

MHI RJ AVIATION ULC

Catégorie 507

Salariés – Retraités le 1^{er} janvier 2017 et après (avec 10 ans de service ou plus au moment de la retraite, et qui sont couverts en vertu du Plan modulaire)

Catégorie 571

Salariés temporaires à temps plein

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

Titulaire du régime : **MHI RJ AVIATION ULC**

N° de police : **28770**

Prise d'effet de la police : **Le 1er juin 2020**

Le livret est fourni dans le but d'expliquer les garanties offertes en vertu de la police collective.

La possession de ce livret ne confère ni ne crée aucun droit contractuel. Tous les droits et obligations relatifs aux garanties offertes en vertu de la police collective seront régis uniquement par les clauses et les conditions de ladite police.

Le Titulaire de police se réserve le droit de modifier ou d'interrompre toute protection, y compris la protection pour les retraités, prévue par la police collective et de résilier la police collective dans son intégralité en tout temps à l'égard des Participants actifs (y compris ceux qui sont absents en raison d'une invalidité) et des Participants retraités après leur départ à la retraite.

De plus, le Titulaire de police se réserve le droit de modifier les exigences de contribution relativement aux protections offertes, y compris la protection pour les retraités, prévues par la police collective en tout temps à l'égard des Participants actifs (y compris ceux qui sont absents en raison d'une invalidité) et des Participants retraités après leur départ à la retraite.

Pour toute question relative au contenu de ce livret ou si de plus amples renseignements sont requis concernant les garanties, le Participant devrait communiquer avec son Employeur.

Ce livret peut également être consulté sur notre site sécurisé Espace client, accessible via ia.ca, si offert dans le cadre de votre régime. Pour toute question relative aux couvertures, communiquer avec iA Groupe financier au 1 877 422-6487.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
TABLEAU SOMMAIRE	1
CONDITIONS GÉNÉRALES	17
ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT	35
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE	40
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE	59
ASSURANCE SOINS DENTAIRE	68
COPIE DU CONTRAT ET DES DOCUMENTS D'ADHÉSION	80
COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT	81
PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	83
ASSURANCE DE BASE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT	84
ASSURANCE COLLECTIVE ACCIDENT VOYAGES D'AFFAIRES	95

TABLEAU SOMMAIRE

Le TABLEAU SOMMAIRE décrit brièvement les garanties d'assurance collective selon la catégorie à laquelle appartient le Participant.

Les pages suivantes donnent une description complète des CONDITIONS GÉNÉRALES et de chacune des GARANTIES.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Dans ce livret, le masculin inclut le féminin, sauf si le contexte s'y oppose. De plus, le singulier inclut le pluriel, lorsque requis.

Les Participants sont assurés selon les catégories ci-dessous :

Catégories

- 507 – Salariés – Retraités le 1er janvier 2017 et après (avec 10 ans de service ou plus au moment de la retraite, et qui sont couverts en vertu du Plan modulaire)
- 571 – Salariés temporaires à temps plein

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

RÈGLES D'ADHÉSION

Les options et statut par défaut pour les Participants Effectivement au travail sont les suivants :

Assurance maladie complémentaire : Option Souplesse

Assurance soins dentaires : Option Souplesse

Statut familial : Individuel

Le Participant peut renoncer à l'Assurance maladie complémentaire et à l'Assurance soins dentaires. Toutefois, pour pouvoir renoncer à l'Assurance maladie complémentaire, le Participant doit obligatoirement être couvert par une assurance comparable détenue par son Conjoint.

RÈGLES DE RÉADHÉSION

- La période de réadhésion annuelle a lieu le 1^{er} janvier de chaque année, à compter du 1^{er} janvier 2021 et à chaque année par la suite.
- Le statut familial du Participant peut être différent en Assurance maladie complémentaire et en Assurance soins dentaires et ce dernier peut être modifié lors de chaque réadhésion.
- Les choix d'options sont indépendants pour toutes les garanties.
- Le Participant Effectivement au travail peut modifier ses options pour des options plus avantageuses pour chacune des garanties à chaque période de réadhésion.
- Lors de la réadhésion annuelle, le Participant qui ne fait pas de nouveaux choix conserve les protections et les choix en vigueur le Jour précédent.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ÉVÈNEMENTS DE VIE

Le Participant peut changer d'option et de statut familial sans restriction entre deux périodes de réadhésion, si la demande est faite dans les 60 Jours d'un changement de situation familiale tel que :

- Changement de statut matrimonial
- Naissance ou adoption d'un premier Enfant à charge
- Fin de l'admissibilité du dernier Enfant à charge
- Changement pour le Conjoint à l'admissibilité d'un programme de protection par son Employeur
- Décès du Conjoint
- Retour aux études à temps plein dans une institution d'enseignement agréée d'un des Enfants de plus de 22 ans mais de moins de 26 ans alors qu'il n'y avait plus d'Enfants admissibles

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

CONDITIONS GÉNÉRALES

DATE D'ADMISSIBILITÉ

Un **Employé temporaire** à temps plein embauché pour une période de 12 mois ou plus devient admissible à la plus tardive des dates suivantes, sous réserve de toutes les modalités et conditions énoncées dans la police collective :

- a) le 1er juin 2020, s'il est alors un Employé;
- ou
- b) dès le premier Jour de travail auprès de l'Employeur.

Un **Retraité** devient admissible à la plus tardive des dates suivantes, sous réserve de toutes les modalités et conditions énoncées dans la police collective :

- a) le 1er juin 2020, s'il a obtenu le statut de Retraité auprès du Titulaire de la police;
- ou
- b) dès le Jour où il obtient le statut de Retraité auprès du Titulaire de la police.

PÉRIODE D'ADMISSIBILITÉ

Telle que précisée à la date d'admissibilité ci-dessus.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

Catégories : 507, 571

Capital assuré

Catégorie 507 :

20 % du Revenu annuel en vigueur immédiatement avant la retraite, le résultat étant arrondi au 100 \$ suivant. ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Le Participant peut renoncer en tout temps à cette garantie. La décision est irrévocable.

Catégorie 571 :

1 fois le Revenu annuel, le résultat étant arrondi au 1 000 \$ suivant, s'il ne s'agit pas déjà d'un multiple de 1 000 \$.

Maximum : 760 000 \$ sans preuves d'assurabilité
ou
1 650 000 \$ avec preuves d'assurabilité.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT (suite)

Catégories : 507, 571

Réductions, Exclusions et Restrictions :

Catégorie 507 :

Le capital assuré est réduit à 15 000 \$ au 70e anniversaire de naissance du Participant.

