limités aux frais admissibles en excédent de ceux couverts en vertu de tout autre régime, tel que spécifié dans la section Exclusions et réductions relatives à la garantie Médico-hospitalière de la Garantie Voyage.

COORDONNÉES DES BUREAUX CROIX BLEUE

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

CANADA ATLANTIQUE

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

QUÉBEC

550, rue Sherbrooke Ouest, bureau 12
Montréal (Qc) H3A 6T6

ONTARIO

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

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

MANITOBA

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

SASKATCHEWAN

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

ALBERTA

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

COLOMBIE-BRITANNIQUE

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

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

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT

Montant assurable	1 fois le salaire annuel
Maximum	500 000 \$
Sans preuve de santé	500 000 \$
Réduction à 65 ans	50 % du montant assurable
Exonération des primes	Oui
Fin de la protection	Cessation d'emploi, retraite ou à 70 ans, selon la première de ces éventualités

GARANTIE VIE FACULTATIVE

Montant assurable	La couverture est offerte à l'adhérent et/ou au conjoint par tranche de 10 000 \$ jusqu'à concurrence de 500 000 \$ par participant
Maximum	La garantie combinée d'assurance vie de base et d'assurance vie facultative ne peut dépasser 500 000 \$
Sans preuve de santé	Une preuve de santé est requise pour tous les montants assurables
Exonération des primes	Oui
Fin de la protection	Cessation d'emploi, retraite ou à 65 ans, selon la première de ces éventualités

GARANTIE VIE DES PERSONNES À CHARGE

Couverture	Assurance vie seulement
Conjoint	10 000 \$
Enfant(s)	5 000 \$ par enfant
Exonération des primes	Oui
Fin de la protection	Cessation d'emploi, retraite ou à 70 ans, selon la première de ces éventualités

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Montant assurable	67 % des premiers 4 000 \$ du salaire mensuel, plus 50 % des 3 500 \$ suivants, plus 44 % de l'excédent
Délai de carence	16 semaines (112 jours)
Maximum	10 000 \$ par mois
Sans preuve de santé	10 000 \$
Durée maximale	Jusqu'à l'âge de 65 ans
Imposable	Non
Intégration directe (RRQ, RPC et autres lois sociales)	Oui
Conditions préexistantes	3/6/12 mois
Exonération des primes	Oui
Fin de la protection	La garantie prend fin à la retraite, à la cessation d'emploi ou à 65 ans moins le délai de carence, selon la première de ces éventualités.

SOMMAIRE DES GARANTIES

HOSPITALISATION Soins de santé – Amélioré

	% de remboursement	Maximum
Convalescence	80 %	20 \$ par jour, maximum de 180 jours par année civile
Réadaptation	80 %	20 \$ par jour, maximum de 180 jours par année civile
Centre de traitement des dépendances (drogues et alcool)	80 %	Chambre semi-privée

GÉNÉRALITÉS Soins de santé – Amélioré

Franchise	Aucune
Prestations aux survivants	24 mois, sans paiement de cotisations
Fin de la protection	Cessation d'emploi, retraite ou à 70 ans, selon la première de ces éventualités

SOMMAIRE DES GARANTIES

HOSPITALISATION Soins de santé – Supérieur

	% de remboursement	Maximum
Hôpital	100 %	Chambre semi-privée
Convalescence	100 %	20 \$ par jour, maximum de 180 jours par année civile
Réadaptation	100 %	20 \$ par jour, maximum de 180 jours par année civile
Centre de traitement des dépendances (drogues et alcool)	100 %	Chambre semi-privée

GÉNÉRALITÉS Soins de santé – Supérieur

Franchise	Aucune
Prestations aux survivants	24 mois, sans paiement de cotisations
Fin de la protection	Cessation d'emploi, retraite ou à 70 ans, selon la première de ces éventualités

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE MÉDICAMENTS Soins de santé – De base

	Quote-part		Maximum
	Résidents hors Québec	Résidents du Québec	
Médicaments	<u>Pharmacies Centric :</u> Le participant paie 0 % <u>Toute autre pharmacie :</u> Le participant paie 50 % et les frais d'exécution d'ordonnance	Le participant paie 37 % (0 % lorsque la contribution maximale est atteinte)*	Illimité
Fournitures pour diabétiques	<u>Pharmacies Centric :</u> Le participant paie 0 % <u>Toute autre pharmacie :</u> Le participant paie 50 % et les frais d'exécution d'ordonnance	Le participant paie 37 % (0 % lorsque la contribution maximale est atteinte)*	Illimité
Stérilets	<u>Pharmacies Centric :</u> Le participant paie 0 % <u>Toute autre pharmacie :</u> Le participant paie 50 % et les frais d'exécution d'ordonnance	Le participant paie 37 % (0 % lorsque la contribution maximale est atteinte)*	Illimité

*La contribution maximale applicable aux assurés du Québec répond aux exigences minimales de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

GÉNÉRALITÉS Soins de santé – De base

Franchise	Aucune
Type de paiement	Carte de paiement direct
Substitution par le produit le moins coûteux	Oui, même si le prescripteur indique « aucune substitution »
Prestations aux survivants	24 mois, sans paiement de cotisations
Fin de la protection	Cessation d'emploi, retraite ou à 70 ans, selon la première de ces éventualités

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE MÉDICAMENTS Soins de santé – Amélioré

	Quote-part		Maximum
	Résidents hors Québec	Résidents du Québec	
Médicaments à action immédiate	<u>Pharmacies Centric :</u> Le participant paie 0 % <u>Toute autre pharmacie :</u> Le participant paie 20 % et tout montant qui excède les frais d'exécution d'ordonnance de 5 \$	Le participant paie 20 % (0 % lorsque la contribution maximale est atteinte)*	Illimité
Médicaments d'entretien	<u>Pharmacies Centric :</u> Le participant paie 0 % <u>Toute autre pharmacie :</u> Le participant paie 50 % et tout montant qui excède les frais d'exécution d'ordonnance de 5 \$	Le participant paie 37 % (0 % lorsque la contribution maximale est atteinte)*	Illimité
Auxiliaires antitabagiques	Même quote-part que les médicaments d'entretien		300 \$ à vie
Fournitures pour diabétiques	Même quote-part que les médicaments d'entretien		Illimité
Stérilets	Même quote-part que les médicaments d'entretien		Illimité
Vaccins	Même quote-part que les médicaments d'entretien		Illimité

*La contribution maximale applicable aux assurés du Québec répond aux exigences minimales de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

GÉNÉRALITÉS Soins de santé – Amélioré

Franchise	Aucune
Type de paiement	Carte de paiement direct
Substitution par le produit le moins coûteux	Oui, même si le prescripteur indique « aucune substitution »
Prestations aux survivants	24 mois, sans paiement de cotisations
Fin de la protection	Cessation d'emploi, retraite ou à 70 ans, selon la première de ces éventualités

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE MÉDICAMENTS			
Soins de santé – Supérieur			
	Quote-part		Maximum
	Résidents hors Québec	Résidents du Québec	
Médicaments	<u>Pharmacies Centric :</u> Le participant paie 0 % <u>Toute autre pharmacie :</u> Le participant paie 20 % et tout montant qui excède les frais d'exécution d'ordonnance de 10 \$	Le participant paie 20 % (0 % lorsque la contribution maximale est atteinte)*	Illimité
Auxiliaires antitabagiques	<u>Pharmacies Centric :</u> Le participant paie 0 % <u>Toute autre pharmacie :</u> Le participant paie 20 % et tout montant qui excède les frais d'exécution d'ordonnance de 10 \$	Le participant paie 20 % (0 % lorsque la contribution maximale est atteinte)*	500 \$ à vie
Médicaments de fertilité	<u>Pharmacies Centric :</u> Le participant paie 0 % <u>Toute autre pharmacie :</u> Le participant paie 20 % et tout montant qui excède les frais d'exécution d'ordonnance de 10 \$	Le participant paie 20 % (0 % lorsque la contribution maximale est atteinte)*	10 000 \$ à vie
Fournitures pour diabétiques	<u>Pharmacies Centric :</u> Le participant paie 0 % <u>Toute autre pharmacie :</u> Le participant paie 20 % et tout montant qui excède les frais d'exécution d'ordonnance de 10 \$	Le participant paie 20 % (0 % lorsque la contribution maximale est atteinte)*	Illimité

*La contribution maximale applicable aux assurés du Québec répond aux exigences minimales de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE MÉDICAMENTS Soins de santé – Supérieur

	Quote-part		Maximum
	Résidents hors Québec	Résidents du Québec	
Stérilets	<u>Pharmacies Centric :</u> Le participant paie 0 % <u>Toute autre pharmacie :</u> Le participant paie 20 % et tout montant qui excède les frais d'exécution d'ordonnance de 10 \$	Le participant paie 20 % (0 % lorsque la contribution maximale est atteinte)*	Illimité
Vaccins	<u>Pharmacies Centric :</u> Le participant paie 0 % <u>Toute autre pharmacie :</u> Le participant paie 20 % et tout montant qui excède les frais d'exécution d'ordonnance de 10 \$	Le participant paie 20 % (0 % lorsque la contribution maximale est atteinte)*	Illimité

*La contribution maximale applicable aux assurés du Québec répond aux exigences minimales de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

GÉNÉRALITÉS Soins de santé – Supérieur

Franchise	Aucune
Type de paiement	Carte de paiement direct
Substitution par le produit le moins coûteux	Oui, même si le prescripteur indique « aucune substitution »
Prestations aux survivants	24 mois, sans paiement de cotisations
Fin de la protection	Cessation d'emploi, retraite ou à 70 ans, selon la première de ces éventualités

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE FRAIS MÉDICAUX Soins de santé – De base

	% de remboursement	Maximum
Service ambulancier	50 %	1 000 \$ / année civile
Bas de soutien	50 %	200 \$ / année civile
Prothèses (membres, prothèses oculaires)	50 %	Usuel et raisonnable (voir Annexe A)
Aides à la mobilité (plâtres, cannes, béquilles)	50 %	Usuel et raisonnable
Équipement médical	50 %	Usuel et raisonnable (voir Annexe A)
Appareils pour diabétiques	50 %	200 \$ / année civile
Fournitures pour personnes stomisées	50 %	Usuel et raisonnable
Prothèses auditives	50 %	500 \$ / 60 mois consécutifs
Stérilet	50 %	Illimité
Autres fournitures et services médicaux**	50 %	Usuel et raisonnable (voir Annexe A)
Neurostimulateur transcutané	50 %	300 \$ / 5 années civiles
Tests diagnostiques***	50 %	1 000 \$ / année civile
Soins dentaires en raison d'un accident*	50 %	Autorisation requise

GÉNÉRALITÉS Soins de santé – De base

Franchise	Aucune
Prestations aux survivants	24 mois, sans paiement de cotisations
Fin de la protection	Cessation d'emploi, retraite ou à 70 ans, selon la première de ces éventualités

* Autorisation requise au préalable

** Voir l'Annexe A pour d'autres fournitures et services médicaux.

*** Services d'imagerie diagnostique ne sont couverts qu'au Québec.

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE SERVICES PARAMÉDICAUX Soins de santé - Amélioré

	Maximum admissible par visite	Maximum par année civile
Psychologue	Usuel et raisonnable	300 \$*
Chiropraticien (radiographies incluses)	Usuel et raisonnable	300 \$*
Naturopathe (radiographies incluses)	Usuel et raisonnable	300 \$*
Acupuncteur	Usuel et raisonnable	300 \$*
Ostéopathe (radiographies incluses)	Usuel et raisonnable	300 \$*
Podologue ou Podiatre (radiographies incluses)	Usuel et raisonnable	300 \$*
Orthophoniste	Usuel et raisonnable	300 \$*
Ergothérapeute	Usuel et raisonnable	300 \$*
Physiothérapeute	Usuel et raisonnable	300 \$*
Massothérapeute	Usuel et raisonnable	300 \$*

GÉNÉRALITÉS Soins de santé - Amélioré

<u>% de remboursement</u>	Fournisseur affilié à Lifemark – 100 % Fournisseur non affilié à Lifemark – 80 %
Franchise	Aucune
Prestations aux survivants	24 mois, sans paiement de cotisations
Fin de la protection	Cessation d'emploi, retraite ou à 70 ans, selon la première de ces éventualités

* Remboursement maximal global pour tous les services paramédicaux : 1 000 \$ par année civile.

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

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE FRAIS MÉDICAUX Soins de santé – Amélioré

	% de remboursement	Maximum
Soins infirmiers	80 %	10 000 \$ / année civile
Service ambulancier	80 %	1 000 \$ / année civile
Chaussures orthopédiques ou orthèses plantaires	80 %	300 \$ / 3 années civiles
Fournitures orthopédiques	80 %	200 \$ / année civile
Bas de soutien	80 %	200 \$ / année civile
Prothèses (membres, prothèses oculaires)	80 %	Usuel et raisonnable (voir Annexe A)
Aides à la mobilité (plâtres, cannes, béquilles)	80 %	Usuel et raisonnable
Équipement médical	80 %	Usuel et raisonnable (voir Annexe A)
Appareils pour diabétiques	80 %	200 \$ / année civile
Fournitures pour personnes stomisées	80 %	Usuel et raisonnable
Prothèses auditives	80 %	500 \$ / 60 mois consécutifs
Stérilet	80 %	Illimité
Autres fournitures et services médicaux**	80 %	Usuel et raisonnable (voir Annexe A)
Neurostimulateur transcutané	80 %	300 \$ / 5 années civiles
Tests diagnostiques***	80 %	1 000 \$ / année civile
Soins dentaires en raison d'un accident*	80 %	Autorisation requise

GÉNÉRALITÉS Soins de santé – Amélioré

Franchise	Aucune
Prestations aux survivants	24 mois, sans paiement de cotisations
Fin de la protection	Cessation d'emploi, retraite ou à 70 ans, selon la première de ces éventualités

* Autorisation requise au préalable

** Voir l'Annexe A pour d'autres fournitures et services médicaux.

*** Services d'imagerie diagnostique ne sont couverts qu'au Québec.

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE SOINS DE LA VUE Soins de santé – Amélioré

	% de remboursement	Maximum
Examen de la vue	80 %	Un examen de la vue jusqu'à usuel et raisonnable / 24 mois consécutifs
Verres de contact requis en raison d'une maladie	80 %	200 \$ par 24 mois consécutifs
Lunettes/montures/verres de contact/chirurgie oculaire au laser	80 %	200 \$ par 24 mois consécutifs
Entraînement visuel	80 %	150 \$ à vie

GÉNÉRALITÉS Soins de santé – Amélioré

Franchise	Aucune
Fin de la protection	Cessation d'emploi, retraite ou à 70 ans, selon la première de ces éventualités

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE SERVICES PARAMÉDICAUX Soins de santé – Supérieur

	Maximum admissible par visite	Maximum par année civile
Psychologue	Usuel et raisonnable	500 \$*
Chiropraticien (radiographies incluses)	Usuel et raisonnable	500 \$*
Naturopathe (radiographies incluses)	Usuel et raisonnable	500 \$*
Acupuncteur	Usuel et raisonnable	500 \$*
Ostéopathe (radiographies incluses)	Usuel et raisonnable	500 \$*
Podologue ou Podiatre (radiographies incluses)	Usuel et raisonnable	500 \$*
Orthophoniste	Usuel et raisonnable	500 \$*
Ergothérapeute	Usuel et raisonnable	500 \$*
Physiothérapeute	Usuel et raisonnable	500 \$*
Massothérapeute	Usuel et raisonnable	500 \$*

GÉNÉRALITÉS Soins de santé – Supérieur

<u>% de remboursement</u>	Fournisseur affilié à Lifemark – 100 % Fournisseur non affilié à Lifemark – 80 %
Franchise	Aucune
Prestations aux survivants	24 mois, sans paiement de cotisations
Fin de la protection	Cessation d'emploi, retraite ou à 70 ans, selon la première de ces éventualités

* Remboursement maximal global pour tous les services paramédicaux : 1 500 \$ par année civile.

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

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE FRAIS MÉDICAUX Soins de santé – Supérieur

	% de remboursement	Maximum
Soins infirmiers	100 %	10 000 \$ / année civile
Service ambulancier	100 %	1 000 \$ / année civile
Chaussures orthopédiques ou orthèses plantaires	100 %	300 \$ / année civile
Fournitures orthopédiques	100 %	200 \$ / année civile
Bas de soutien	100 %	200 \$ / année civile
Prothèses (membres, prothèses oculaires)	100 %	Usuel et raisonnable (voir Annexe A)
Aides à la mobilité (plâtres, cannes, béquilles)	100 %	Usuel et raisonnable
Équipement médical	100 %	Usuel et raisonnable (voir Annexe A)
Appareils pour diabétiques	100 %	200 \$ / année civile
Fournitures pour personnes stomisées	100 %	Usuel et raisonnable
Prothèses auditives	100 %	500 \$ / 60 mois consécutifs
Stérilet	100 %	Illimité
Autres fournitures et services médicaux**	100 %	Usuel et raisonnable (voir Annexe A)
Neurostimulateur transcutané	100 %	300 \$ / 5 années civiles
Tests diagnostiques***	100 %	1 000 \$ / année civile
Soins dentaires en raison d'un accident*	100 %	Autorisation requise

GÉNÉRALITÉS Soins de santé – Supérieur

Franchise	Aucune
Prestations aux survivants	24 mois, sans paiement de cotisations
Fin de la protection	Cessation d'emploi, retraite ou à 70 ans, selon la première de ces éventualités

* Autorisation requise au préalable

** Voir l'Annexe A pour d'autres fournitures et services médicaux.

*** Services d'imagerie diagnostique ne sont couverts qu'au Québec.

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE SOINS DE LA VUE Soins de santé – Supérieur

	% de remboursement	Maximum
Examen de la vue	100 %	Un examen de la vue jusqu'à usuel et raisonnable / 24 mois consécutifs
Verres de contact requis en raison d'une maladie	100 %	200 \$ par 24 mois consécutifs
Lunettes/montures/verres de contact/chirurgie oculaire au laser	100 %	300 \$ par 24 mois consécutifs
Entraînement visuel	100 %	150 \$ à vie

GÉNÉRALITÉS Soins de santé – Supérieur

Franchise	Aucune
Fin de la protection	Cessation d'emploi, retraite ou à 70 ans, selon la première de ces éventualités

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE VOYAGE

	% Co-insurance	Maximum
Médico-hospitalière	100 %	2 000 000 \$ / par participant par incident*; limité aux premiers 60 jours du voyage

GÉNÉRALITÉS

Prestations aux survivants	24 mois, sans paiement de cotisations
Assistance voyage	Fournie par CanAssistance inc.
Fin de la protection	Cessation d'emploi, retraite ou à 70 ans, selon la première de ces éventualités

*Incident: Une occurrence isolée de cas d'urgence.

SOMMAIRE DES GARANTIES

SOINS DENTAIRES – Au Canada seulement		
Soins dentaires – De base		
	% de remboursement	Maximum par année civile
Soins préventifs	50 %	1 000 \$*
Soins de base	50 %	1 000 \$*
Année d'édition du guide des tarifs	Année courante	
Nombre d'exams de rappel, polissage et application topique de fluorure	1 par 12 mois consécutifs	

GÉNÉRALITÉS	
Soins dentaires – De base	
Franchise	Aucune
Type de paiement	Remboursement
Prestations aux survivants	24 mois, sans paiement de cotisations
Fin de la protection	Cessation d'emploi, retraite ou à 70 ans, selon la première de ces éventualités

* Les soins préventifs et les soins de base sont assujettis à un maximum global.

SOMMAIRE DES GARANTIES

SOINS DENTAIRES – Au Canada seulement Soins dentaires – Amélioré

	% de remboursement	Maximum par année civile
Soins préventifs	80 %	1 500 \$*
Soins de base	80 %	1 500 \$*
Soins majeurs	50 %	1 500 \$*
Année d'édition du guide des tarifs	Année courante	
Nombre d'examens de rappel, polissage et application topique de fluorure	1 par 9 mois consécutifs	

GÉNÉRALITÉS Soins dentaires – Amélioré

Franchise	Aucune
Type de paiement	Remboursement
Prestations aux survivants	25 mois, sans paiement de cotisations
Fin de la protection	Cessation d'emploi, retraite ou à 70 ans, selon la première de ces éventualités

*Les soins préventifs, les soins de base et les soins majeurs sont assujettis à un maximum global.

SOMMAIRE DES GARANTIES

SOINS DENTAIRES – Au Canada seulement Soins dentaires – Supérieur

	% de remboursement	Maximum par année civile
Soins préventifs	100 %	2 500 \$*
Soins de base	100 %	2 500 \$*
Soins majeurs	50 %	2 500 \$*
Soins d'orthodontie	50 %	2 500 \$ à vie
Année d'édition du guide des tarifs	Année courante	
Nombre d'examens de rappel, polissage et application topique de fluorure	1 par 6 mois consécutifs	

GÉNÉRALITÉS Soins dentaires – Supérieur

Franchise	Aucune
Type de paiement	Remboursement
Prestations aux survivants	26 mois, sans paiement de cotisations
Termination	Cessation d'emploi, retraite ou à 70 ans, selon la première de ces éventualités

*Les soins préventifs, les soins de base et les soins majeurs sont assujettis à un maximum global.

SOMMAIRE DES GARANTIES

COMPTE GESTION SANTÉ	
Année du CGS	Du 1 ^{er} janvier au 31 décembre
Type de CGS	Report des crédits
Période de grâce pour les employés actifs	60 jours
Période de grâce pour les employés dont le CGS a pris fin	60 jours

GÉNÉRALITÉS	
Franchise	Aucune
Mode de remboursement	Remboursement manuel (les crédits seront utilisés pour rembourser les demandes de règlement à même le CGS, si précisé par l'adhérent sur le formulaire de demande de règlement)
Fréquence d'allocation des crédits	Annuelle
Fin du CGS	Cessation d'emploi, retraite ou à 70 ans, selon la première de ces éventualités

SOMMAIRE DES GARANTIES

COMPTE GESTION MIEUX-ÊTRE (CGM)

Année du CGM	Du 1er janvier au 31 décembre
Type de CGM	Aucun report
Catégories de frais admissibles	Soutien à la santé et au mieux-être Médecines alternatives Activités et équipement de sport et de conditionnement physique Croissance personnelle Soins familiaux Activités et loisirs Autres frais médicaux admissibles
Couverture des personnes à charge de l'ARC	Oui
Période de grâce pour les employés actifs	60 jours
Période de grâce pour les employés dont le CGM a pris fin	60 jours

GÉNÉRALITÉS

Mode de remboursement	Remboursement manuel (les crédits seront utilisés pour rembourser les demandes de règlement à même le CGM, si précisé par l'adhérent sur le formulaire de demande de règlement)
Fréquence d'allocation des crédits	Annuelle
Fin du CGM	Cessation d'emploi, retraite ou à 70 ans, selon la première de ces éventualités

SOMMAIRE DES GARANTIES

ANNEXE A - GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE

S'applique au Canada

Prothèses : une (1) à vie. Si la prothèse est requise en raison d'un changement physiologique ou pathologique du moignon, les documents médicaux pertinents seront pris en considération.

Les réparations et/ou ajustements sont couverts sous réserve d'un maximum de 300 \$ par année civile.

Perruques: 300 \$ à vie.

Équipement médical : une autorisation est requise au préalable et l'achat est à la discrétion de Croix Bleue Medavie.

Autres fournitures et services médicaux prescrits :

- L'oxygène et la location d'appareils en vue de son administration nécessitent une autorisation au préalable; l'achat est à la discrétion de Croix Bleue Medavie.
- Les coussins et insertions pour un fauteuil roulant et ou un scooter (selon l'approbation et à concurrence des frais usuels et raisonnables).
- Les fournitures pour personnes stomisées et pour l'incontinence, à concurrence des frais usuels et raisonnables.
- Larynx artificiel : un (1) à vie, à concurrence des frais usuels et raisonnables.
- Frais de réparation d'un larynx artificiel, sous réserve d'un maximum de 300 \$ par année civile.
- Vêtements compressifs pour brûlures majeures : 500 \$ par année civile.
- Soutiens-gorge chirurgicaux : deux (2) par année civile.
- Aides orthophoniques : 500 \$ à vie.
- Tubes d'espacement pour inhalateur : à concurrence des frais usuels et raisonnables.
- Matériel pour le dépistage d'allergies : 50 \$ par année civile.
- Manchons pour lymphoedème : deux (2) par année civile.

GARANTIE VIE

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

Garantie Vie de base

Le montant assurable est indiqué au Sommaire des garanties.

Ce montant est réduit de 50 % lorsque vous atteignez 65 ans. La protection prend fin à la cessation d'emploi, à la retraite ou à 70 ans, selon la première échéance.

Garantie Vie facultative

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

Si tel est le cas, vous pouvez souscrire un montant de protection Vie facultative par tranches de 10 000 \$ selon les modalités décrites au Sommaire des garanties.

Votre garantie Vie facultative prend fin à votre cessation d'emploi, à la date de votre retraite ou lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans, selon la première échéance.

Garantie Vie de base des personnes à charge

Si vous détenez une protection familiale, vos personnes à charge sont également couvertes. Leur montant de protection est indiqué au Sommaire des garanties.

La protection des personnes à charge prend fin à la date à laquelle votre propre protection prend fin ou au moment où elles cessent d'être admissibles à titre de personnes à charge, selon la première échéance.

Prestation pour maladie en phase terminale

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

Versement des indemnités

En cas de décès, la Compagnie versera le montant de votre garantie Vie de base à votre bénéficiaire désigné.

Exonération des primes

Si vous devenez totalement invalide avant votre 65^e anniversaire de naissance, vous êtes exonéré du paiement des primes pour votre protection vie à compter de la date d'expiration du délai de six mois consécutifs d'invalidité totale, à condition que des preuves médicales de l'invalidité soient présentées à la Compagnie.

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

GARANTIE VIE

Exonération des primes (suite)

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

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

Droit de transformation

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

GARANTIE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

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

Invalidité totale

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

- a) l'état d'incapacité totale et continue, résultant d'un accident ou d'une maladie, qui vous empêche, pendant le délai de carence et la période de 24 mois qui suit immédiatement la fin du délai de carence, d'accomplir les tâches régulières de votre propre travail; et
- b) par la suite, l'état d'incapacité totale et continue, résultant d'un accident ou d'une maladie, qui vous empêche d'accomplir les tâches régulières de tout travail :
 - qui vous permettrait de gagner au moins 60 % de votre salaire avant le début de l'invalidité totale et
 - qui soit compatible avec votre formation, votre éducation et votre expérience.

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

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

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

Rechute

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

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

Programme de réadaptation

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

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

GARANTIE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Condition préexistante

Condition préexistante désigne une maladie ou une blessure pour laquelle vous avez, pendant les trois mois précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de votre protection en vertu de la présente garantie, consulté un médecin, reçu des traitements, soins ou services médicaux (y compris des mesures diagnostiques) ou avez reçu une prescription pour des médicaments.

Aucune prestation n'est payable pour toute invalidité causée par ou résultant d'une condition préexistante, sauf si :

- vous n'avez pas consulté un médecin ou reçu des traitements, soins ou services médicaux (y compris des mesures diagnostiques), ou ne vous êtes pas fait prescrire des médicaments au cours d'une période de 6 mois consécutifs, pendant la période de 15 mois débutant 3 mois avant la date d'entrée en vigueur de votre garantie Salaire de longue durée et se terminant 12 mois après cette date, ou
- l'invalidité débute après 12 mois consécutifs d'emploi à partir de la date d'entrée en vigueur de la garantie Salaire de longue durée à votre égard.

Intégration des prestations

Le montant des prestations mensuelles de la garantie Salaire de longue durée auquel vous avez droit à la date de votre invalidité est coordonné avec les autres revenus que vous êtes en droit de recevoir en raison de votre invalidité. La coordination des prestations est appliquée de la façon suivante :

1. Le montant des prestations mensuelles de la garantie Salaire de longue durée est réduit de tout revenu ou de toute prestation qui vous sont payables en raison de votre invalidité courante ou subséquente, c'est-à-dire :
 - tout montant de prestations d'invalidité auquel vous êtes admissible en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec (prestations primaires seulement),
 - tout montant de prestations d'invalidité versé en vertu de la Loi sur les accidents du travail,
 - toute prestation de retraite versée en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, si vous vous inscrivez à ces régimes après la date où vous répondez à la définition d'invalidité,
 - tout revenu de retraite ou toute prestation payables en vertu de tout régime collectif offert par votre employeur ou par l'intermédiaire de ce dernier,
 - tout revenu ou toute prestation payables en vertu d'un régime provenant d'une association, d'un syndicat ou d'un organisme sans but lucratif dont vous êtes membre,
 - tout revenu ou toute prestation payables en vertu d'un régime d'assurance automobile, lorsque telle réduction n'est pas interdite par la loi ou lorsque ce montant n'a pas à être remboursé à l'assureur automobile, et
 - tout salaire ou toute rémunération payables par un employeur ou reçus en tant que travailleur autonome, sauf si reçus en vertu d'un programme de réadaptation approuvé.
2. Le montant des prestations mensuelles de la garantie Salaire de longue durée sera de nouveau réduit de façon à ce que le montant total de votre revenu et de vos prestations provenant de toutes sources n'excède pas 85 % de votre revenu avant l'invalidité.

Au cours d'un programme de réadaptation approuvé, le montant des prestations mensuelles de la garantie Salaire de longue durée est réduit de 50 % de votre revenu reçu en vertu de ce programme de réadaptation et, si nécessaire, est réduit de nouveau de façon à ce que le montant total de revenu et des prestations que vous recevez n'excède pas 100 % de votre revenu avant l'invalidité.

GARANTIE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

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

Une fois la réduction initiale du RPC/RRQ établie pour une demande de règlement relative à la garantie Salaire de longue durée, elle ne sera pas modifiée en raison des ajustements au coût de la vie effectués sur les paiements du RPC/RRQ.