Cette garantie et tout capital assuré en découlant sont assujettis à toutes autres réductions, exclusions et restrictions indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Catégorie 571 :

Cette garantie et tout capital assuré en découlant sont assujettis à toutes les réductions, exclusions et restrictions indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Cessation :

Catégorie 507 :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine au décès du Participant ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Catégorie 571 :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine à la retraite du Participant ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Au départ à la retraite, le Participant qui compte un minimum de 10 ans de service est transféré à la catégorie 507.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

OPTION EXEMPTION

Catégorie : 571, Participant seulement

FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE ENGAGÉS HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE et ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE (lors d'une absence pour raisons professionnelles seulement)

Franchise :	Remboursement :	Maximum par Personne assurée :
aucune	100 %	5 000 000 \$ à vie
		Durée de couverture par voyage :
		les premiers 90 Jours consécutifs du voyage

Réductions, Exclusions et Restrictions :

Cette garantie et toute prestation payable en découlant sont assujetties à toutes les réductions, exclusions et restrictions indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Cessation :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine à la date de la retraite du Participant ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

OPTION SOUPLESSE

Catégorie : 571

HOSPITALISATION DANS LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

Franchise :	Remboursement :	Maximum quotidien :
aucune	100 %	tarif d'une chambre semi-privée

FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE ENGAGÉS HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE et ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE

Franchise :	Remboursement :	Maximum par Personne assurée :
aucune	100 %	5 000 000 \$ à vie
		Durée de couverture par voyage :
		les premiers 90 Jours consécutifs du voyage

MÉDICAMENTS

Franchise :	1 000 \$ par adulte ⁽¹⁾
Remboursement :	100 % ⁽²⁾
Maximum :	Illimité

⁽¹⁾ La franchise du Participant comprend également les sommes payées à titre de franchise pour ses Enfants à charge, le cas échéant.

⁽²⁾ Substitution générique obligatoire : Si le médicament est un médicament d'origine qui possède un équivalent générique, le montant remboursable sera fondé sur le coût du médicament substituable le moins cher, le cas échéant.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

OPTION SOUPLESSE (suite)

Catégorie : 571

TOUS LES AUTRES FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS AU CANADA

Franchise : aucune

Remboursement

-Traitement pour la
toxicomanie, l'alcoolisme ou la
dépendance au jeu : 100 %

-Soins de réadaptation et de
convalescence : 100 %

-Tous les autres frais
couverts : 70 %

Maximum : Illimité

Réductions, Exclusions et Restrictions :

Cette garantie et toute prestation payable en découlant sont assujetties à toutes les réductions, exclusions et restrictions indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Cessation :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine au premier des événements suivants : à la date de la retraite du Participant, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

OPTION SOUPLESSE (suite)

Catégorie : 571

Frais médicaux

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums payables par Personne assurée</u>
Tous les frais couverts en vertu de l'article «Frais médicaux engagés au Canada» de la garantie Assurance maladie complémentaire, autres que ceux indiqués ci-après	Illimité.
Auxiliaires anti-tabagisme	Ces frais sont remboursés selon les paramètres de la <i>Régie de l'assurance-maladie du Québec</i> .
Médicaments contre la dépendance	1 000 \$ à vie.
Médicaments pour le traitement de la fertilité ou de l'infertilité	Ces frais sont remboursés selon les paramètres de la <i>Régie de l'assurance-maladie du Québec</i> .
Vaccins, y compris les vaccins de nature préventive (<i>excluant l'administration</i>)	500 \$ par Année civile.
Honoraires d'infirmiers	25 000 \$ par période de 3 Années civiles consécutives.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

OPTION SOUPLESSE (suite)

Catégorie : 571

Frais médicaux (suite)

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums payables par Personne assurée</u>
Service ambulancier professionnel	Illimité.
Séjour dans un établissement de soins de santé autorisé à fournir des soins de réadaptation ou de convalescence	40 \$ par Jour. Maximum combiné de 180 Jours par période d'Hospitalisation attribuable à la même cause.
Équipement et matériel médical	Illimité.
Appareils de contrôle liés au diabète	Un appareil par période de 24 mois consécutifs.
Bras, main et pied artificiels (<i>y compris les réparations et les remplacements</i>)	Illimité pour les Personnes assurées de moins de 16 ans et une prothèse de chaque type à vie pour les Personnes assurées de 16 ans et plus.
Prothèses oculaires	Une prothèse à vie.
Tensiomètres	Un appareil à vie.
Prothèses mammaires et soutiens-gorge chirurgicaux	Maximum combiné de 250 \$ par période de 24 mois consécutifs.
Bas élastiques médicaux (<i>de 15mmHg et plus</i>)	Une paire par Année civile.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

OPTION SOUPLESSE (suite)

Catégorie : 571

Frais médicaux (suite)

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums payables par Personne assurée</u>
Stérilets	Un par période de 3 Années civiles consécutives.
Diaphragmes	Un par Année civile.
Lunettes, lentilles cornéennes ou lentilles intraoculaires à la suite d'une chirurgie de la cataracte	200 \$ par œil à vie.
Examens de laboratoire à des fins de diagnostic, radiographies pour colonoscopie, frais d'examen pour colonoscopie et services d'imagerie médicale	Maximum combiné de 300 \$ par Année civile.
Prothèses capillaires (<i>requisites suite à un traitement de chimiothérapie</i>)	300 \$ à vie.
Injections sclérosantes (<i>excluant l'administration</i>)	30 \$ par visite.
Soins dentaires suite à une blessure accidentelle	Illimité.
Prothèses auditives ou autres dispositifs connexes	550 \$ par Année civile.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

OPTION SOUPLESSE (suite)

Catégorie : 571

Frais médicaux (suite)

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums payables par Personne assurée</u>
Traitement pour la toxicomanie, l'alcoolisme et la dépendance au jeu	1 500 \$ à vie (<i>Participant seulement</i>).
Chirurgie esthétique à la suite d'un Accident	Illimité.
Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants : Thérapeute en réadaptation physique, Physiothérapeute et Ergothérapeute	Maximum combiné de 250 \$ par Année civile. Un traitement par Jour.
Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants : Psychologue, Psychothérapeute (<i>y compris les frais engagés pour les évaluations psychologiques</i>), Travailleur social, Psychométricien, Thérapeute familial, Conseiller matrimonial, Conseiller clinicien et Conseiller en orientation	<u>Participant :</u> Maximum combiné de 1 000 \$ par Année civile. Un traitement par Jour. <u>Personne à charge :</u> Maximum combiné de 600 \$ par Année civile. Un traitement par Jour.
Frais de radiographies faites par le praticien de soins paramédicaux suivant : Chiropraticien	Ces frais ne sont pas couverts.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

OPTION SOUPLESSE

Catégorie : 571

Franchise : 150 \$ par Personne assurée
Maximum de 300 \$ par famille

Remboursement :

– soins préventifs : 50 %
– soins de base : 50 %
– soins d'endodontie et
soins de parodontie : 50 %
– soins majeurs : 50 %

Maximum par Personne assurée :

– soins préventifs, soins de base,
soins d'endodontie, de parodontie
et soins majeurs : 1 000 \$ par Année civile

Les frais pour un Dentiste généraliste et un Dentiste spécialiste sont remboursés selon le Guide des tarifs des chirurgiens dentistes de l'année courante.

Les frais pour un Hygiéniste dentaire sont remboursés selon le Guide des tarifs des chirurgiens dentistes de l'année courante ou, le cas échéant, selon le Guide des tarifs de l'Association des hygiénistes dentaires de l'année courante.

Les frais pour un Denturologue sont remboursés selon le Guide des tarifs des denturologistes de l'année courante.

S'il n'y a pas de guide des tarifs pour l'année de référence, l'assureur déterminera la base de remboursement en apportant un ajustement inflationniste au dernier guide en vigueur.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE SOINS DENTAIRES (suite)

OPTION SOUPLESE (suite)

Catégorie : 571

Réductions, Exclusions et Restrictions :

Cette garantie et toute prestation payable en découlant sont assujetties à toutes les réductions, exclusions et restrictions indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Cessation :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine au premier des évènements suivants : à la date de la retraite du Participant, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

iA Marchés spéciaux, une division de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., est l'assureur pour les garanties ci-dessous :

**ASSURANCE DE BASE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR
ACCIDENT**

N° de police 100012339

ASSURANCE COLLECTIVE ACCIDENT VOYAGES D'AFFAIRES

N° de police 100012341

Pour plus de détails, veuillez-vous référer aux textes des garanties à la fin du livret.

CONDITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

Acceptation des preuves d'assurabilité signifie que l'assureur accepte effectivement, par écrit, le risque demandé après avoir reçu chacun des documents requis pour accepter ce risque.

Accident signifie tout évènement attribuable à une cause externe de nature soudaine et imprévisible qui occasionne des blessures physiques directement et indépendamment de toute autre cause, le tout étant certifié par un Médecin.

Année civile signifie la période qui s'étend du 1er janvier au 31 décembre suivant, inclusivement.

Assurance voyage signifie les garanties d'Assurance maladie complémentaire suivantes : Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence et Assistance hors de la province en cas d'urgence.

Capacité de travailler légalement signifie que le Participant doit avoir chacune des licences, permis ou autre certification requis pour travailler légalement au Canada.

Chirurgie d'un jour signifie une chirurgie effectuée dans un Hôpital ou dans une clinique externe affiliée à un Hôpital et nécessitant une anesthésie locale, régionale ou générale, à l'exclusion de toute chirurgie mineure pouvant être effectuée dans le bureau du Médecin.

Effectivement au travail signifie :

S'il s'agit d'un Jour de travail, l'Employé est considéré comme étant Effectivement au travail pour son Employeur s'il se présente au travail et exerce toutes les tâches essentielles de son occupation régulière pour la totalité du nombre d'heures prévu pour ce Jour de travail.

S'il s'agit d'un weekend, d'un jour férié ou d'un jour de vacances, l'Employé est considéré comme étant Effectivement au travail pour son Employeur si :

- a) Ce jour-là, il aurait été capable de se présenter au travail pour son Employeur et d'exercer toutes les tâches essentielles de son occupation régulière pour la totalité du nombre d'heures prévu pour ce Jour de travail; et

CONDITIONS GÉNÉRALES

- b) À son dernier Jour de travail, il s'est présenté au travail et a exercé toutes les tâches essentielles de son occupation régulière pour la totalité du nombre d'heures prévu pour ce Jour de travail.

Employé signifie toute personne qui est activement employée par l'Employeur sur une base permanente, à temps plein ou à temps partiel ou sur une base temporaire à temps plein pendant un contrat d'une période minimum de 12 mois, pour un minimum de 24 heures par semaine, et pour lequel un salaire régulier est versé.

Emploi permanent à temps partiel signifie :

L'emploi permanent à temps partiel doit satisfaire aux conditions suivantes :

- a) Période de travail indéterminée : l'emploi permanent à temps partiel est créé pour une période indéterminée. Il ne peut être associé à un poste sur appel ou occasionnel.
- b) Le nombre d'heures de travail par semaine est d'au moins 24 heures qui peuvent être réparties à la demande du superviseur. Le nombre d'heures peut varier selon la journée.
- c) Horaire de travail fixe et déterminé : l'Employé doit avoir un horaire déterminé à l'avance. Cet horaire doit être constant de semaine en semaine et est sous la responsabilité du superviseur.

Employeur signifie le Titulaire de la police et toute entité désignée comme étant une filiale ou une compagnie associée indiquée au Tableau sommaire de la police collective.

Hôpital signifie une institution :

- a) légalement reconnue comme telle par l'organisme gouvernemental concerné;
- b) destinée aux soins des patients alités; et
- c) qui assure en tout temps les services de médecins et d'infirmières autorisées.

Hospitalisation et Hospitalisé signifie l'occupation d'une chambre d'Hôpital à titre de patient alité admis, pour laquelle des frais de chambre et d'hébergement ont été facturés en lien avec l'Hospitalisation. Un séjour de plus de 24 heures sous surveillance à l'urgence, même sans émission de facture, est considéré

CONDITIONS GÉNÉRALES

comme une Hospitalisation. La Chirurgie d'un jour est considérée comme une période d'Hospitalisation.

Jour signifie un jour civil, sauf si défini autrement dans la police collective.

Jour de travail signifie un Jour durant lequel il est prévu que le Participant travaille pour son Employeur et exerce toutes les tâches essentielles de son occupation régulière pour la totalité du nombre d'heures prévu.

Maladie signifie toute détérioration de la santé requérant des soins continus et curatifs prodigués activement par un Médecin, et lorsque requis par la police collective, par un Spécialiste du domaine médical applicable à la Maladie.

Médecin signifie une personne légalement accréditée et autorisée à pratiquer la médecine et qui pratique dans le champ de son accréditation.

Médicalement requis signifie généralement accepté et reconnu par la profession médicale canadienne comme étant efficace, approprié et indispensable comme traitement d'une Maladie ou d'une blessure, y compris les blessures résultant d'un Accident, conformément aux normes médicales canadiennes.

Participant signifie un Employé ou un Retraité qui est assuré en vertu de la police collective.

Période d'admissibilité signifie la période continue, telle qu'indiquée au Tableau Sommaire, se terminant à la Date d'entrée en vigueur de la police collective ou après, durant laquelle l'Employé doit être Effectivement au travail.

Personne à charge signifie le Conjoint du Participant ou un Enfant du Participant ou de son Conjoint. Lorsque les Personnes à charge sont assurées en vertu de la police collective, les termes «Conjoint» et «Enfant» sont définis ainsi :

a) Conjoint

La personne liée par un mariage ou une union civile à un Participant ou la personne désignée par le Participant, qu'il présente publiquement comme son Conjoint et avec qui il cohabite en permanence depuis au moins un an, ou moins, si un Enfant est issu de leur union.

La séparation de fait depuis plus de 3 mois fait perdre ce statut de Conjoint aux fins de la police collective.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Le Conjoint doit être domicilié dans le même pays que le Participant.