Limitations et Exclusions

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

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

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

Perte du droit aux prestations

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

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

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

Exonération des primes

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

Fin de la protection

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

GARANTIE HOSPITALISATION

Cette garantie couvre les frais admissibles engagés pour vous ou pour vos personnes à charge, sous réserve de la franchise (s'il y a lieu) et du pourcentage de remboursement indiqués au Sommaire des garanties.

Franchise

La franchise, s'il y a lieu, est la partie des frais admissibles que vous devez payer pour vous ou vos personnes à charge avant que la Compagnie ne commence à rembourser les frais admissibles en vertu du contrat. La franchise ne s'applique qu'une fois par année civile.

Les frais admissibles engagés au cours des trois derniers mois de l'année civile et qui n'ont pas été utilisés parce que la franchise pour l'année n'avait pas été atteinte peuvent servir à réduire la franchise de l'année civile suivante.

Frais admissibles

Les frais usuels et raisonnables pour des soins nécessaires du point de vue médical et recommandés par un médecin sont remboursés selon le pourcentage et maximum indiqués au Sommaire des garanties. Les services doivent être rendus par un fournisseur approuvé par la Compagnie.

HOSPITALISATION

Chambre d'hôpital

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

Convalescence

Les frais pour les soins de convalescence, si le participant est admis moins de 14 jours après avoir obtenu son congé d'un hôpital où il recevait des soins actifs, sous réserve du nombre de jours et des maximums indiqués au Sommaire des garanties.

Réadaptation

Les frais pour les soins de réadaptation ultérieurement à la date d'entrée en vigueur de la garantie, sous réserve du nombre de jours et des maximums indiqués au Sommaire des garanties.

Fin de la protection

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

Prestations aux survivants

Après votre décès, vos personnes à charge continuent d'être couvertes sans frais, jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) 24 mois après la date de votre décès;
- b) la date à laquelle elles cessent d'être des personnes à charge admissibles;
- c) la date d'entrée en vigueur d'une couverture semblable auprès d'un autre assureur, ou
- d) la date de fin du contrat.

GARANTIE MÉDICAMENTS – AU CANADA SEULEMENT

Cette garantie couvre les frais de médicaments admissibles tels que définis par la Compagnie et sous réserve de la franchise, de la quote-part ou du maximum indiqués au Sommaire des garanties.

La Compagnie peut faire, périodiquement, des ajouts, des suppressions ou des modifications à la liste des médicaments admissibles ou à toute liste mentionnée ci-après. Une autorisation préalable peut être requise pour certains médicaments afin d'assurer leur admissibilité au paiement, tel qu'indiqué par la Compagnie.

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

S'il est mentionné dans le Sommaire des garanties que la Substitution par le produit le moins coûteux s'applique, la Compagnie rembourse le coût du médicament interchangeable dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, quel que soit le médicament interchangeable qui a été prescrit.

Vous pouvez vous procurer un médicament interchangeable de coût plus élevé et alors payer la différence de coût.

La Compagnie applique la clause de substitution même si votre médecin indique que le médicament interchangeable ne peut être substitué.

Si le participant ne tolère pas le médicament interchangeable dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, la Compagnie peut accepter de rembourser le coût du médicament interchangeable prescrit, sur une base de cas par cas, par le biais du processus d'exception précisé.

Certains médicaments sur ordonnance figurant sur la liste des médicaments admissibles sont admissibles sur une base individuelle, par participant, selon des besoins médicaux spécifiques et lorsque approuvés par la Compagnie selon la procédure de demande d'autorisation spéciale.

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

Franchise

La franchise est la partie des frais admissibles que vous devez payer avant que la Compagnie ne commence à rembourser les frais admissibles en vertu du contrat, s'il y a lieu.

Frais admissibles

Le régime couvre les frais suivants, selon le pourcentage de remboursement indiqué au Sommaire des garanties.

Les frais pour les médicaments qui requièrent une ordonnance en vertu de la loi, qui sont approuvés par la Compagnie et prescrits par un médecin ou un dentiste sont admissibles. Seront aussi pris en considération, certains médicaments prescrits par d'autres professionnels de la santé lorsque la législation provinciale applicable permet à ce professionnel de prescrire ces médicaments.

Un médicament à action immédiate est un médicament admissible qui est prescrit pour le traitement d'une affection qui est habituellement de courte durée et requiert un traitement d'urgence.

Les médicaments à action immédiate comprennent aussi les médicaments qui, selon la loi, ne peuvent être obtenus par la poste, incluant :

- les narcotiques;
- les médicaments contrôlés et les stimulants;
- les médicaments qui ne sont pas disponibles dans les pharmacies de vente au détail.

Un médicament d'entretien est un médicament admissible qui est prescrit pour traiter les affections chroniques de longue durée. La prise d'un médicament d'entretien doit être régulière et récurrente. Les médicaments d'entretien comprennent les médicaments qui ne répondent pas à la définition de médicaments à action immédiate.

GARANTIE MÉDICAMENTS – AU CANADA SEULEMENT

Frais non remboursés par le régime

Les frais liés aux produits et aux médicaments suivants ne sont pas remboursés par le régime, sauf indication contraire dans le Sommaire des garanties :

- les produits qui ne sont pas approuvés par la Compagnie,
- les produits pour l'entretien des lentilles cornéennes,
- les protéines ou suppléments diététiques, les acides aminés, acides gras essentiels,
- les préparations alimentaires pour nourrissons,
- les produits de toilette, y compris les savons et les émoullients,
- les substances adoucissantes et protectrices pour la peau,
- les minéraux, vitamines,
- les produits homéopathiques/naturopathiques,
- les médicaments ou les formes de médicaments n'ayant pas d'indication thérapeutique,
- les plantes médicinales,
- les remèdes traditionnels,
- les probiotiques,
- les médicaments liés aux cures d'amaigrissement,
- les médicaments pour le traitement du dysfonctionnement érectile,
- les médicaments de fertilité,
- les médicaments généralement administrés dans un hôpital.

S'applique aux résidents du Québec

Loi sur l'assurance médicaments

Ce contrat doit être administré conformément à la Loi sur l'assurance médicaments (« la Loi ») s'appliquant aux participants résidant au Québec, y compris les articles de la Loi portant sur la coassurance maximale, les déboursés maximums, les médicaments admissibles et les médicaments d'exception.

Pour les participants résidant au Québec, la clause Frais non remboursés par le régime de la présente garantie ne rendra en aucun cas la garantie Médicaments moins généreuse que le régime général d'assurance médicaments établi par la Loi.

Déboursé maximum par année civile

Si, dans toute année civile, un participant résidant au Québec dépense plus en médicaments admissibles que la contribution maximale établie par la RAMQ, les montants excédant le montant de la contribution maximale seront remboursés à 100 % par la Compagnie. Le montant de la contribution du participant résidant au Québec comprend la franchise et la quote-part, s'il y a lieu, pour vous et vos personnes à charge.

Participants de 65 ans et plus

Lorsque vous et votre conjoint atteignez soixante-cinq (65) ans, vous avez une décision à prendre relativement à la couverture de vos médicaments.

Décision d'adhérer au régime de la RAMQ à 65 ans

Lorsque vous et votre conjoint atteignez l'âge de soixante-cinq (65) ans vous pouvez choisir de vous assurer en vertu du régime général d'assurance médicaments créé en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments (régime de la RAMQ), plutôt que de maintenir la couverture complète des médicaments du régime d'assurance collective. Ce choix est alors irrévocable.

Si, à soixante-cinq (65) ans, vous décidez d'adhérer au régime de la RAMQ, vous-même et vos personnes à charge, quel que soit leur âge, ne serez plus admissibles à des prestations en vertu du régime d'assurance collective (sauf la couverture complémentaire décrite aux points a et b ci-dessous).

GARANTIE MÉDICAMENTS – AU CANADA SEULEMENT

Décision d'adhérer au régime de la RAMQ à 65 ans (suite)

De même, si votre conjoint décide, à soixante-cinq (65) ans, d'adhérer au régime de la RAMQ, il ne sera plus admissible à des prestations en vertu du régime d'assurance collective (sauf la couverture complémentaire décrite aux points a et b. ci-dessous).

Toutefois, vous et vos personnes à charge qui avez adhéré au régime de la RAMQ demeurez couverts pour les frais décrits ci-dessous en vertu du régime d'assurance collective (sous réserve de l'application d'une surprime, si le tableau des primes du contrat en fait mention) :

- a) la franchise et la coassurance déboursées par l'assuré en vertu du régime de la RAMQ; et;
- b) sujet à la franchise et au pourcentage de remboursement mentionnés au Sommaire des garanties pour les médicaments : le remboursement de tous les médicaments qui n'apparaissent pas sur la liste du régime public, mais qui sont couverts dans la liste de l'assureur.

Décision de se désister de la RAMQ à 65 ans

Lorsqu'un résident du Québec atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans, la RAMQ l'inscrit automatiquement comme bénéficiaire de son régime d'assurance médicaments. Lorsque vous ou votre conjoint atteignez l'âge de soixante-cinq (65) ans, vous devez donc annuler votre inscription au régime de la RAMQ pour continuer une pleine couverture des médicaments en vertu du régime d'assurance collective. Les modalités relatives à la surprime (s'il y en a une) sont indiquées dans le Tableau des primes du contrat ou, après la date d'entrée en vigueur du contrat, dans les conditions de renouvellement des taux émises par l'assureur.

Si un résident du Québec décide de maintenir sa couverture en vertu de la présente garantie, la Compagnie se réserve le droit de modifier les taux unitaires applicables à cette garantie pour tout résident du Québec et âgé de 65 ans et plus.

Fin de la protection

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

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE – AU CANADA SEULEMENT

Cette garantie couvre les frais admissibles engagés au Canada pour vous ou pour vos personnes à charge, sous réserve de la franchise (s'il y a lieu) et du pourcentage de remboursement indiqués au Sommaire des garanties.

Franchise

La franchise, s'il y a lieu, est la partie des frais admissibles que vous devez payer pour vous ou vos personnes à charge avant que la Compagnie ne commence à rembourser les frais admissibles en vertu du contrat. La franchise ne s'applique qu'une fois par année civile.

Les frais admissibles engagés au cours des trois derniers mois de l'année civile et qui n'ont pas été utilisés parce que la franchise pour l'année n'avait pas été atteinte peuvent servir à réduire la franchise de l'année civile suivante.

Frais admissibles

Les frais usuels et raisonnables couvrant des soins nécessaires du point de vue médical et préalablement recommandés par un médecin sont remboursés selon le pourcentage et le maximum indiqués au Sommaire des garanties. Un remboursement de frais ne sera considéré que si les services sont rendus par un fournisseur approuvé par la Compagnie.

FOURNITURES ET SERVICES MÉDICAUX

Service ambulancier

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

Chaussures orthopédiques/Orthèses plantaires

Les frais de chaussures orthopédiques quand les chaussures sont fabriquées sur mesure avec des dispositifs spéciaux pour accommoder, soulager, ou corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied. Une ordonnance d'un chirurgien orthopédique, d'un physiatre, d'un rhumatologue, d'un podiatre ou du médecin traitant est requise avec une copie de l'évaluation biomécanique ou de l'analyse de la démarche du professionnel de la santé.

Les frais pour les orthèses plantaires faites sur mesure pour accommoder, soulager ou corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied, excluant leur remplacement (à l'exception d'un changement pathologique), sur autorisation écrite d'un chirurgien orthopédique, d'un physiatre, d'un rhumatologue, d'un podiatre ou du médecin traitant. Les orthèses plantaires faites sur mesure doivent être fournies par un fournisseur approuvé d'orthèses plantaires.

Le remboursement maximum global est spécifié au Sommaire des garanties.

Fournitures orthopédiques

Les frais relatifs aux modifications, aux ajustements et aux fournitures sont admissibles lorsqu'ils sont prescrits par un des professionnels de la santé mentionnés ci-dessus et si le but est d'accommoder, de soulager, ou de corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied. Le remboursement maximal global est spécifié au Sommaire des garanties.

Bas de soutien

Les frais d'achat de bas de soutien médicaux, y compris des vêtements de soutien élastique et des vêtements de compression (faits sur mesure), sur recommandation du médecin traitant et sous réserve d'un remboursement maximal spécifié au Sommaire des garanties.

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE – AU CANADA SEULEMENT

Prothèses

Les frais d'achat pour les appareils correctifs suivants :

- membres artificiels (limite d'une (1) prothèse pour chaque membre, la vie durant),
- membres myoélectriques (maximum de 10 000 \$ par membre à vie),
- bas pour membre résiduel, à concurrence du montant usuel et raisonnable,
- prothèses mammaires (limite d'une (1) prothèse gauche et d'une (1) prothèse droite par période de deux (2) années civiles consécutives),
- nez artificiel (limité à un (1) à vie),
- prothèses oculaires (limite d'une (1) prothèse gauche et d'une (1) prothèse droite à vie),
- plâtres et attelles, à concurrence du montant usuel et raisonnable,
- bandages herniaires (limite d'un (1) par période de cinq (5) années civiles consécutives),
- appareils de soutien (limite d'un (1) collet cervical par année civile. Pour tous les autres appareils de soutien, limite d'un (1) appareil à vie),
- cannes et béquilles (maximum global de deux (2) à vie).

Le coût de remplacement de ces articles ne sera admissible qu'en raison d'un changement pathologique ou physiologique.

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

Les réparations et les ajustements des prothèses sont couverts sous réserve d'un remboursement maximal spécifié au Sommaire des garanties.

Prothèses auditives

Le coût des appareils auditifs (excluant les piles et les examens), sous réserve d'un remboursement maximal spécifié au Sommaire des garanties, lorsqu'ils sont prescrits par un otorhinolaryngologiste, un otologiste, ou sur recommandation d'un audiologiste agréé.

Neurostimulateur transcutané (TENS)

Les frais d'achat ou de location d'un neurostimulateur transcutané, sous réserve d'un remboursement maximal spécifié au Sommaire des garanties.

Appareils de contrôle pour diabétiques

Les frais d'achat des articles suivants servant au contrôle du diabète : glucomètre, injecteur d'insuline à pression, système de dosage de l'insuline, ou tout autre appareil semblable approuvé par la Compagnie, sous réserve du remboursement global de 200 \$ par année civile.

Équipement médical

Les frais de location d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital (incluant le matelas et les côtés de sûreté) et de matériel pour l'administration d'oxygène, lorsque prescrit par un médecin. Si, en raison d'une maladie ou d'une invalidité qui se prolonge, les articles doivent servir pour une longue période de temps, la Compagnie peut, à sa discrétion, approuver l'achat de ces articles.

Une fois que l'achat de l'équipement original est approuvé, la location ou l'achat (si approuvé) de toute autre pièce d'équipement similaire sera limité au montant usuel et raisonnable.

Le coût de la réparation d'un fauteuil roulant manuel ou électrique est couvert à concurrence du montant usuel et raisonnable.

Le participant doit obtenir l'approbation préalable de la Compagnie avant tout achat ou location, à défaut de quoi la demande de règlement peut être rejetée.

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE – AU CANADA SEULEMENT

Tests diagnostiques

Les frais de services diagnostiques et de laboratoire, y compris les rayons X, lorsqu'ils sont dispensés par un laboratoire approuvé par la Compagnie et qui, selon cette dernière, est apte à offrir de tels services.

- Les frais d'analyses de laboratoire, de radiographies, d'électrocardiogrammes, de tomographies par ordinateur (CT Scans), d'échographies et d'imagerie par résonance magnétique (IRM).

Le remboursement maximal global pour ces services est spécifié au Sommaire des garanties. Services d'imagerie diagnostique ne sont couverts qu'au Québec.

Services paramédicaux

Les services dispensés par un professionnel autorisé, à l'exception de ceux reçus dans un hôpital. Le maximum payable par professionnel admissible est spécifié au sommaire des garanties. Le maximum payable pour les frais de radiographies est également spécifié au sommaire des garanties.

Autres fournitures et services médicaux

- a) Les frais d'achat de coussins et d'insertions pour fauteuil roulant et ou un scooter, jusqu'à concurrence du montant usuel et raisonnable.
- b) Les frais pour un larynx artificiel, limité à un (1) achat à vie.
- c) Les frais pour la réparation d'un larynx artificiel, sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties.
- d) Les frais d'achat de vêtements de compression pour brûlures majeures, sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties.
- e) Les frais d'achat de soutiens-gorge chirurgicaux, maximum de deux (2) par année civile.
- f) Les frais d'achat de tubes d'espacement pour inhalateur, à concurrence du montant usuel et raisonnable.
- g) Les frais d'achat de matériel pour les tests d'allergies, sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties.
- h) Les frais de manchons pour lymphoedème, sous réserve de deux (2) par année civile.

Fournitures pour personnes stomisées

Les frais de fournitures essentielles pour personnes stomisées, à concurrence du montant usuel et raisonnable.

Aides orthophoniques

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

Stérilet

Les frais d'achat d'un stérilet par période de deux (2) années civiles consécutives, sous réserve d'un remboursement maximal spécifié au Sommaire des garanties.

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE – AU CANADA SEULEMENT

Soins dentaires requis en raison d'un accident

Les frais de soins dentaires requis lorsque des dents naturelles saines ont été endommagées par suite d'un coup direct accidentel à la bouche, ou qu'une mâchoire fracturée ou disloquée doit être remise en place.

Ces soins doivent être donnés ou signalés et approuvés par la Compagnie dans les 180 jours suivant l'accident et complétés dans les 24 mois de la date de l'accident. Les frais admissibles sont les honoraires usuels et courants du dentiste jusqu'à concurrence de ceux prévus au Guide des tarifs et nomenclature des actes buccodentaires approuvé par l'Association des chirurgiens dentistes de la province où les soins ont été rendus.

Tous les traitements dentaires reportés doivent être complétés et approuvés pour paiement par la Compagnie, au plus tard le dernier jour du mois dans lequel le participant atteint 21 ans, sauf indication contraire requis par la loi auquel cas la disposition législative applicable dans la province de résidence du participant s'applique.

Lorsque de tels traitements dentaires doivent être reportés en raison de l'âge du patient ou pour toute autre raison que la Compagnie juge valable, les traitements peuvent être approuvés pour paiement ultérieur. Pour répondre aux exigences de paiement, le participant doit être couvert par la Compagnie pour les soins dentaires par suite d'un accident au moment où l'accident se produit et il doit toujours être couvert par la Compagnie au moment où les services sont rendus. La seule exception à cette exigence est lorsque le participant n'est pas couvert pour les soins dentaires au moment où le service est rendu; le cas échéant, la demande de règlement peut être approuvée. L'adhérent est tenu de remettre à la Compagnie, dans les 180 jours qui suivent l'accident, les détails complets des services requis du dentiste, ainsi que la raison pour laquelle ils ont été reportés.

SOINS DE LA VUE

Examen de la vue

Les frais engagés pour un examen de la vue auprès d'un optométriste ou d'un ophtalmologiste autorisés, sous réserve du maximum spécifié au Sommaire des garanties.

Verres de contact requis en raison d'une maladie

Les frais demandés pour des verres de contact prescrits par un ophtalmologiste autorisé en raison d'une kératite ulcéreuse, d'une cicatrisation sévère de la cornée; d'un kératocône (cornée conique) ou d'aphakie, à condition que la vue puisse être améliorée au moins au niveau 20/40 avec des verres de contact mais non avec des lunettes. Le remboursement maximum global est spécifié au Sommaire des garanties.

Entraînement visuel

Les frais d'entraînement visuel et exercices de réadaptation visuelle lorsque dispensés par un optométriste ou un ophtalmologiste autorisés, sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties.

Lunettes (verres et montures), verres de contact et chirurgie oculaire au laser

Le coût de lunettes (verres et montures) et de verres de contact prescrits par un ophtalmologiste ou un optométriste. Les frais d'une chirurgie oculaire au laser, ainsi que le coût de lentilles intraoculaires implantées lors d'une chirurgie de la cataracte, sont également admissibles dans le remboursement maximum global mentionné au Sommaire des garanties.

Exclusion spécifique

Les frais pour des lunettes de soleil non correctrices ou des lunettes protectrices sont exclus.

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE – AU CANADA SEULEMENT

Frais non remboursés par le régime

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

- a) examens médicaux ou bilans de santé demandés par une tierce partie,
- b) cures de repos, soins de convalescence, soins de garde, services de réadaptation données dans un établissement hospitalier pour malades chroniques ou une unité de soins d'un hôpital général pour malades chroniques, ou pour les frais engagés par un participant pour un traitement qui, de l'avis de la Compagnie, aurait dû être dispensé dans une unité de soins ou un établissement hospitalier pour malades chroniques,
- c) services facultatifs donnés à un participant à l'extérieur de sa province de résidence si le régime d'assurance-maladie de la province de résidence du participant n'accepte pas de payer les frais habituellement couverts pour ces services, dans la province de résidence du participant,
- d) services ou produits auxquels le participant a droit en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou de toute autre mesure législative,
- e) services pour lesquels il n'y aurait eu aucuns frais si le participant n'avait pas été couvert en vertu du présent contrat,
- f) services à des fins esthétiques ou traitements de problèmes qui ne nuisent pas à la santé,
- g) produits ou services habituellement offerts sans frais ou à un coût minime au participant en vertu d'une loi ou d'un règlement gouvernemental à la date d'entrée en vigueur du contrat, que ces produits ou services continuent ou non d'être admissibles en vertu d'un programme gouvernemental,
- h) frais de livraison ou de déplacement, ou les deux, à destination ou en provenance d'un hôpital ou du bureau d'un professionnel de la santé,
- i) services offerts en raison de blessures subies ou de maladies contractées par suite d'une émeute, d'une insurrection ou d'une guerre, qu'elle soit déclarée ou non, y compris tout état causé directement ou indirectement par les forces armées d'un pays,
- j) médicaments faisant l'objet de restrictions en vertu d'une loi fédérale ou provinciale qui sont prescrits ou donnés malgré ces règlements,
- k) frais d'admission ou les surcharges qu'impose un hôpital pour un non résident,
- l) services requis par suite d'une tentative de perpétration d'un acte criminel,
- m) soins rendus par un professionnel de la santé non autorisé,
- n) frais pour rendez-vous manqués ou pour faire remplir des formulaires,
- o) services normalement acquittés directement ou indirectement par l'employeur,
- p) services et produits de soins de santé qui ne proviennent pas d'un fournisseur approuvé par la Compagnie,
- q) produits ou services de soins de santé de nature expérimentale ou pour fins de recherche,
- r) produits ou services de soins de santé qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical ni d'une efficacité éprouvée,
- s) frais pour l'évaluation du plan de traitement, y compris les évaluations en physiothérapie mais sans s'y limiter. Les évaluations du plan de traitement seront exclues des services admissibles, sauf indication contraire précisée dans la présente,
- t) produits et services de soins de santé administrés par un hôpital, un organisme ou un fournisseur sous la direction d'un hôpital, d'un organisme ou d'un fournisseur financé, en totalité ou en partie, par un palier gouvernemental. Ces services ne sont pas admissibles à remboursement en vertu de la présente, sauf indication contraire.

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE – AU CANADA SEULEMENT

Limitation

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

Fin de la protection

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

GARANTIE VOYAGE

Cette garantie couvre les frais imprévus qui surviennent lorsque vous ou vos personnes à charge êtes en voyage à l'extérieur de votre province de résidence.

GARANTIE MÉDICO-HOSPITALIÈRE

Lignes Canassistance

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

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

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

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

Si le participant ne peut pas appeler à frais virés, Croix Bleue Medavie lui remboursera le coût de l'appel.

Frais et services couverts par la garantie Médico-hospitalière

Le régime rembourse les frais usuels et raisonnables engagés par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie, sous réserve d'un remboursement maximum de 2 000 000 \$ par événement, par participant.

Les traitements admissibles sont ceux déclarés nécessaires à la stabilisation de la condition médicale et les prestations accordées sont complémentaires aux prestations prévues par les régimes gouvernementaux.

Hospitalisation

Frais engagés dans un hôpital général public en excédent de ceux couverts par un régime gouvernemental d'assurance-maladie pour a) une chambre d'hôpital (une seule chambre), et b) les services médicalement nécessaires donnés au patient hospitalisé ou traité au service de consultation externe.

Médecins et chirurgiens

Honoraires usuels de médecins et de chirurgiens pour services dispensés, en excédent de ceux couverts par le régime gouvernemental d'assurance-maladie.

Appareils médicaux

Le coût des plâtres, béquilles, cannes, écharpes, attelles, bandages herniaires et appareils de soutien ainsi que la location temporaire d'un fauteuil roulant lorsque c'est nécessaire en raison d'un accident ou d'une maladie qui se produit à l'extérieur de la province de résidence du participant. Une ordonnance du médecin est aussi requise.

Infirmier

Les honoraires usuels et raisonnables pour soins infirmiers privés dispensés sur ordonnance d'un médecin par un infirmier autorisé ou un infirmier-auxiliaire autorisé n'ayant pas de lien de parenté avec le patient et qui n'est pas un employé de l'hôpital.

GARANTIE VOYAGE

Service d'ambulance

Frais usuels de transport par ambulance, par un service d'ambulance titulaire d'une licence, à destination ou en provenance de l'établissement hospitalier qualifié le plus proche, y compris le transport par avion et secours d'urgence.

Retour à domicile

Frais supplémentaires de billets, en classe économique, pour le retour du patient à domicile par la voie la plus directe (avion, autobus, train) lorsque le patient est obligé de retourner chez lui en raison de son état de santé et qu'il doit être accompagné d'un auxiliaire médical qualifié (sans lien de parenté avec le patient), avec autorisation écrite du médecin traitant à l'appui. Si le voyage de retour se fait sur vol régulier, le régime couvre :

- a) deux (2) billets à destination de la ville de résidence du patient au Canada, par la voie la plus directe, un retour simple pour la personne couverte et un aller-retour pour l'auxiliaire médical qui accompagne le patient;
- b) le nombre de sièges nécessaires pour installer le patient en civière pour le retour, et un aller-retour pour l'auxiliaire médical qui accompagne le patient.

Frais de diagnostic

Frais d'analyses de laboratoire et de radiographies aux fins de diagnostic, sur ordonnance du médecin traitant, en excédent de ceux couverts par un régime gouvernemental d'assurance-maladie.

Services paramédicaux

Honoraires d'un chiropraticien, d'un ostéopathe, d'un podologue ou podiatre, d'un physiothérapeute, sans lien de parenté avec le patient, en excédent de ceux couverts par un régime gouvernemental d'assurance maladie. Radiographies non comprises.

Médicaments

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

Soins dentaires

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

Si les traitements doivent être reportés en raison de l'âge du patient ou pour toute autre raison que la Compagnie juge valable, les traitements peuvent être approuvés pour paiement ultérieur. Pour répondre aux exigences de paiement, le participant doit être couvert par la Compagnie pour les soins dentaires par suite d'un accident au moment où l'accident se produit et il doit toujours être couvert par la Compagnie au moment où les services sont rendus. La seule exception à cette exigence est lorsque le participant n'est pas couvert pour les soins dentaires au moment où le service est rendu; le cas échéant, la demande de règlement peut être approuvée. Le participant est tenu de soumettre à la Compagnie, dans les 180 jours suivant l'accident, un rapport complet des soins dentaires requis et la raison pour laquelle ils ont été reportés.

GARANTIE VOYAGE

Retour du véhicule

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

Retour de la dépouille

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

Repas et hébergement

Frais supplémentaires pour l'hébergement et les repas dans un établissement commercial, lorsqu'un adhérent ou une personne à charge doit reporter son retour en raison de maladie contractée ou de blessure subie par un compagnon de voyage ou par le participant lui-même, sous réserve d'un remboursement maximal de 1 200 \$ canadiens (soit 150 \$ par jour, maximum de 8 jours) par voyage. Des reçus d'établissements commerciaux à l'appui et une déclaration du médecin traitant sont requis.

Transport pour visiter le participant

Coût d'un billet aller-retour en classe économique par la voie la plus directe (avion, autobus, train) pour rendre visite au participant qui a été hospitalisé ou, s'il est décédé et que le médecin traitant recommande la présence d'un membre de la famille immédiate ou d'un ami très proche du participant.

Assistance en cas d'urgence et pour le paiement

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

Assistance médicale

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

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

Aide relative aux besoins non médicaux

Le patient peut demander :

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

GARANTIE VOYAGE

Exclusions et réductions relatives à la garantie Médico-hospitalière

Aucun participant n'a droit à des prestations dans les cas suivants :

1. Aucune prestation ne sera versée en vertu de la présente garantie aux personnes voyageant à l'extérieur de leur province de résidence principalement ou accessoirement pour consultation médicale ou traitement, et ce, même si le voyage est recommandé par un médecin.
2. Aucune prestation ne sera versée en vertu de la présente garantie pour un traitement facultatif non urgent ou une intervention chirurgicale facultative non urgente; à savoir un traitement ou une intervention chirurgicale a) qui n'est pas requis pour le soulagement immédiat d'une douleur aiguë et de souffrance; ou b) qui peut raisonnablement être reporté après le retour du participant au Canada; ou c) que le participant a choisi de recevoir ou de subir à l'extérieur du Canada par suite du traitement d'urgence ou du diagnostic d'un problème de santé qui (avec information médicale à l'appui) n'aurait pas empêché le participant de retourner au Canada pour y recevoir le traitement ou l'intervention chirurgicale.
3. Aucune prestation ne sera versée en vertu de la présente, si le participant reçoit des prestations pour la même raison d'une tierce partie.
4. Aucune prestation ne sera versée pour des frais engagés à la suite de l'usage abusif de médicaments, d'un suicide ou d'une tentative de suicide, d'actes criminels ou de blessures causées lors de la conduite d'un véhicule moteur, alors que le taux d'alcool du participant est supérieur à la limite permise dans la juridiction où a lieu l'accident.
5. La Compagnie, en consultation avec le médecin traitant, se réserve le droit de transférer le patient au Canada. Si un participant considéré apte au transfert, d'après l'information médicale à l'appui, choisit de ne pas retourner au Canada après que son état de santé, requérant des soins de suivi, ait été diagnostiqué et traité d'urgence, les frais occasionnés par les soins médicaux de suivi donnés, par le traitement ou par l'intervention chirurgicale pratiquée à l'extérieur de Canada ne sont pas admissibles à paiement en vertu du présent régime de protection. La Compagnie n'assume aucune responsabilité si l'état de santé du participant se détériore pendant ou après le transfert au Canada.
6. Les prestations ne sont payables que pour des frais engagés par suite d'une maladie subite ou d'un accident survenant pendant un voyage à l'extérieur de la province de résidence du participant. Les conditions préexistantes seront couvertes en vertu de la garantie pourvu que l'état du participant demeure stable avant de réserver la date de départ et qu'aucun soin médical ne soit prévu pendant la période du voyage.