Si, d'après cette définition, le Participant a eu plus d'un Conjoint, le terme «Conjoint» désigne la dernière personne qui se qualifie à titre de Conjoint.

b) Enfant

Tout Enfant non marié du Participant ou de son Conjoint résidant au Canada, qui s'en remet entièrement au Participant pour sa subsistance et son entretien et qui remplit au moins une des conditions suivantes :

- i) être âgé de moins de 22 ans; ou
- ii) être âgé de moins de 26 ans et fréquenter à plein temps une institution d'enseignement reconnue; ou
- iii) avoir un handicap mental ou physique et être incapable de gagner sa vie en raison de ce handicap, pourvu que le handicap en question se soit déclaré lorsqu'il était enfant tel que défini en vertu de i) ou ii).

Personne assurée signifie un Participant ou une Personne à charge d'un Participant qui est assuré en vertu de la police collective.

La Personne assurée doit, en tout temps, être couverte en vertu d'un régime gouvernemental d'assurance maladie et résider au Canada de façon permanente (au moins 182 Jours par année) pour être admissible au Régime général d'assurance médicaments du Québec, à la garantie Assurance maladie complémentaire et à la garantie Assurance soins dentaires en vertu de la police collective et pour conserver ses droits à l'assurance, à moins qu'il y ait eu entente préalable avec l'assureur, ou à moins de stipulation contraire à la police collective.

Résident à temps plein au Canada signifie avoir la résidence permanente au Canada et résider dans la province de résidence le nombre de Jours minimal requis pour être couvert sous le régime provincial de soins de santé applicable de cette province de résidence.

Retraité signifie toute personne détenant un tel statut auprès du Titulaire de la police. Toutefois, le Participant doit avoir au moins 10 années de service au moment de prendre sa retraite pour détenir un tel statut auprès du Titulaire de la police.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Revenu signifie :

Revenu annuel signifie la rémunération annuelle versée par l'Employeur, à l'exclusion des bonis, des gratifications et des heures supplémentaires selon les normes de la Loi sur l'assurance-emploi.

Montant du Revenu à utiliser

Lorsqu'une prestation payée en vertu de la police collective est basée sur le Revenu du Participant, y compris toutes les variations de la définition de Revenu susmentionnées, le montant du Revenu qui sera utilisé pour déterminer la prestation sera le moindre de :

- a) Le dernier Revenu déclaré à l'assureur par l'Employeur, ses agents ou ses administrateurs et qui a été utilisé dans le calcul de la prime payable; ou
- b) Le Revenu que le Participant a réellement reçu de son Employeur au moment de l'évènement pour lequel une réclamation est faite, ou
- c) Si le Participant n'est pas Effectivement au travail au moment de l'évènement pour lequel une réclamation est faite, le Revenu du dernier Jour de travail au cours duquel il était Effectivement au travail.

Spécialiste signifie un Médecin autorisé à pratiquer la médecine avec une spécialité par l'autorité réglementaire provinciale compétente.

Titulaire de la police signifie toute entité inscrite comme étant le Titulaire de la police sur la page couverture de la police collective.

MODIFICATION AUX RÉGIMES GOUVERNEMENTAUX

Les prestations prévues en vertu de la police collective sont établies en complémentarité des prestations prévues aux régimes gouvernementaux. Toute modification à ces régimes gouvernementaux après la Date de prise d'effet de la police collective n'aura pas pour effet de modifier les prestations prévues aux présentes, à moins qu'une entente de modification des garanties ne soit signée par les signataires autorisés de l'assureur.

Nonobstant ce que prévoit le paragraphe précédent, la police collective sera modifiée de façon à comporter les changements apportés au maximum de la rémunération assurable déterminé en vertu de la *Loi sur l'assurance-emploi*. De plus, si la législation fédérale ou provinciale exige qu'un assureur offre un certain

CONDITIONS GÉNÉRALES

type ou un certain niveau de protection ou les moyens de fournir un certain type de protection, la police collective sera réputée avoir été modifiée pour tenir compte des exigences de la législation.

FOURNITURES OU SERVICES MÉDICAUX COUVERTS PAR UN RÉGIME OU UN PROGRAMME GOUVERNEMENTAL

La police collective ne couvre aucune dépense liée, directement ou indirectement, à quelque fourniture ou service médical qui aurait été couvert par un régime ou un programme provincial, si la Personne assurée n'avait pas choisi de recevoir sur une base privée les fournitures ou les services médicaux d'un praticien qualifié ou d'un établissement, d'une clinique ou d'un Hôpital soit privé, soit public, à moins que ces fournitures ou services ne soient explicitement couverts par la police collective.

INCONTESTABILITÉ

Si des preuves d'assurabilité sont exigées par l'assureur pour accepter l'un des éléments suivants :

- a) L'assurance en vertu de la police collective ou d'une garantie pour un Participant ou une Personne à charge; ou
- b) L'augmentation, l'ajout ou la modification dans telle assurance pour un Participant ou une Personne à charge;

les déclarations faites par le Participant ou la Personne à charge comme preuves d'assurabilité seront acceptées comme vraies et ne seront pas contestées par l'assureur après la dernière des dates énumérées ci-dessous, pourvu que le Participant ou la Personne à charge soit vivant à cette date :

- a) 2 ans après la date de prise d'effet de l'assurance ou de la garantie pour laquelle les preuves d'assurabilité ont été fournies; ou
- b) 2 ans après la date de prise d'effet de l'augmentation, de l'ajout ou de la modification de l'assurance; ou
- c) 2 ans après la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de l'assurance.

Cependant, la présente restriction quant au droit de l'assureur de contester les preuves d'assurabilité ne s'applique pas en cas de fraude ou d'erreur sur l'âge.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Si l'assureur exige des preuves pour accepter une augmentation, un ajout ou une modification de l'assurance son droit d'annuler l'assurance se limite à l'augmentation, à l'ajout ou à la modification en question.

MONNAIE LÉGALE

Les sommes dues en vertu de la police collective sont payables en monnaie légale du Canada et selon le taux de change en vigueur au moment de l'évènement donnant droit à une prestation.

ASSURANCE CHEZ UN TIERS

Un Participant admissible à l'Assurance maladie complémentaire ou à l'Assurance soins dentaires et dont le Conjoint bénéficie d'une assurance comparable peut renoncer à telle assurance qui lui est offerte en vertu de la police collective.

Toutefois, pour refuser la garantie Assurance maladie complémentaire, le Participant doit obligatoirement être couvert pour une assurance comparable détenue par son Conjoint.

Le refus de participer à l'assurance peut être à l'égard du Participant et de ses personnes à charge ou de ses Personnes à charge uniquement.

Si l'assurance en vertu de la police du Conjoint prend fin en raison de la résiliation d'une telle police ou en raison de la perte d'admissibilité, une demande peut être faite afin d'assurer, en vertu de la police collective, ces personnes dont l'assurance a pris fin.

La demande doit être faite dans les 31 Jours suivant la cessation de l'assurance en vertu de la police du Conjoint et l'assurance en vertu de la police collective entrera en vigueur le Jour suivant la date de cessation de l'assurance en vertu de la police du Conjoint.

AGENTS

Le Titulaire de la police et l'Employeur ne sont pas des agents de l'assureur. L'assureur ne sera pas lié, ni responsable d'un acte ou d'une omission de la part du Titulaire de la police ou de l'Employeur.

CONDITIONS GÉNÉRALES

ERREURS

Les erreurs administratives ou d'inadvertance du Titulaire de la police, de l'Employeur ou de l'assureur n'auront pas pour effet de :

- a) Continuer une assurance qui autrement serait valablement résiliée.
- b) Augmenter toute assurance existante.
- c) Mettre en vigueur une assurance qui, n'eut été de cette erreur, ne serait pas valablement en vigueur.
- d) Nuire autrement à l'assureur de toute autre manière.

L'assureur peut, rétroactivement et à sa seule discrétion, en plus de tout autre recours légal à sa disposition, exercer l'un des droits suivants :

- a) Rembourser au Titulaire de la police toute prime acceptée en raison de cette erreur.
- b) Résilier ou annuler rétroactivement toute assurance qui y serait associée.
- c) Réduire le montant de l'assurance au montant qu'il aurait dû être, n'eut été de cette erreur.
- d) Prendre toute autre mesure qui peut être nécessaire pour corriger l'erreur.

ADMISSIBILITÉ

Participant

Un Employé ou un Retraité deviendra admissible à l'assurance en vertu de la police collective à titre de Participant à la date (sa «date d'admissibilité») à laquelle il satisfait à toutes les exigences suivantes :

- a) Il répond à la définition d'Employé ou de Retraité de la police collective; et
- b) Il est un Résident à temps plein au Canada (ne s'applique pas à un Retraité); et
- c) Il bénéficie d'une assurance en vertu du régime d'assurance maladie de sa province de résidence (ne s'applique pas à un Retraité); et
- d) Il a satisfait à la Période d'admissibilité précisée au Tableau sommaire.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Cependant, un Employé n'est pas admissible à la garantie Assurance invalidité de longue durée s'il atteint l'âge de terminaison indiqué au Tableau sommaire avant la fin du Délai de carence prévu pour cette garantie.

Personnes à charge

Une personne deviendra admissible à l'assurance en vertu de la police collective à titre de Personne à charge à la date (sa «date d'admissibilité») à laquelle elle satisfait à toutes les exigences suivantes :

- a) Elle répond à la définition d'une Personne à charge de la police collective; et
- b) Elle est un Résident à temps plein au Canada; et
- c) Elle bénéficie d'une assurance en vertu du régime d'assurance maladie de sa province de résidence; et
- d) L'Employé ou le Retraité dont elle est une Personne à charge est assuré en vertu de la police collective à titre de Participant.

DEMANDE DE PARTICIPATION

Tout Employé qui devient admissible à l'assurance en vertu de la police collective à titre de Participant doit remplir et présenter une demande de participation pour lui-même et pour chacune de ses Personnes à charge, à leur date d'admissibilité respective, au moyen des formulaires fournis par l'assureur ou de formulaires qui répondent à ses exigences.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

Que la participation au régime, en vertu de la police collective, soit obligatoire ou facultative, l'assurance d'un Participant et, s'il y a lieu, celle de ses Personnes à charge, prennent effet à la date d'admissibilité de la personne, si la demande de participation à l'assurance collective est reçue par l'assureur avant ou à cette date, ou dans les 31 Jours qui suivent cette date.

Si l'assureur ne reçoit pas la demande de participation à l'assurance collective dans les 31 Jours suivant la date d'admissibilité, l'assurance n'entrera pas en vigueur avant la date à laquelle l'assureur reçoit les preuves d'assurabilité et donne Acceptation des preuves d'assurabilité.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Cependant :

- a) Si l'Employé n'est pas Effectivement au travail à la date à laquelle son assurance aurait dû prendre effet, l'assurance ne prendra pas effet avant la date à laquelle il est de nouveau Effectivement au travail;
- b) Si la Personne à charge est Hospitalisée à la date à laquelle son assurance aurait dû prendre effet, l'assurance ne prendra pas effet avant la date ultérieure à laquelle elle n'est plus Hospitalisée (cette clause ne s'applique pas à la garantie Assurance vie ni dans le cas d'un nouveau-né).

Tout montant d'assurance en excès du maximum sans preuves d'assurabilité indiqué au Tableau sommaire prend effet à la date à laquelle l'assureur reçoit et accepte les preuves d'assurabilité du Participant et donne Acceptation des preuves d'assurabilité. Si les preuves d'assurabilité du Participant ne sont pas acceptées par l'assureur, toute augmentation future du maximum sans preuves d'assurabilité ne résultera pas automatiquement en une augmentation de l'assurance du Participant. L'augmentation du maximum sans preuves d'assurabilité résultera uniquement en une augmentation de l'assurance du Participant s'il soumet des preuves de son assurabilité et si l'assureur donne Acceptation des preuves d'assurabilité.

Le Participant peut renoncer à l'Assurance maladie complémentaire et à l'Assurance soins dentaires. Toutefois, pour pouvoir renoncer à l'Assurance maladie complémentaire, le Participant doit obligatoirement être couvert pour une assurance comparable détenue par son Conjoint.

En cas de refus de la garantie Assurance maladie complémentaire, le Participant sera couvert en vertu de la police collective pour les Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence et l'Assistance hors de la province en cas d'urgence lors d'une absence reliée à des raisons professionnelles uniquement.

FIN DE L'ASSURANCE

Participant

L'assurance du Participant en vertu de la police collective se termine automatiquement à la première des dates suivantes :

- a) La date de résiliation de la police collective; ou

CONDITIONS GÉNÉRALES

- b) La date à laquelle le Participant prend sa retraite, sauf si indiqué autrement au Tableau sommaire; ou
- c) La date à laquelle le Participant atteint l'âge limite indiqué au Tableau sommaire, si un âge limite est indiqué; ou
- d) La date à laquelle le Participant n'est plus un Résident à temps plein au Canada (ne s'applique pas à un Retraité); ou
- e) La date à laquelle le Participant perd sa Capacité de travailler légalement au Canada (ne s'applique pas à un Retraité); ou
- f) La date à laquelle le Participant cesse d'être assuré par le régime d'assurance maladie de sa province (ne s'applique pas à un Retraité); ou
- g) La date du décès du Participant; ou
- h) La date à laquelle le Titulaire de la police résilie l'assurance du Participant;
- i) La date à laquelle le Participant plaide coupable ou est reconnu coupable d'une infraction pour laquelle il est détenu dans un pénitencier, une prison, un établissement correctionnel, un établissement de psychiatrie criminelle ou toute autre institution similaire; ou
- j) La date à laquelle le Participant ne répond plus à la définition d'Employé ou de Retraité de la police collective ou cesse d'être Effectivement au travail.