Un problème de santé préexistant est considéré comme stable si, au cours des 90 jours précédant la date de départ, vous n'avez pas:

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

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

GARANTIE VOYAGE

Exclusions et réductions relatives à la garantie Médico-hospitalière (suite)

7. La présente exclut les pertes, dommages, coûts ou frais de quelque que nature que ce soit, découlant directement ou indirectement de l'une des causes suivantes ou associés à celles-ci, peu importe toute autre cause ou tout autre incident contribuant au même moment ou dans toute autre séquence à la perte en question :
 - a) un événement dans le pays ou la région constituant la destination qui amène le gouvernement du Canada à émettre un avis aux voyageurs recommandant à ses citoyens d'éviter les voyages dans ce pays ou cette région si l'avis aux voyageurs s'applique pour une période de temps qui inclut le voyage prévu et est émis après la date à laquelle un dépôt non remboursable pour le voyage a été fait ou un billet a été acheté;
 - b) une insurrection, une guerre (déclarée ou non), une hostilité des forces armées de tout pays ou la participation à une émeute ou à un affrontement public.
8. La protection est limitée aux frais admissibles en excédent de ceux couverts en vertu de tout autre régime. Si un assuré est couvert en vertu d'une autre protection voyage pour une perte couverte par le présent contrat, la Compagnie sera tenue responsable seulement pour la partie en excédent des montants recouvrables ou recouverts d'une autre protection voyage. Lorsque le tribunal détermine qu'une couverture primaire est offerte en vertu du contrat et de tout autre régime, la présente garantie sera coordonnée avec l'autre régime, tel qu'indiqué dans la section Coordination des prestations.
9. Les frais qui dépassent deux (2) millions de dollars canadiens par participant, par incident à l'extérieur de la province de résidence du participant ne sont pas couverts par la Compagnie.

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

Restrictions pour la durée des voyages

Les frais usuels et raisonnables décrits dans la garantie Médico-hospitalière sont admissibles s'ils sont engagés par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie soudaine et inattendue, survenant dans 60 jours d'un voyage à l'extérieur de la province de résidence du participant et à la condition que ce dernier soit couvert par le régime d'assurance-maladie de sa province de résidence au moment où la situation urgente arrive.

Fin de la garantie Voyage

La garantie Voyage prend fin à votre retraite, à la cessation de votre emploi, à votre décès ou lorsque vous atteignez l'âge de 70 ans, selon la première échéance. La protection des personnes à charge prend fin à la date à laquelle votre protection prend fin ou à la date à laquelle elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge, selon la première échéance. La protection prend également fin pour tout participant le jour où il cesse d'être couvert par le régime d'assurance-maladie de sa province de résidence.

Prestations aux survivants

Après votre décès, vos personnes à charge continuent d'être couvertes sans frais, jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) 24 mois après la date de votre décès;
- b) la date à laquelle elles cessent d'être des personnes à charge admissibles;
- c) la date d'entrée en vigueur d'une protection semblable auprès d'un autre assureur; ou
- d) la date de fin du contrat.

GARANTIE SOINS DENTAIRES – AU CANADA SEULEMENT

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

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

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

Si vous ou vos personnes à charge adhérez à la garantie plus de 31 jours après la date à laquelle vous y devenez admissible, le remboursement maximum est limité à 250 \$ pour tous les soins couverts au cours des 12 premiers mois de protection.

Calcul des frais admissibles

Le montant admissible pour un service couvert est celui indiqué dans le Guide des tarifs suggérés des actes bucco-dentaires approuvé par votre province de résidence (éditions de l'année courante).

Franchise

La franchise, s'il y a lieu, est la partie des frais admissibles que vous devez payer pour vous ou vos personnes à charge avant que la Compagnie ne commence à rembourser les frais admissibles en vertu du contrat. La franchise ne s'applique qu'une fois par année civile.

Les frais admissibles engagés au cours des trois derniers mois de l'année civile et qui n'ont pas été utilisés parce que la franchise pour l'année n'avait pas été atteinte peuvent servir à réduire la franchise de l'année civile suivante.

Frais admissibles

Après le paiement de la franchise (s'il y a lieu), le régime rembourse les frais suivants, selon le pourcentage et jusqu'au maximum indiqués au Sommaire des garanties :

Soins préventifs

a) Examen et diagnostic

- examen buccal complet (un (1) par année civile)
- examen de rappel (tel que mentionné au Sommaire des garanties)
- examen buccal d'urgence
- examen d'un aspect particulier (une (1) fois par année civile)

b) Radiographies

- série complète ou pellicule panoramique (maximum combiné de un (1) par deux (2) années civiles consécutives)
- intra-orales - périapicales
- intra-orales - occlusales (une (1) fois par année civile)
- intra-orales - interproximales (une (1) fois par année civile)
- extra-orales
- sialographies
- substances radiopaques

c) Tests et examens de laboratoires

- culture microbiologique
- biopsie tissus buccaux mous
- biopsie tissus buccaux durs
- examen cytologique

GARANTIE SOINS DENTAIRES – AU CANADA SEULEMENT

Soins préventifs (suite)

d) Services préventifs

- polissage de la partie coronaire des dents (tel que mentionné au Sommaire des garanties)
- application topique de fluorure (tel que mentionné au Sommaire des garanties)
- instructions d'hygiène buccale (maximum à vie d'une instruction)
- scellants de puits et fissures (personnes âgées de moins de 18 ans)
- détartrage

Soins dentaire – De base - (6 unités* par 12 mois consécutifs combinées au surfaçage radiculaire)

Soins dentaires – Amélioré - (8 unités* par 12 mois consécutifs combinées au surfaçage radiculaire)

Soins dentaires – Supérieur - (10 unités* par 12 mois consécutifs combinées au surfaçage radiculaire)

e) Appareils de maintien (personnes âgées de moins de 18 ans)

Soins de base

a) Services de restauration

- restauration en amalgame, acrylique, silicate ou en composite sans restriction quant à l'emplacement des dents restaurées
- tenons de rétention
- couverture complète des restaurations préfabriquées

b) Endodontie

- coiffage de la pulpe
- pulpotomie
- pulpectomie d'urgence
- traitement de canal
- chirurgie endodontique
- blanchiment (sur dent devitalisée)
- apexification

c) Parodontie

- chirurgie parodontaire
- jumelage provisoire
- soin des infections aiguës
- désensibilisants
- autres services parodontaux d'appoint
- surfaçage radiculaire

Soins dentaires – De base - (6 unités* par 12 mois consécutifs combinées le détartrage)

Soins dentaires – Amélioré - (8 unités* par 12 mois consécutifs combinées avec le détartrage)

Soins dentaires – Supérieur - (10 unités* par 12 mois consécutifs combinées le détartrage)

- curetage gingival
- équilibrage de l'occlusion (trois (3) unités* par année civile)
- appareils parodontaux (un (1) par deux (2) années civiles)
- ajustements d'appareils (trois (3) unités* par année civile)

GARANTIE SOINS DENTAIRES – AU CANADA SEULEMENT

Soins de base (suite)

- d) Ajustement de prothèses amovibles
- ajustements mineurs
 - rebasage et regarnissage (un (1) par deux (2) années civiles)

* Une unité de temps équivaut à 15 minutes de service.

- e) Chirurgie buccale
- ablation de dents ayant fait éruption
 - exposition chirurgicale et déplacement des dents
 - ablation de tumeurs ou de kystes
- f) Services généraux complémentaires
- Anesthésie (en corrélation avec de la chirurgie)

Soins de restauration majeure

Les frais qui suivent sont admissibles si les soins de restauration majeure sont inclus au sommaire des garanties.

- a) Restaurations majeures
- incrustation/couronnes (une (1) fois par dent par cinq (5) années civiles consécutives)
- b) Services de prothèse dentaire
- prothèses amovibles partielles ou complètes (une (1) fois par cinq (5) années civiles consécutives)
 - réparations de prothèses (une (1) fois par cinq (5) années civiles consécutives)
 - implants (une fois par dent par période de 10 années civiles consécutives)
 - restaurations sur implants (i.e. couronnes, ponts et prothèses) (une (1) fois par dent par période de 10 années civiles consécutives)

La présente garantie ne couvre pas le remplacement de la prothèse à moins que celle-ci ait été en place plus de cinq (5) ans et qu'elle ne soit plus utilisable, ni le remplacement de prothèse perdue, égarée ou volée.

Soins orthodontiques

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

- Examens d'orthodontie et données pour le dossier
- Appareils amovibles ou cimentés pour un traitement actif ou pour rétention
- Appareils fixes (appareils orthodontiques)

Les traitements orthodontiques mentionnés ci-dessus doivent être donnés par un orthodontiste dans le but de corriger les irrégularités dentaires. Les traitements admissibles sont ceux reçus après le dixième (10^e) et avant le dix-neuvième (19^e) anniversaire de naissance de l'enfant à charge.

GARANTIE SOINS DENTAIRES – AU CANADA SEULEMENT

Modalités de remboursement des frais afférents aux soins orthodontiques

Le remboursement des frais afférents aux soins orthodontiques a lieu selon l'une des modalités suivantes :

- a) Si une somme forfaitaire a été fixée pour toute la série de soins et que vous payez cette somme à l'orthodontiste en versements convenus, échelonnés selon la durée prévue des soins, la Compagnie vous rembourse chaque fois que vous lui présentez une facture ou un reçu en rapport avec le versement convenu.
- b) Si une somme forfaitaire a été fixée pour toute la série de soins et que vous payez cette somme à l'orthodontiste en une somme unique, la Compagnie vous rembourse jusqu'à 1/2 du coût total initial et les versements égaux par la suite durant la période entière du traitement.

Si au lieu d'une somme forfaitaire chaque service est facturé au fur et à mesure, la Compagnie vous rembourse au fur et à mesure que les frais sont engagés.

Frais qui ne sont pas remboursés par le régime

Les frais suivants ne sont pas remboursés par le régime :

- a) tout traitement ou appareil, directement ou indirectement relié à la restauration complète de la bouche, dans le but de corriger la dimension verticale ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire, sauf si spécifié au sommaire des garanties;
- b) services rendus par un hygiéniste dentaire mais qui ne sont pas administrés sous la supervision d'un dentiste, sauf si, dans une province donnée, une telle supervision n'est plus légalement requise;
- c) services et fournitures relatifs au port d'un appareil dans l'exercice d'un sport;
- d) tous les frais payables ou remboursables en vertu d'un régime d'assurance gouvernemental ou privé ou qui habituellement l'auraient été si une demande avait été soumise;
- e) tous frais payables en vertu de toute commission de la santé et de la sécurité du travail ou de toute société de l'assurance automobile, ou de toute loi ou régime semblables, le cas échéant;
- f) les frais engagés à la suite d'un suicide ou d'une tentative de suicide.
- g) les frais qui découlent de blessure subie lors de la participation active à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection, sauf dans l'accomplissement des fonctions du participant, ou blessure subie durant une guerre;
- h) les soins qui ne sont pas médicalement nécessaires, qui sont donnés dans un but esthétique (les réparations en composite ne sont pas touchées par la présente exclusion);
- i) les soins qui excèdent les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique;
- j) les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut de couverture ou ceux qui ne sont pas à la charge du participant;
- k) les soins ou services reliés aux facettes;
- l) le jumelage pour des raisons de parodontie, lorsqu'on utilise à cette fin des couronnes ou des incrustations, avec ou sans recouvrement de cuspidés.

GARANTIE SOINS DENTAIRES – AU CANADA SEULEMENT

Restriction

Aucun remboursement n'est effectué relativement à toute partie des frais qui excèdent les frais suggérés dans le guide des tarifs approprié pour le traitement le moins coûteux qui donne un résultat adéquat du point de vue professionnel.

Le remboursement des frais de laboratoire se limite aux frais de laboratoire usuels et raisonnables de la localité où les services sont rendus.

Traitements de rechange

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

Fin de la protection

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

COMPTE GESTION SANTÉ (CGS)

Un compte gestion santé (CGS) apporte une souplesse supplémentaire à votre régime collectif et vous permet de couvrir des frais médicaux à l'aide de fonds avant impôt (sauf pour la province de Québec).

En vertu d'un CGS, vous avez accès à un montant prédéterminé de crédits de CGS. Ces crédits représentent la valeur allouée au CGS pour une année du CGS donnée (indiquée dans le Sommaire des garanties).

Les crédits du CGS vous sont versés à la fréquence d'allocation des crédits indiquée dans le Sommaire des garanties.

En aucun cas les crédits non utilisés du CGS seront décaissés en espèce.

Ces crédits servent à rembourser les frais de santé et de soins dentaires et peuvent également être utilisés pour enrichir des garanties existantes. Par exemple, ils peuvent être utilisés pour couvrir les franchises, les quotes-parts ou les montants excédant les maximums des garanties.

Couverture des personnes à charge

Si vous avez choisi la couverture familiale, vos personnes à charge peuvent également être couvertes.

Les personnes à charge de l'ARC sont admissibles à la couverture, conformément à la définition de l'Agence de revenu du Canada (ARC). Elles peuvent inclure les membres de votre famille élargie, tels que les parents, les grands-parents ou les petits-enfants.

Frais admissibles

Les frais admissibles sont évalués et remboursés par la Compagnie en fonction des lignes directrices de l'Agence de revenu du Canada, et doivent être considérés comme raisonnables et médicalement nécessaires par la Compagnie. Les frais admissibles comprennent les franchises, les quotes-parts, les montants excédant le maximum des garanties, ainsi que les frais qui ne sont pas couverts par tout autre régime applicable : régime collectif, régime individuel, régime gouvernemental de soins de santé ou tout régime privé.