L'assurance d'un Participant peut être prolongée durant toute période où il n'est plus Effectivement au travail en raison, mais sans s'y limiter, d'une Maladie, d'une blessure, d'une mise à pied temporaire ou d'un congé autorisé. Le Participant doit communiquer avec le Titulaire de la police pour obtenir des renseignements additionnels.

Personnes à charge

L'assurance d'une Personne à charge se termine d'office à la première des dates suivantes :

- a) La date à laquelle le Participant dont elle est à charge cesse d'être assuré en vertu de la police collective; ou
- b) La date à laquelle la Personne à charge ne répond plus à la définition de Personne à charge de la police collective; ou

CONDITIONS GÉNÉRALES

- c) La date à laquelle la Personne à charge atteint l'âge limite indiqué au Tableau sommaire, si un âge limite y est indiqué; ou
- d) La date à laquelle la Personne à charge cesse d'être un Résident à temps plein au Canada (ne s'applique pas aux Personnes à charge d'un Retraité); ou
- e) La date à laquelle la Personne à charge cesse d'être assurée par le régime d'assurance maladie de sa province de résidence (ne s'applique pas aux Personnes à charge d'un Retraité); ou
- f) La date à laquelle le Titulaire de la police met fin à l'assurance de la Personne à charge.

Les modalités et conditions ci-dessus sont également applicables en cas de résiliation partielle de l'assurance, pour un Participant ou une Personne à charge, par suite de la résiliation de l'assurance en vertu d'une ou de plusieurs garanties.

AVIS ET PREUVE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT

L'avis et la preuve de toute demande de règlement doivent être soumis dans le format exigé par l'assureur. La preuve d'une demande de règlement doit inclure toutes les informations que l'assureur exige et juge nécessaires aux circonstances et à l'étendue de la perte, ou qu'il exige autrement afin de compléter l'évaluation de la demande de règlement. L'assureur ne sera pas tenu responsable d'une demande de règlement qui n'est pas soumise conformément aux modalités et conditions de la police collective.

- **Assurance maladie complémentaire ou Assurance soins dentaires :**

L'avis et la preuve d'une demande de règlement doivent être soumis à l'assureur dans les 12 mois (6 mois dans le cas de l'Assurance voyage hors de la province) suivant la date de survenance du sinistre donnant droit à une prestation.

- **Assurance vie :**

L'avis d'une demande de règlement doit être soumis dans les 30 Jours suivant la date de survenance du sinistre donnant droit à une prestation. La preuve de la demande de règlement doit être soumise dans les 90 Jours suivant la date de survenance du sinistre donnant droit à une prestation.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Le fait de ne pas donner l'avis ou la preuve d'une demande de règlement dans les délais prescrits n'invalide pas la demande de règlement, à condition de satisfaire à cette obligation dès que raisonnablement possible, sans toutefois excéder 12 mois suivant la date de la survenance du sinistre et à condition de démontrer qu'il n'était pas raisonnablement possible de fournir l'avis ou la preuve dans les délais prescrits.

AVIS ET PREUVE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT DANS LE CAS DE LA FIN DE L'ASSURANCE

Dans l'éventualité de la résiliation de la police collective ou de la fin de l'assurance du Participant, l'avis et la preuve de demande de règlement, pour toute demande autre qu'une demande d'Assurance maladie complémentaire ou d'Assurance soins dentaires, doivent être soumis à l'assureur dans les 90 Jours suivant la date de la résiliation de la police et, dans l'éventualité de la fin de l'assurance du Participant, dans les 90 Jours suivant la fin de son assurance.

L'avis et la preuve d'une demande de règlement d'Assurance maladie complémentaire et d'Assurance soins dentaires doivent être soumis dans les 90 Jours suivant la date de la résiliation de la police et, dans l'éventualité de la fin de l'assurance du Participant, dans les 12 mois suivant la date de la survenance du sinistre donnant droit à une prestation.

DEMANDES FRAUDULEUSES DE RÈGLEMENT

L'assureur entreprendra toutes les actions nécessaires pour détecter et enquêter les demandes de règlement d'assurance collective frauduleuses.

Soumettre une demande de règlement qui contient de l'information erronée, incomplète ou trompeuse est considéré comme un crime lorsque le Participant soumet cette demande consciemment et avec l'intention de frauder l'assureur et la police d'assurance collective.

L'assureur se réserve le droit de vérifier les demandes de règlement à toute étape pour fraude ou fausse déclaration, même après qu'un paiement ait été émis.

Si l'assureur détermine qu'un Participant ou une Personne à charge a soumis une demande de règlement qui contient des renseignements faux ou trompeurs, l'assureur aura le droit, à sa seule discrétion, d'en aviser le Titulaire de la police, de refuser la demande de règlement ou d'exiger un remboursement si la

CONDITIONS GÉNÉRALES

demande a déjà fait l'objet d'un paiement. De plus, nonobstant toute autre disposition de la police collective, l'assureur aura le droit de mettre fin à l'assurance du Participant en vertu de la police collective, y compris toute assurance des Personnes à charge du Participant, et aura le droit de poursuivre en justice le Participant et/ou la Personne à charge conformément aux lois provinciales ou fédérales.

PROCESSUS D'APPEL

Dans le cas où l'assureur a pris la décision de refuser ou de mettre fin à une demande de règlement ou d'assurance en vertu de la police collective, ce refus ou cette fin de demande de règlement ou d'assurance peut être appelé, en autant que ce droit d'appel est exercé dans les 60 Jours de la date de la lettre initiale de refus ou de fin de demande de règlement ou d'assurance.

L'appel doit être fait par écrit et doit mentionner les fondements de l'appel, toute information nouvelle qui supporte l'appel et toute autre information qui pourrait être exigée par l'assureur.

DÉPENSES

Sauf si expressément prévu autrement dans la police collective, le Participant est le seul responsable des dépenses et coûts liés directement ou indirectement à la soumission d'une demande de règlement, d'une preuve d'une demande de règlement, de toute forme d'appel ou de toute autre obligation que le Participant a en vertu de la police collective, y compris mais sans se limiter à la soumission de toute demande de règlement ou appel, ou à la réquisition de tout rapport médical, dossier clinique, résultat de test ou de tout autre information.

BÉNÉFICIAIRE

Le bénéficiaire du Participant doit être la ou les personnes désignées par le Participant, par écrit, pour recevoir la prestation en cas de décès payable en vertu de la garantie Assurance vie du Participant et, s'il y a lieu, de la garantie Assurance décès et mutilation accidentels du Participant, de la garantie Assurance vie facultative du Participant et de la garantie Assurance facultative de décès et mutilation accidentels du Participant. Si le Participant ne désigne aucun bénéficiaire, toute prestation en cas de décès, qui devient payable en vertu des garanties susmentionnées, est versée à sa succession.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Toutes les prestations, autres que celles prévues par la garantie Assurance vie du Participant, la garantie Assurance décès et mutilation accidentels du Participant, la garantie Assurance vie facultative du Participant et la garantie Assurance facultative de décès et mutilation accidentels du Participant, sont payables seulement au Participant, ou à sa succession, si le Participant est décédé au moment du paiement des prestations.