COMPTE GESTION SANTÉ (CGS)

Frais admissibles

Les frais suivants sont des exemples de ce qui est couvert :

Frais admissibles fréquents			
Préposés aux soins (requièrent une attestation de la nécessité par un médecin)	<ul style="list-style-type: none"> Services offerts à la maison, dans une résidence pour personnes âgées, une maison de santé ou un foyer de groupe 	<ul style="list-style-type: none"> Frais inclus : <ul style="list-style-type: none"> Préposé aux bénéficiaires Infirmier autorisé Soins de relève 	<ul style="list-style-type: none"> Frais inclus : <ul style="list-style-type: none"> Préparation des repas Entretien ménager Services de buanderie
Soins dentaires (excluant le blanchiment des dents et les facettes à des fins esthétiques)	<ul style="list-style-type: none"> Services de diagnostic (radiographies) Prothèses dentaires Orthodontie 	<ul style="list-style-type: none"> Soins préventifs, tels que : <ul style="list-style-type: none"> Examens de rappels Polissage Application de fluorure 	
Services de diagnostic*	<ul style="list-style-type: none"> Analyses de laboratoire, tests radiologiques et tomographies 		
Médicaments	<ul style="list-style-type: none"> Médicaments nécessitant une ordonnance ou fournis par un pharmacien, un médecin ou un professionnel de la santé* 	<ul style="list-style-type: none"> Médicaments pour le traitement de la fertilité Vaccins contre la grippe Insuline* Extrait de foie (injection)* 	<ul style="list-style-type: none"> Médicaments pour cesser de fumer* Vaccins Injections de vitamine B12*
Soins en établissement (excluant la location de télévision et les frais de téléphone)	<ul style="list-style-type: none"> Maison de convalescence Hôpital 	<ul style="list-style-type: none"> Maison de santé Établissement psychiatrique Centre de désintoxication 	
Appareils et services médicaux*	<ul style="list-style-type: none"> Climatiseurs (requis en raison d'un malaise, d'une maladie ou d'un trouble chronique grave) Membre ou œil artificiels Frais de transfusion sanguine Prothèse mammaire Implants cochléaires Béquilles Fournitures pour diabétiques 	<ul style="list-style-type: none"> Instruments électroniques de guérison osseuse Synthétiseurs électroniques de la parole Appareils auditifs Moniteurs cardiaques Aiguilles et seringues Fournitures pour stomisés Fournitures servant à administrer l'oxygène 	<ul style="list-style-type: none"> Honoraires de médecin Prothèses Réparations des appareils admissibles au CGS Appareils respiratoires Fauteuils tricycles Bandages herniaires Aides à la marche Fauteuils roulants (excluant les accessoires)
Services professionnels	<ul style="list-style-type: none"> Acupuncteur Thérapeute du sport Audiologiste Podologue/Podiatre Chiropraticien Hygiéniste dentaire Dentiste 	<ul style="list-style-type: none"> Diététiste Homéopathe Massothérapeute** Naturopathe Ergothérapeute Ostéopathe Préposé aux bénéficiaires* 	<ul style="list-style-type: none"> Physiothérapeute Psychiatre Psychologue Infirmier autorisé Travailleur social Orthophoniste
Services de transport pour des raisons médicales	<ul style="list-style-type: none"> Service ambulancier Frais liés à une greffe de moelle osseuse (patient et donneur), tels que les frais de transport et de repas 	<ul style="list-style-type: none"> Frais de transport et de repas, lorsque le transport du patient est requis (et pour un accompagnateur - si nécessaire) 	<ul style="list-style-type: none"> Frais liés aux dons d'organe (patient et donneur), tels que les frais de transport et de repas
Divers	<ul style="list-style-type: none"> Primes versées pour des régimes de santé et de soins dentaires (assurance privée) 	<ul style="list-style-type: none"> Rénovation domiciliaire ou transformation d'un véhicule, en raison d'une invalidité 	<ul style="list-style-type: none"> Frais divers liés à un chien-guide pour aveugle
Thérapie (réhabilitation)	<ul style="list-style-type: none"> Lecture labiale 	<ul style="list-style-type: none"> Langage gestuel 	
Soins de la vue	<ul style="list-style-type: none"> Verres de contact Examens de la vue 	<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie au laser pour les yeux 	<ul style="list-style-type: none"> Verres et montures prescrits

*Prescription requise

**Pour les massages thérapeutiques seulement

COMPTE GESTION SANTÉ (CGS)

Frais non remboursables par le régime

Les frais suivants sont des exemples de ce qui n'est pas couvert :

Frais non admissibles fréquents			
Frais d'adoption	• Frais d'adoption		
Traitements esthétiques (visant strictement l'amélioration de l'apparence)	• Augmentations • Injections de botox • Liposuccion	• Traitements et produits de remplacement des cheveux (ex. prothèses et rallonges capillaires)	• Épilation au laser • Élimination de tatouage • Blanchiment des dents
Produits cosmétiques et d'hygiène	• Solutions pour lentilles cornéennes • Lotions et crèmes	• Maquillage • Crème solaire	• Pâte dentifrice
Suppléments diététiques	• Aliment (sauf en cas d'alimentation entérale)	• Minéraux et suppléments	• Substituts de repas
Massothérapie non thérapeutique	Telle que :	• Massage aromathérapique	• Enveloppements corporels
Frais pour les rendez-vous manqués	• Frais pour les rendez-vous manqués		
Programmes de santé	• Frais pour un programme de perte de poids		
Appareils électroménagers	• Climatiseurs • Purificateurs d'air	• Déshumidificateurs • Ventilateurs	• Humidificateurs (sauf si requis pour les machines CPAP)
Spas et saunas	• Spas	• Saunas	
Primes versées pour des régimes d'assurance vie et d'assurance salaire	• Primes versées pour des régimes d'assurance vie et d'assurance salaire		
Médicaments en vente libre	Tels que : • Régulateur d'acidité • Médicaments pour les allergies • Produits contre la toux et le rhume	• Crèmes et lotions • Aides à la digestion • Remèdes à base de plantes • Analgésiques	• Produits pour cesser de fumer • Vitamines
Systèmes personnels de secours d'urgence	• Services d'alerte médicale • Services de santé en ligne		
Chaussures	• Ordinaires	• Pour le sport	
Équipement sportif	• Tapis roulants		

***Prescription requise**

En plus de cette liste, veuillez vous référer au Sommaire des garanties pour les exclusions spécifiques au CGS, s'il y a lieu.

COMPTE GESTION SANTÉ (CGS)

À propos de votre compte gestion santé

Les crédits peuvent être utilisés pour rembourser les frais admissibles engagés dans la même année du CGS que celle pour laquelle les crédits ont été alloués.

Les crédits non utilisés seront reportés à l'année du CGS suivante, mais ils ne peuvent être reportés pour plus d'une année du CGS. À la fin de l'année du CGS, les crédits reportés de l'année du CGS précédente et non utilisés sont perdus.

Les demandes de règlement doivent utiliser les crédits reportés avant ceux de l'année du CGS en cours.

Les demandes de règlement doivent être soumises dans l'année du CGS au cours de laquelle les frais ont été engagés. Toutefois, il y a une période de grâce indiquée dans le Sommaire des garanties à l'intérieur de laquelle des demandes de règlement peuvent être soumises après la fin de l'année du CGS.

Fin du compte

Le compte gestion santé prend fin à votre retraite, à votre cessation d'emploi ou à l'âge indiqué dans le Sommaire des garanties, selon la première de ces éventualités. La couverture des personnes à charge prend fin à la date à laquelle vous cessez d'être couvert ou à la date à laquelle elles ne répondent plus à la définition de personne à charge, selon la première de ces éventualités.

Si votre emploi prend fin ou la couverture cesse, vous avez une période de grâce pour les employés dont le CGS a pris fin (indiquée dans le Sommaire des garanties) à l'intérieur de laquelle vous pouvez utiliser le solde de crédits. Seuls les frais admissibles engagés avant la cessation de la couverture sont admissibles.

COMPTE GESTION MIEUX-ÊTRE (CGM)

Un compte Gestion mieux-être (CGM) apporte une souplesse supplémentaire à votre régime collectif et vous permet de couvrir des frais qui n'étaient pas admissibles en vertu des autres garanties.

En vertu d'un CGM, vous avez accès à un montant prédéterminé de crédits de CGM. Ces crédits représentent la valeur allouée au CGM pour une année du CGM donnée (indiquée dans le Sommaire des garanties).

Les crédits du CGM vous sont versés à la fréquence d'allocation des crédits indiquée dans le Sommaire des garanties.

En aucun cas les crédits non utilisés du CGM seront décaissés en espèce.

Couverture des personnes à charge

Si vous avez choisi la couverture familiale, vos personnes à charge peuvent également être couvertes.

Les personnes à charge de l'ARC sont admissibles à la couverture, conformément à la définition de l'Agence de revenu du Canada (ARC). Elles peuvent inclure les membres de votre famille élargie, tels que les parents, les grands-parents ou les petits-enfants.

Frais admissibles

La Compagnie rembourse les frais qui répondent aux critères de frais admissibles indiqués au Sommaire des garanties. Tous les frais soumis pour un remboursement doivent présenter un reçu valide afin de prouver que les services ont été payés en entier.

Les frais ci-dessous sont mentionnés à titre d'exemples et ne constituent pas une liste exhaustive. La Compagnie se réserve le droit de rembourser des frais non mentionnés, à condition que ces frais appartiennent à l'une des catégories suivantes.

1. Soutien à la santé et au mieux-être

a) Conseils nutritionnels

Les frais liés aux conseils nutritionnels pour les troubles alimentaires et la gestion du poids, y compris les cours, les ateliers et les séminaires.

b) Gestion du stress

Les frais de consultation en gestion du stress, y compris les cours, les ateliers et les séminaires.

c) Auxiliaires antitabagiques

Les frais liés aux produits vendus sans ordonnance pour cesser de fumer, tels que la gomme à mâcher, les timbres, les pastilles, ainsi que les frais liés à l'hypnothérapie, aux programmes de soutien, aux cours, aux ateliers et aux séminaires.

L'achat de cigarettes électroniques est exclu.

d) Gestion du poids

Les frais suivants :

- programmes de gestion du poids, y compris les frais d'inscription, les journaliers et les guides alimentaires;
- chirurgie de perte de poids, y compris la pose d'un anneau gastrique et le pontage gastrique;
- hypnothérapie; et
- hydrothérapie du côlon et trousse d'irrigation du côlon.

Frais admissibles (suite)

e) Évaluation de la santé

Les frais reliés aux évaluations de l'état de santé effectuées en ligne ou dans le cadre d'un atelier.

f) Cours prénataux

Les frais reliés aux services d'une doula, aux cours prénataux, aux services de consultation pour la gestion de la naissance, aux cours, aux ateliers et aux séminaires.

La location de piscines d'accouchement et les services post-partum, tels que les consultations pour le traumatisme relié à l'accouchement, sont exclus.

g) Aides à domicile ou personnelles

Les frais reliés à l'aide à domicile ou personnelle.

2. Médecines alternatives

a) Thérapie pour l'esprit et le corps

Les frais reliés aux professionnels de la santé pour les services suivants : herboristerie, homéopathie, thérapie du sport, pratique de la médecine traditionnelle chinoise, thérapie en Shiatsu, hypnothérapie, méditation, électrothérapie, réflexologie, retraites de thérapie pour l'esprit et le corps, centres de renouveau et de traitement des dépendances.

3. Activités et équipement de sport et de conditionnement physique

a) Frais rattachés au conditionnement physique et aux sports

Les frais d'adhésion et de visite ponctuelle aux centres de conditionnement physique, les frais d'adhésion à une ligue ou à une équipe sportive, ainsi que les frais pour pratiquer le golf, pour participer à un marathon, à un triathlon ou à une autre course, et les frais de remonte-pente et de casier pour le ski.

b) Séances de conditionnement physique ou de sport avec instructeur

Les frais pour les séances ou les cliniques de conditionnement physique et de sport, telles que la danse, la natation, la gymnastique, les murs d'escalade, le yoga, les arts martiaux, le golf, le tennis, le hockey et le ski.

c) Entraîneur personnel

Les frais reliés aux services d'un entraîneur personnel certifié en conditionnement physique.

d) Équipement de conditionnement physique et de sport

Les frais d'achat ou de location :

- d'appareils d'exercice stationnaire, tels que tapis roulant, exerciceur elliptique, machine à ramer et appareil de poids et haltères;
- d'équipement relié au conditionnement physique, tel que vélos, patins à roues alignées, trampolines, poids et haltères, tapis de yoga et ballons et bandes d'exercice;
- d'équipement de sport et de protection, tel que bâtons de hockey et de golf, raquettes, balles, casques, protège-genoux/coudes et lunettes de protection;
- d'articles conçus pour une activité sportive en particulier, tels que les sacs de transport d'équipement, les gants et des chaussures (y compris les crampons);
- de chaussures d'activité, et
- d'embarcations aquatiques à propulsion humaine, telles que le canot ou le kayak.

Les vêtements de sport sont exclus.

COMPTE GESTION MIEUX-ÊTRE (CGM)

4. Croissance personnelle

a) Développement personnel

Les frais :

- reliés à des cours et des séminaires;
- reliés à des conférences et des classes
- d'examen et d'achat de livres pour les cours d'intérêt personnel, et
- reliés à un voyage en lien avec le développement personnel admissible.

5. Soins familiaux

a) Services de soins familiaux

Les frais de service pour enfants et les aînés, tels que la garderie, les services de bonnes d'enfants, les services de garde avant et après l'école et les travailleurs de maintien à domicile.

6. Activités et loisirs

a) Frais pour les activités de loisir et équipement

Les dépenses reliées aux frais et à l'équipement pour la pratique d'activités, telles que le camping, la chasse et la pêche, ainsi que les frais d'accès aux parcs thématiques éducatifs, aux centres pour les sciences et les frais pour l'équipement de survie.

L'achat ou la location d'armes à feu ou de munitions, de billets de cinéma, de pièces de théâtre, de concerts ou d'événements sportifs sont exclus.

7. Suppléments nutritionnels et substituts de repas

a) Suppléments nutritionnels et médicaments en vente libre

Les frais reliés aux suppléments, aux minéraux, aux extraits, aux herbes, aux huiles et aux médicaments en vente libre.

b) Produits nutritifs

Les frais reliés à l'achat de breuvages ou de boissons fouettées nutritifs, de poudres de protéines et de barres énergétiques.

8. Autres frais médicaux admissibles

a) Dépenses médicales en soins de santé et en soins dentaires

Les frais médicaux en soins de santé et en soins dentaires couverts en partie ou non en vertu d'un régime de soins de santé ou de soins dentaires existant ou d'un compte Gestion santé (le cas échéant).

À propos de votre compte gestion mieux-être

Les crédits peuvent être utilisés pour rembourser les frais médicaux admissibles engagés dans la même année du CGM que celle pour laquelle les crédits ont été alloués. À la fin de l'année du CGM, les crédits non utilisés seront perdus.

Les crédits non utilisés ne peuvent pas être reportés à l'année du CGM suivante.

Les demandes de règlement doivent être soumises durant l'année du CGM au cours de laquelle les frais ont été engagés ou au cours du délai de grâce indiqué au Sommaire des garanties

COMPTE GESTION MIEUX-ÊTRE (CGM)

Généralités

Les crédits alloués en vertu du CGM sont irrévocables, sauf si leur allocation est déterminée par la situation d'emploi de l'adhérent.

Si la couverture de l'adhérent prend fin, le preneur peut ajuster les crédits alloués au CGM pour cette année. Le preneur doit rapidement aviser la Compagnie du montant de crédits ajustés.

Si votre emploi prend fin ou la couverture cesse, vous avez une période de grâce pour les employés dont le CGM a pris fin (indiquée dans le Sommaire des garanties) à l'intérieur de laquelle vous pouvez utiliser le solde de crédits. Seuls les frais admissibles engagés avant la cessation de la couverture sont admissibles.