Le Participant peut désigner un bénéficiaire ou changer le bénéficiaire désigné en signant à cet effet une déclaration écrite, sous réserve des dispositions de la loi.

L'assureur n'est pas responsable de la convenance ou de la validité de la désignation de bénéficiaire ni du changement de bénéficiaire.

Si le Participant a nommé un bénéficiaire en vertu de l'ancienne police collective du Titulaire de police, cette désignation s'appliquera à la protection d'assurance prévue par la police collective, à moins que le Participant n'ait changé sa désignation par écrit auprès de l'assureur. Le Participant doit vérifier la désignation de bénéficiaire effectuée en vertu de l'ancienne police collective du Titulaire de police pour s'assurer qu'elle reflète ses intentions actuelles à l'égard de son assurance.

La police collective renferme une disposition qui supprime ou restreint le droit des Personnes assurées de désigner des personnes auxquelles ou au profit desquelles des sommes assurées sont payables.

DROIT D'EXAMEN DE DOSSIER ET D'ENQUÊTE DE L'ASSUREUR

L'assureur, à ses propres frais et sa seule discrétion, aura droit, au moment et le nombre de fois qu'il le juge nécessaire, de :

- a) Exiger tout examen médical, psychiatrique, physiologique, fonctionnel, professionnel ou tout autre examen d'un Participant ou de toute Personne assurée pour qui une demande de règlement a été soumise. L'assureur peut désigner, à sa seule discrétion, un Médecin, un Spécialiste, un fournisseur de soins de santé ou tout autre examinateur pour cet examen. Le Participant ou la Personne à charge interrogé doivent se conformer aux modalités et conditions d'un examen qui sont requis par un tel examinateur; et
- b) Exiger une autopsie, lorsque ce n'est pas interdit par la loi.

CONDITIONS GÉNÉRALES

L'assureur se réserve le droit d'obtenir les notes et dossiers cliniques ou tout autre rapport de tout Médecin ou Spécialiste, y compris mais sans s'y limiter, d'un psychologue, d'un psychiatre, d'un fournisseur de soins de santé ou de tout autre examinateur qui a traité, examiné ou évalué un Participant qui a soumis une demande de règlement ou une Personne assurée pour qui une demande a été soumise. Le Participant ou la Personne assurée doivent coopérer pleinement avec l'assureur pour l'obtention de tout dossier ou rapport.

L'assureur, à ses frais et à sa seule discrétion, aura droit de procéder à toute enquête ou à tout interrogatoire sous serment d'un Participant ayant soumis une demande de règlement ou de toute personne pour laquelle une demande de règlement a été soumise, qu'une poursuite ait été intentée par cette personne ou par le Participant, ou non.

SUBROGATION

Si des prestations sont payables en vertu de la police collective à l'égard d'un Participant ou d'une Personne à charge d'un Participant et que cette personne a le droit de présenter une réclamation en dommages-intérêts contre une personne ou une organisation, l'assureur sera subrogé au recours du Participant ou de la Personne à charge contre ladite personne ou organisation jusqu'à concurrence des prestations payées ou payables à l'avenir.

Sans limiter la généralité de cette disposition, le terme «dommages-intérêts» comprend toute somme forfaitaire ou tout paiement périodique reçu en contrepartie de :

- a) Toute perte passée, présente ou future de salaire, rémunération ou Revenu; et
- b) Toute autre prestation payable ou payée en vertu de la police collective.

Le Participant ou la Personne à charge devra rembourser à l'assureur toute somme jusqu'à concurrence des prestations payées ou payables dans le futur en vertu de la police collective à même les dommages-intérêts obtenus en première instance ou avant le procès par quelque forme de règlement que ce soit, que le Participant ou la Personne à charge ait été pleinement indemnisé ou non, pour sa perte.

Si le Participant ou la Personne à charge touche des dommages-intérêts en une somme forfaitaire, que ce soit sous forme de règlement ou par ordonnance du tribunal, et qu'aucune répartition n'a été prévue dans le règlement quant aux prestations payées ou payables par l'assureur, l'assureur se fera rembourser, à

CONDITIONS GÉNÉRALES

même les dommages-intérêts obtenus, le plein montant de toute prestation qui a été payée au Participant ou à la Personne à charge. L'assureur a également le droit de se faire rembourser un montant, déterminé par l'assureur, qui reflète raisonnablement la valeur des prestations futures qui seraient payables au Participant ou à la Personne à charge en vertu de la police collective. Le montant récupéré par l'assureur à cet égard ne doit pas dépasser le montant des dommages-intérêts ou du règlement obtenu par le Participant ou la Personne à charge. Ce droit de remboursement s'applique quelles que soient les dispositions du règlement ou de l'allocation convenue entre le Participant ou la Personne à charge et le tiers.

Si le Participant ou la Personne à charge omet de rembourser l'assureur conformément à la police collective, l'assureur cessera de verser des prestations jusqu'à ce qu'il ait récupéré :

- a) Le montant total des prestations payées au Participant ou à la Personne à charge; et
- b) Un montant qui reflète raisonnablement, tel que déterminé par l'assureur, le montant total ou la valeur des prestations futures qui seraient payables au Participant ou à la Personne à charge.

Le montant récupéré par l'assureur à cet égard ne doit pas dépasser le montant des dommages-intérêts ou du règlement brut obtenu par le Participant ou la Personne à charge.

L'assureur aura également le droit de réclamer directement du Participant ou de la Personne à charge toute somme payée en trop, faute de remboursement, ou d'exercer tout autre droit ou recours qu'il pourrait avoir en vertu de la police collective ou en vertu de la loi.

Le Participant doit aviser l'assureur aussitôt qu'une action comportant une réclamation en dommages-intérêts contre un tiers est intentée par lui ou par une Personne à sa charge. Le Participant ou la Personne à charge doit informer l'assureur de tout jugement ou règlement à l'issue d'une réclamation en dommages-intérêts contre un tiers et lui fournir des copies de tous les documents pertinents, de toute procédure écrite et de tout sommaire. Le Participant ou la Personne à charge doit veiller à ce que le droit de subrogation de l'assureur soit mentionné dans tout recours contre un tiers et doit donner à son avocat l'instruction de collaborer entièrement avec l'assureur. L'assureur ne peut être tenu responsable des frais juridiques ou des frais en ce qui concerne l'avancement de son recours subrogatoire à moins qu'il ait expressément accepté ces frais et dépenses par écrit à l'avance. L'assureur se réserve le droit

CONDITIONS GÉNÉRALES

de retenir les services d'un avocat et d'exercer son droit de subrogation contre le tiers et, à cet égard, le Participant ou la Personne à charge et son avocat doivent accorder leur entière collaboration à l'assureur dans le cadre de son recours.