Exclusions et réductions

Les exclusions et réductions suivantes s'appliquent :

- a) Vous devez répondre aux critères requis pour que les frais engagés puissent être remboursés en vertu du CGM.
- b) Si le montant d'une demande de règlement admissible dépasse le solde des crédits disponibles, la demande de règlement sera remboursée jusqu'à concurrence du solde des crédits disponibles à ce moment.
- c) Aucune demande de règlement n'est admissible à un remboursement excédant 100 % du solde de crédits.
- d) Les demandes de règlement soumises pour des frais engagés avant la date d'entrée en vigueur du contrat, de même que les demandes de règlement soumises pour des frais engagés après la date de fin du contrat, ne sont pas admissibles.
- e) les frais pour des services qui ont déjà été remboursés par tout autre régime privé de soins de santé ou tout régime gouvernemental de soins de santé,
- f) les frais d'intérêts,
- g) les services, traitements, articles ou fournitures qui n'entrent pas dans les catégories de frais admissibles figurant dans la présente garantie;
- h) l'achat de livres, de revues ou autres documents, sous forme imprimée ou électronique ou toute autre forme de média;
- i) l'équipement ou les fournitures de seconde main;
- j) l'achat de nourriture, y compris les repas dans le cadre de programmes de perte de poids, sauf si l'achat figure parmi les frais couverts dans la présente garantie,
- k) toute autre dépense exclue spécifiquement des catégories de frais admissibles en vertu du CGM.

PROGRAMME D'AIDE AUX EMPLOYÉS – LIFEWORKS®

Le programme MieuxVivre est un programme d'aide aux employés (PAE) confidentiel et complet, qui comprend des ressources en conciliation travail-famille et en mieux-être, conçu pour vous aider, vous et vos personnes à charge, en ce qui a trait à une multitude de problèmes, préoccupations ou questions liés au travail et au quotidien. Le programme constitue un avantage social et vous est offert sans frais supplémentaires par votre employeur.

Le programme MieuxVivre, fourni par LifeWorks, une entreprise globale de mobilisation, offre des consultations confidentielles, des centaines d'articles et de ressources, du counseling, et de l'aiguillage ciblé vers des organismes communautaires.

Vous pouvez accéder au programme 24 heures sur 24, sept jours sur sept, en composant le numéro sans frais ou en ligne, pour du soutien relatif aux questions suivantes :

- **VIE COURANTE** : stress et surmenage, anxiété, dépression, deuil et perte, ressources communautaires;
- **FAMILLE** : parentalité, séparation et divorce, familles recomposées, soins aux aînés, éducation;
- **ARGENT** : épargne et investissement, gestion des dettes, planification successorale, achat et location de résidence;
- **TRAVAIL** : relations de travail, stress et épuisement professionnel, gestion du personnel;
- **SANTÉ** : mise en forme et nutrition, sommeil, dépendance et réadaptation, abandon du tabagisme.

Pour joindre un conseiller du programme MieuxVivre, composez le 1 877 307-1080.

Service en Anglais : 1 877 207-8833 Ligne ATS : 1 877 371-9978

En ligne : login.lifeworks.com

CHUBB

Régime d'assurance de base en cas de décès et mutilation par accident

À l'intention des cadres et des employés à plein
temps de :
Lifemark Health Corp.

Police numéro :
AB10486201

Souscrit auprès de :
Chubb du Canada compagnie d'assurance vie

Date d'effet :
1 janvier 2019

La présente brochure a été rédigée pour résumer un régime collectif établi par Chubb du Canada compagnie d'assurance vie « Chubb Vie ». Pour référence rapide, elle contient de brèves descriptions seulement, et elle ne fait pas état de toutes les dispositions contractuelles de la police. Les droits et obligations des parties aux présents sont régis par le contrat et non par la présente brochure. Pour consulter les dispositions exactes de la police, veuillez communiquer avec votre employeur.

COUVERTURE

Le présent régime vous offre une protection contre les accidents 24 heures par jour, que vous soyez au travail ou non, à la maison, pendant vos voyages d'affaires ou vos vacances, peu importe vos antécédents de santé.

ADMISSIBILITÉ

Tous les cadres et les employés à plein temps âgés de moins de 70 ans, permanents à temps complet et en service actif auprès du preneur de la police, qui travaillent au moins 20 heures par semaine.

CAPITAL ASSURÉ

Vous êtes couverts pour un capital assuré égal à une (1) fois le revenu annuel* arrondi au prochain 1 000 \$ (s'il n'en est pas déjà un multiple) jusqu'à concurrence de 500 000 \$.

***Par «revenu annuel», tel qu'utilisé dans les présentes, on entend le salaire annuel de base de la personne assurée, excluant toute rémunération pour heures supplémentaires, bonification ou commission.**

Advenant votre décès, le capital assuré sera payable au bénéficiaire que vous avez désigné en vertu de votre régime d'assurance-vie collective ou, en l'absence d'une telle désignation, à votre succession.

Les indemnités payables en vertu des dispositions sousmentionnées seront limitées à une (1) seule police advenant que les garanties soient prévues aux termes de deux (2) polices ou plus établies au nom du preneur de la police par Chubb Vie (à l'exception du Tableau des sinistres, Exposition aux éléments et disparition et Transformation de l'assurance).

TABLEAU DES SINISTRES

Décès et mutilation par accident

Si des blessures accidentelles entraînent l'une des pertes spécifiques mentionnées ci-dessous durant l'année qui suit la date de l'accident, Chubb Vie versera le pourcentage du capital assuré d'après le montant indiqué dans la section capital assuré. Cependant, Chubb Vie versera une prestation seulement, à savoir la plus élevée, pour toutes les blessures résultant d'un même accident.

Pourcentage du capital assuré

Perte de la vie	100 %
Perte de la vue complète des deux yeux	100 %
Perte d'une main et d'un pied.....	100 %
Pert de l'usage d'une main et d'un pied.....	100 %

Perte d'une main et de la vue complète d'un œil	100 %
Perte d'un pied et de la vue complète d'un œil	100 %
Perte de la parole et de l'ouïe des deux oreilles.....	100 %
Mort cérébrale	100 %
Perte des deux bras, des deux mains, des deux jambes ou des deux pieds	200 %
Perte de l'usage des deux bras, des deux mains, des deux jambes ou des deux pieds	200 %
Quadriplégie	200 %
Paraplégie	200 %
Hémiplégie	200 %
Perte d'un bras ou une jambe	75 %
Perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe	75 %
Perte d'une main ou d'un pied	75 %
Perte de l'usage d'une main ou d'un pied.....	75 %
Perte de la vue complète d'un œil	75 %
Perte de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles	75 %
Perte du pouce et de l'index de la même main.....	33 1/3 %
Perte de l'usage du pouce et de l'index de la même main.....	33 1/3 %
Perte de quatre doigts de la même main	33 1/3 %
Perte de l'ouïe d'une oreille.....	33 1/3 %
Perte de tous les orteils d'un même pied.....	25 %

Par «**perte**», on entend, en ce qui concerne une main ou un pied, la séparation complète à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus ; en ce qui concerne un bras ou une jambe, la séparation complète à l'articulation du coude ou du genou ou au-dessus ; en ce qui concerne un œil, la perte totale et irrémédiable de la vue ; en ce qui concerne la parole, la perte totale et irrémédiable de la voix dans la mesure où aucun degré de communication verbale audible n'est possible ; en ce qui concerne l'ouïe, la perte totale et irrémédiable de l'ouïe qui ne peut être corrigée par aucun appareil auditif ou aide à l'audition ; en ce qui concerne le pouce et l'index de la même main ou les quatre doigts de la même main, la séparation complète à l'articulation métacarpophalangienne (l'articulation entre le doigt et la main) ou au-dessus ; en ce qui concerne les orteils du même pied, la séparation complète à l'articulation métatarsophalangienne (l'articulation entre l'orteil et le pied) ou au-dessus. Si vous subissez l'amputation complète d'une main, d'un pied, d'un bras ou d'une jambe tel que décrit ci-dessus, Chubb Vie versera le montant indiqué ci-dessus si le membre amputé est attaché à nouveau par intervention chirurgicale, que l'intervention chirurgicale soit réussie ou non.

Par «**perte**», on entend, en ce qui concerne la quadriplégie (la paralysie des deux membres supérieurs et des deux membres inférieurs), la paraplégie (la paralysie des deux membres inférieurs) et l'hémiplégie (la paralysie complète frappant une moitié du corps), la paralysie complète et irrémédiable desdits membres, si la perte de fonction a persisté pendant une période de cent quatre-vingts (180)

jours consécutifs et si ladite perte de fonction a par la suite été déclarée permanente, moyennant la remise de preuves jugées satisfaisantes par Chubb Vie.

Par «**perte de l'usage**», on entend la perte totale et irrémédiable de la fonction d'un bras, d'une main, d'un pied, d'une jambe ou du pouce et de l'index de la même main, si la perte de fonction a persisté pendant une période de douze (12) mois consécutifs et si ladite perte de fonction a par la suite été déclarée permanente, moyennant la remise de preuves jugées satisfaisantes par Chubb Vie.

Par «**mort cérébrale**», on entend un état d'inconscience irréversible où toute fonction cérébrale a disparu ; absence totale d'activité électrique dans le cerveau, même si le cœur continue de battre.

Toutes les indemnités prévues en fonction de 200 % du capital assuré sont assujetties à une indemnité combinée maximale de 1 000 000 \$.

Rapatriement

Si des blessures entraînent le décès alors que l'assuré se trouve à plus de 150 kilomètres de sa ville de résidence permanente ou hors du Canada, et ce, dans les 365 jours qui suivent la date de l'accident, Chubb Vie remboursera les frais effectivement engagés pour la préparation à l'inhumation et le retour de la dépouille à ladite ville de résidence de la personne décédée, sans toutefois dépasser 15 000 \$.

Réadaptation

Si des blessures entraînent le versement d'une indemnité par Chubb Vie aux termes d'une des garanties prévues, à l'exclusion de la garantie en cas de décès, Chubb Vie versera également les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés pour assurer aux employé assuré une formation spéciale, jusqu'à concurrence de 15 000 \$, pourvu :

- a. que ladite formation soit requise à cause de telles blessures et afin de permettre à l'employé assuré d'obtenir les qualifications requises pour exercer un emploi ou une profession qu'il n'exercerait pas si il n'avait pas subi les blessures en question ;
- b. que les frais soient engagés au cours des 2 années qui suivent la date de l'accident ;
- c. qu'aucune indemnité ne soit versée pour les frais ordinaires de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Transport de membres de la famille

Si des blessures nécessitent que l'assuré doit être admis dans un hôpital qui se situe à plus de 150 kilomètres de sa ville de résidence permanente ou hors du Canada, et que le médecin traitant recommande, par écrit, qu'un membre de sa famille immédiate soit présent, Chubb Vie remboursera les frais de transport effectivement engagés par le membre de sa famille pour se rendre à son chevet, et

ce, par le trajet le plus direct par un transporteur public dûment autorisé, sans toutefois dépasser 15 000 \$.

Par «**membre de la famille**» on entend conjoint, parents, nouveau conjoint du père ou de la mère, enfants, enfants du conjoint, frères ou sœurs, demi-frères ou demi-sœurs, beaux-frères et belles-sœurs, beaux-parents, gendres et brus.

Formation professionnelle du conjoint

Si l'employé assuré subit des blessures qui entraînent le versement d'une indemnité par Chubb Vie aux termes de la garantie en cas de décès, Chubb Vie versera également les frais effectivement engagés, dans les 365 jours de la date de l'accident, par le conjoint de l'employé assuré pour un programme de formation professionnelle permettant au conjoint de se qualifier pour un emploi actif dans une profession pour laquelle le conjoint n'aurait pas autrement suffisamment de qualifications.

L'indemnité maximale payable en vertu de la présente garantie ne pourra dépasser 15 000 \$.

Modification du domicile et du véhicule

Si l'assuré subit une blessure qui entraîne le versement d'une indemnité par Chubb Vie aux termes du Tableau des pertes, à l'exclusion du capital assuré en cas de perte de la vie, et si cette blessure l'oblige par la suite à utiliser un fauteuil roulant pour se déplacer, Chubb Vie remboursera, une fois seulement, les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés au cours des 365 jours qui suivent la date de l'accident pour :

1. les coûts d'une modification unique apportée au domicile principal de l'assuré pour rendre ledit domicile accessible en fauteuil roulant et habitable par l'assuré ; et
2. les coûts d'une modification unique apportée au véhicule automobile utilisé par l'assuré pour rendre ledit véhicule accessible et utilisable par l'assuré.

Toutefois, ces indemnités ne seront versées que si :

- i. les modifications du domicile sont effectuées par des personnes spécialisées dans le domaine et recommandées par un organisme reconnu fournissant soutien et assistance aux personnes utilisant des fauteuils roulants ; et
- ii. les modifications du véhicule sont effectuées par des personnes spécialisées dans le domaine et qu'elles sont approuvées par les autorités provinciales compétentes en matière d'immatriculation des véhicules automobiles.

L'indemnité maximale payable en vertu des items 1 et 2 combinés sera 10 % du capital assuré, jusqu'à concurrence de 50 000 \$.

Indemnité pour centre de jour

Advenant le décès de l'assuré dans un accident couvert pendant que la police est en vigueur, Chubb Vie versera, en sus de toutes les autres indemnités payables aux termes de la police, une «indemnité de centre de jour» d'un montant égal aux frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés, sous réserve du moins élevé des montants suivants : 5 % du capital assuré de l'assuré ou un montant maximal de 5 000 \$ par année, pour tout enfant à charge qui est inscrit dans une garderie légalement autorisée à la date de l'accident ou qui est inscrit dans une garderie légalement autorisée au cours des 365 jours qui suivent la date de l'accident.

L'«indemnité pour centre de jour» sera versée annuellement, jusqu'à concurrence de 4 années consécutives, dès réception d'une preuve satisfaisante que l'enfant est effectivement inscrit dans une garderie légalement autorisée.

Par «**enfants à charge**» on entend les enfants admissibles de l'employé qui sont célibataires, naturels, adoptés, issus d'un mariage précédent ou d'une union de fait et dont la subsistance dépend principalement de l'employé ou du conjoint de l'employé.

Indemnité spéciale pour études

Advenant le décès de l'assuré dans un accident couvert pendant que la police est en vigueur, Chubb Vie versera, en plus de toutes les autres indemnités payables aux termes de la police, une «indemnité spéciale pour études» égale à 5 % du capital assuré de l'assuré, (jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année), pour le compte de tout enfant à charge qui, à la date de l'accident, est inscrit en tant qu'étudiant à temps plein dans une maison d'enseignement supérieur de niveau post-secondaire, ou tout enfant en 12^e année qui s'inscrit par la suite dans une maison d'enseignement supérieur en tant qu'étudiant à temps plein au cours des 365 jours suivant la date de l'accident.

L'«indemnité spéciale pour études» est payable annuellement, jusqu'à concurrence de 4 paiements annuels consécutifs, mais seulement si l'enfant à charge poursuit son éducation à temps plein dans une maison d'enseignement supérieur.

Deuil

Advenant que des blessures couvertes entraînent le décès d'un assuré dans les 365 jours suivant la date de l'accident, Chubb Vie assumera les frais raisonnables et nécessaires réellement encourus par le conjoint et les enfants à charge de l'assuré pour 6 consultations d'aide aux personnes en deuil, auprès d'un conseiller professionnel, jusqu'à concurrence de 1 000 \$.

«**Conseiller professionnel**» signifie un thérapeute ou un conseiller habilité à offrir de tels services.

Rente mensuelle en cas d'hospitalisation

Si, à la suite d'un accident, qui entraînent le versement d'une indemnité aux termes du Tableau des pertes, à l'exclusion de la garantie en cas de décès, l'assuré est hospitalisé comme patient interne et qu'il est sous les soins d'un médecin ou d'un chirurgien dûment autorisé autre que lui-même, Assurance-vie versera, pour chaque mois complet, 1 % du capital assuré de l'assuré, sous réserve d'une indemnité maximale de 2 500 \$, ou un trentième de ladite rente mensuelle pour chaque jour d'un mois partiel, rétroactivement au premier jour d'hospitalisation, sans toutefois excéder 365 jours au total pour chaque période d'hospitalisation.

Par «**hôpital**», tel qu'utilisé dans les présentes, on entend un établissement légalement constitué qui satisfait aux exigences suivantes : (1) cet établissement s'occupe principalement de la réception, des soins et du traitement des personnes malades ou blessées qui sont hospitalisées ; (2) il fournit, 24 heures sur 24, des soins infirmiers prodigués par des infirmières ou infirmiers diplômés ou autorisés ; (3) le personnel compte un ou plusieurs médecins dûment autorisés, disponibles en tout temps ; (4) il fournit des services de diagnostic et d'intervention chirurgicale ; et (5) il n'est pas principalement une clinique, une maison de soins infirmiers ou de convalescence ou un établissement semblable et n'est pas, autre que par incidence, un établissement pour alcooliques ou toxicomanes.

Par «**personne hospitalisée**», on entend une personne admise dans un hôpital en tant que résidente ou qui y occupe un lit et à qui l'hôpital donne une chambre et la pension pour au moins une journée.

Atteintes esthétiques

Si un assuré subit une brûlure au troisième degré dans un accident, Chubb Vie versera un pourcentage du capital assuré qui sera en fonction de la partie du corps atteinte, selon le tableau suivant, sous réserve d'une indemnité maximale payable de 25 000 \$:

Partie du corps	Pourcentage (%) du capital assuré
Visage, cou, tête.....	100 %
Main et avant bras	25 %
Bras (partie supérieure) (droit ou gauche)	15 %
Torse (face antérieure ou postérieure)	35 %
Cuisse (droite ou gauche).....	10 %
Jambe (droite ou gauche) sous le genou	25 %

Advenant que la brûlure couvre 50 % de la partie atteinte, le pourcentage de l'indemnité sera réduit de 50 %. Ce tableau ne fait état que des pourcentages plafonds du capital assuré payables pour tout accident. Si l'assuré subit des

brûlures sur plus d'une partie du corps lors d'un accident, les indemnités n'excéderont pas un maximum of 25 000 \$.

Port de la ceinture de sécurité

Si l'assuré subit une blessure qui entraîne le versement d'une indemnité aux termes du Tableau des pertes, le capital assuré de l'assuré sera augmenté de 10 % jusqu'à concurrence de 25 000 \$ si, au moment de l'accident, l'assuré était conducteur ou passager d'un véhicule automobile et qu'il portait une ceinture de sécurité de manière appropriée.

Une attestation satisfaisante du port de la ceinture de sécurité doit accompagner la demande d'indemnisation écrite.

Par «**véhicule**», on entend une voiture privée à passagers, une voiture familiale, une fourgonnette ou une voiture du genre Jeep. Par «**ceinture de sécurité**», on entend les ceintures qui font partie du système de retenue des occupants du véhicule.

Identification

Advenant le décès de l'assuré des suites d'un accident à plus de 150 kilomètres de sa ville de résidence habituelle et que la police ou une autorité gouvernementale semblable demande qu'un membre de la famille identifie le corps de l'assuré, Chubb Vie remboursera les frais raisonnables et habituels effectivement engagés par le membre de la famille pour :

- a. le transport, par la route la plus directe, à la ville où se trouve le corps de l'assuré ; et
- b. une chambre d'hôtel dans cette ville, sous réserve d'une durée maximale de 3 jours.

Le remboursement desdits frais engagés est assujéti au paiement ultérieur du capital assuré en cas de décès par accident, conformément aux termes de la police, suivant l'identification du corps de l'assuré. Le montant maximal payable ne pourra dépasser, au total, 15 000 \$ relativement à toutes ces dépenses. Aucun montant ne sera remboursé pour les frais de pension ou autres frais ordinaires de subsistance, de déplacement et d'habillement. De plus, le transport doit être par voiture ou par un moyen de transport en location détenant une licence en vue de transporter des passagers.

Par «**membre de la famille**» on entend le conjoint, parents, enfants, frères et sœurs de l'assuré (lesdites personnes peuvent être membres de la famille immédiate de l'assuré par liens naturels, par alliance, par adoption ou par remariage).

Transformation de l'assurance

À la date de cessation d'emploi ou au cours de la période de 31 jours suivant la cessation d'emploi, un assuré peut transformer son assurance en police d'assurance Décès et mutilation accidentels individuelle (excluant l'avenant Maladies graves) auprès de Chubb Vie. La police individuelle entrera en vigueur à la date à laquelle la proposition est reçue par Chubb Vie ou à la date à laquelle les garanties en vertu de la police collective prennent fin, selon la première éventualité. La prime sera celle qu'une personne ordinaire paierait si elle souscrivait la police à cette date.

Exposition aux éléments et disparition

Toute perte qui résulte d'une exposition inévitable aux éléments sera couverte dans la mesure prévue dans la police pour une telle perte.

Si le corps d'un assuré n'est pas retrouvé dans l'année qui suit la disparition, l'échouement, le naufrage ou la destruction d'un moyen de transport dans lequel l'assuré prenait place au moment de l'accident, il sera présumé, sous réserve de toutes les autres conditions de la police, que l'assuré a perdu la vie par suite de blessures corporelles subies dans l'accident et couvertes aux termes de la police.

Exonération des primes

Advenant qu'un employé assuré de moins de 65 ans est totalement invalide pour une période de 6 mois consécutifs pendant que la police est en vigueur, et qu'il présente une déclaration d'invalidité totale jugée satisfaisante par Chubb Vie, Chubb Vie exonérera le règlement de chaque prime échue pour l'employé assuré et ses personnes à charge assurées. Sous réserve de toutes les dispositions de la police, l'exonération du règlement de toute prime prévue aux termes des présentes se poursuivra en ce qui a trait à l'employé assuré jusqu'à la première des circonstances suivantes : l'âge de 65 ans de l'employé assuré ou la résiliation de la police. Si l'employé assuré cesse d'être invalide et revient au travail chez le preneur de la police et que l'employé assuré appartient à une catégorie admissible, l'assurance en ce qui a trait audit employé assuré pourra se poursuivre dès la reprise du règlement des primes par l'employé assuré ou par le preneur de la police.

Si, après 120 jours, un employé assuré reçoit l'approbation de toute demande d'indemnisation pour invalidité de longue durée prévue en vertu de la police d'assurances collectives souscrite par l'intermédiaire de l'employeur, Chubb Vie exonérera alors le règlement de chaque prime d'assurance décès et mutilation accidentels sous réserve des dispositions qui précèdent.

Périodes successives d'invalidité

Si un employé assuré redevient totalement invalide en raison de la même maladie ou d'une maladie connexe dans les 6 mois de la cessation de l'exonération des primes, alors, toutes les périodes successives d'invalidité répondant à ce critère seront considérées comme une prolongation de la même invalidité, et Chubb Vie exonérera l'employé de la période d'attente de 6 mois. Si la même invalidité revient plus de 6 mois après la cessation de l'exonération des primes, ladite invalidité sera considérée comme une invalidité distincte. Deux invalidités attribuables à des causes non reliées sont considérées comme des invalidités distinctes si elles sont séparées par un retour au travail d'une durée d'au moins 1 journée.

Cessation de l'exonération des primes

L'exonération des primes cessera à la première des dates suivantes :

- a. la date à laquelle l'employé cessera de répondre à la définition de l'invalidité totale de la police ;
- b. la date à laquelle l'employé ne présentera plus à Chubb Vie les déclarations médicales appropriées jugées nécessaires par Chubb Vie ;
- c. la date à laquelle l'employé ne recevra plus de soins réguliers et constants ni de traitements de la part d'un médecin habilité à traiter l'état de santé de l'employé, comme l'a déterminé Chubb Vie ;
- d. la date à laquelle l'employé ne se prêtera plus à des évaluations médicales, psychiatriques, psychologiques, fonctionnelles, éducationnelles et (ou) professionnelles effectuées par un expert désigné par Chubb Vie ;
- e. la date de la résiliation de la police ;
- f. la date à laquelle l'employé atteindra l'âge de 65 ans ;
- g. la date du décès de l'employé.

Garanties pendant l'exonération des primes

Pendant l'exonération des primes, l'assurance décès et mutilation accidentels de base en vertu de la police sur la tête de l'employé et de ses personnes à charge demeureront en vigueur. Le capital assuré en vertu de ces garanties d'assurance sera la somme qui était en vigueur à la date du début de l'invalidité, sous réserve de toute disposition de la police en ce qui a trait à une réduction attribuable à l'âge ou à la résiliation.

«Invalidité totale ou totalement invalide» : En ce qui a trait à l'exonération des primes, état d'incapacité résultant d'une blessure ou d'une maladie qui empêche l'employé d'exercer les fonctions de son poste habituel pendant 6 mois consécutifs.

Maintien en vigueur des garanties

Dans le cas d'un assuré principal qui est 1) mis à pied temporairement; 2) temporairement absent du travail en raison d'une invalidité de courte durée; ou 3) en congé autorisé, les garanties seront maintenues en vigueur pour une période de 12 mois suivant le début de tout tel événement, sous réserve du règlement des primes.

Dans le cas d'un assuré principal qui est en congé de maternité ou en congé parental, les garanties seront maintenues en vigueur pour une période maximale de 18 mois suivant le début de tout tel événement, sous réserve du règlement des primes.

Si un assuré exerce un autre emploi durant son congé ou sa mise à pied, aucune indemnité ne sera payable en cas de sinistre survenant durant l'exercice de cet autre emploi.

EXCLUSIONS

Le régime ne couvre pas toute perte causée par ou résultant de ce qui suit :

- a. blessures que l'assuré s'inflige volontairement, suicide ou tentative de suicide ;
- b. guerre déclarée ou non, ou acte de guerre ;
- c. service actif de l'assuré à temps complet dans les forces armées de tout pays ou autorité internationale (toutes les primes réglées feront l'objet d'un remboursement proportionnel par Chubb Vie pour toute période de service actif à temps complet) ;
- d. vol ou déplacement dans tout véhicule ou aéronef, sauf si ledit vol ou déplacement est prévu à la section «Risques divers» des dispositions relatives à l'assurance décès et mutilation accidentels de la police.
- e. les voyages à bord d'un aéronef qui appartient ou est loué par le preneur de la police, par l'assuré ou par tout membre de sa famille, ou d'un aéronef utilisé aux fins d'épreuves ou d'essais ou pour combattre les incendies, inspecter les lignes de transport d'électricité, inspecter les pipelines, effectuer de la photographie aérienne ou faire de l'exploration.

DEMANDE D'INDEMNISATION

Advenant un sinistre, vous pouvez vous procurer des formulaires de demande d'indemnisation auprès de l'administrateur de vos avantages sociaux.

L'avis de sinistre doit être fourni à Chubb Vie au cours des 30 jours qui suivent la date de l'accident, la date du début de l'invalidité ou après la période de survie et les preuves de sinistre subséquentes doivent être soumises à Chubb Vie dans les 90 jours qui suivent ladite date de l'accident ou après la période de survie.

L'omission de présenter une déclaration de sinistre ou une demande d'indemnisation dans les délais prescrits par la disposition de la police n'invalidera pas la demande d'indemnisation si la déclaration ou la demande d'indemnisation est fournie dès qu'il est raisonnablement possible de le faire et qu'il est prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de fournir ladite déclaration ou ladite demande d'indemnisation dans lesdits délais. Chubb Vie n'acceptera en aucun cas une déclaration de sinistre plus de 1 an après la date du sinistre.

DISPOSITION GÉNÉRALES

Bénéficiaire

Tout employé ou tout conjoint a le droit de désigner un bénéficiaire lorsqu'il demande de participer à l'assurance. Il est entendu que la désignation de bénéficiaire faite en vertu de la police d'assurance vie collective du titulaire de la police sera reconnue comme le bénéficiaire en vertu de la présente police, à moins qu'une désignation de bénéficiaire supplémentaire soit faite spécifiquement en vertu de la présente police. En l'absence d'une telle désignation, la prestation sera versée à la succession de la personne assurée.

Toutes les autres prestations prévues dans la présente police seront payables à la personne assurée.

Un assuré peut changer sa désignation de bénéficiaire en tout temps, là où la Loi le permet. L'assureur n'assume aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation ou de tout changement de bénéficiaire.

Le bénéficiaire désigné par l'adhérent (le cas échéant) a été conservé dans le cadre du remplacement de la police d'assurance collective. Ce dernier doit vérifier le bénéficiaire actuellement désigné afin de s'assurer qu'il correspond à sa volonté réelle.

La police contient une disposition retirant ou limitant le droit de la personne assurée de nommer des personnes à qui ou pour le compte desquelles la prestation d'assurance peut être versée.

Poursuites judiciaires

Toute action ou procédure contre un assureur visant le recouvrement de prestations versables en vertu du contrat est absolument interdite, sauf si elle est intentée dans les délais indiqués dans la Loi sur les assurances, la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* ou une autre loi applicable dans la province de résidence de l'assuré.

Changement d'assureur

Une personne assurée en vertu d'une police antérieure ne peut pas être exclue en vertu de la nouvelle police ni se voir refuser des garanties strictement parce que les restrictions relatives à la clause régissant les états de santé préexistants ne s'appliquaient pas ou n'étaient pas prévues aux termes de la police antérieure, ou parce que la personne assurée n'est pas au travail à la date de l'entrée en vigueur de la nouvelle police.

La personne assurée et tout autre demandeur en vertu de la police peut obtenir sur demande, conformément à toute loi applicable dans la province de résidence de la personne assurée, une copie de la demande de participation de la personne assurée, une preuve écrite d'assurabilité (le cas échéant) et un exemplaire de la police d'assurance, le tout soumis à certaines limitations d'accès.

10/19

CHUBB

Chubb Vie est membre du Groupe Chubb compagnies d'assurance, nous exerçons nos activités dans 54 pays et commercialisons des produits d'assurance de responsabilité commerciale et de responsabilité civile, ainsi que des produits d'assurance vie, d'assurance accidents, des régimes complémentaires d'assurance maladie et des produits de réassurance à une clientèle diversifiée.

Chubb Limitée, la compagnie-mère de Chubb Vie, est cotée à la Bourse de New York (NYSE : CB) et fait partie de l'indice S&P 500.