Les demandes de subrogation de l'assureur ne doivent pas être réglées ni compromises de quelque manière que ce soit sans son consentement écrit préalable. Aucun règlement à l'égard d'une réclamation contre un tiers ne lie l'assureur s'il n'a pas donné son consentement préalable et, le cas échéant, l'assureur se réserve le droit de présenter une réclamation directement au Participant ou à la Personne à charge, conformément aux droits qui lui sont conférés en vertu de la police collective ou de la loi.

SOMMES PAYÉES EN TROP

Si l'assureur détermine que des prestations ont été payées en trop, le Participant ou toute autre personne à qui ces prestations ont été payées en trop est tenu de rembourser l'assureur immédiatement et en totalité, dès que l'assureur requiert un tel remboursement.

Dans le cas où les sommes payées en trop ne sont pas remboursées, l'assureur aura droit, à sa seule discrétion et en plus de tout autre recours légal à sa disposition, de recouvrer ces sommes payées en trop en réduisant toute prestation d'assurance vie ou toute autre prestation payable en vertu de la police collective, qu'elle soit payable au Participant, sa succession, ses Personnes à charge, ses survivants admissibles ou ses bénéficiaires, jusqu'à 100 % du montant dû des sommes payées en trop.

RESTRICTIONS RELATIVES AUX ACTIONS EN JUSTICE

Aucune action ni procédure judiciaire visant l'assureur ne peut être déposée dans les 60 Jours qui suivent immédiatement la date à laquelle une preuve écrite de demande de règlement est transmise à l'assureur conformément aux modalités et conditions de la police collective.

Toute action ou procédure contre un assureur pour le recouvrement des sommes assurées payables en vertu de la police collective est absolument interdite, sauf si elle est intentée dans le délai prévu par la loi intitulée *Loi sur les assurances* ou par toute législation similaire applicable (p. ex. : *Loi de 2002 sur la prescription des actions*, [Ontario]; Code civil du Québec [Québec]) dans la province du Participant.

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

Si le Participant décède alors qu'il est assuré par la présente garantie, l'assureur s'engage à verser au bénéficiaire le capital assuré indiqué au Tableau sommaire, sous réserve de toutes les modalités et conditions de cette garantie et de la police collective.

Dans le cas d'un Participant atteint d'une Maladie en phase terminale pour laquelle il a une espérance de vie inférieure à 12 mois, un montant égal à 50 % du capital assuré, ou 50 000 \$, selon le moindre des deux, peut être versé au Participant, sous réserve de l'approbation de l'assureur.

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

Catégorie : 571

Invalidité totale et Totalement invalide signifie que le Participant est, en raison d'une Maladie ou d'un Accident, incapable d'exercer de façon continue tout Emploi rémunérateur, tel que déterminé par l'assureur.

Sauf tel qu'expressément autorisé par la disposition du Programme de réadaptation de la police collective ou tel qu'expressément approuvé par l'assureur, si un Participant entreprend toute occupation, tout emploi, ou toute autre activité générant une compensation ou un profit, il sera réputé ne plus être Totalement invalide.

Les éléments suivants ne seront pas pris en considération pour déterminer l'Invalidité totale :

- a) La disponibilité d'un Emploi rémunérateur; et
- b) La perte, la révocation, le retrait ou le non-renouvellement d'une licence ou de tout autre permis ou certification, professionnel ou de travail, requis pour exercer un tel Emploi rémunérateur.

Emploi rémunérateur signifie toute occupation, tout emploi ou toute autre activité générant une compensation ou un profit, pour lequel le Participant est raisonnablement qualifié (ou pourrait le devenir) de par sa formation, son éducation ou son expérience, et qui lui permettrait de gagner au moins 70 % de son Revenu brut mensuel indexé avant l'Invalidité totale.

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

DROIT DE TRANSFORMATION

Le Participant dont l'assurance vie est résiliée au moment de son 65^e anniversaire de naissance ou avant en raison de la fin de :

- a) Son emploi; ou
- b) Son appartenance au groupe; ou
- c) Sa police collective et qui n'a cessé d'être assuré par une garantie d'assurance vie offerte par le Titulaire de la police depuis au moins 5 ans,

peut transformer en tout ou en partie son assurance vie en une police d'assurance vie individuelle sans avoir à fournir des preuves d'assurabilité.

Le Participant peut choisir de transformer son assurance vie en un des types d'assurance suivants :

- a) Permanente; ou
- b) Temporaire à 65 ans; ou
- c) Assurance temporaire un an et transformable en assurance permanente ou temporaire à 65 ans à la fin de la période de un an.

Le montant pouvant être transformé en une police d'assurance vie individuelle comprendra tous les montants d'assurance vie pour lesquels le Participant était assuré en vertu de la présente garantie, d'une garantie d'assurance vie facultative et de toute autre police d'assurance collective établie par l'assureur et n'excédera pas le moindre :

- a) Du montant choisi par le Participant; ou
- b) Du montant pour lequel le Participant était assuré immédiatement avant la fin de son assurance; ou
- c) De la différence entre le montant pour lequel le Participant était assuré immédiatement avant la fin de son assurance et le montant auquel il est admissible en vertu d'une nouvelle police d'assurance vie collective; ou
- d) 200 000 \$ (400 000 \$ pour les Participants qui résident dans la province de Québec).

La police d'assurance vie individuelle ne contient aucune garantie d'invalidité ni de prestation de décès ou mutilation accidentels, et la prime est basée sur les taux de l'assureur alors en usage et qui sont applicables, selon le type et le montant de telle police et selon le sexe et l'âge atteint par le Participant.

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

La police individuelle n'est établie que si une demande écrite à cet effet et si un dépôt couvrant la prime mensuelle d'une police temporaire un an sont reçus par l'assureur dans les 31 Jours suivant la date de la fin de l'assurance vie du Participant et ne prend effet qu'à l'expiration de cette période.

Advenant le décès d'un Participant pendant la période de 31 Jours suivant la date de la fin de son assurance vie, l'assureur paie un montant égal au montant d'assurance vie qui aurait pu être transformé, peu importe que le Participant ait ou non demandé de transformer son assurance vie en une police individuelle.

EXONÉRATION DES PRIMES

(Cette disposition ne s'applique pas aux Retraités)

- a) Un Participant qui devient Totalement invalide est admissible à l'exonération du paiement des primes en vertu de la présente garantie s'il répond à chacune des conditions suivantes :
- i) Le Participant est âgé de moins de 65 ans à la date du début de son Invalidité totale; et
 - ii) Le Participant est devenu Totalement invalide selon la définition de la présente garantie, avant toute cessation de son emploi et alors qu'il était assuré en vertu de la présente garantie; et
 - iii) Le Participant est Totalement invalide de façon continue depuis au moins 6 mois; et
 - iv) La preuve de son Invalidité totale, jugée satisfaisante par l'assureur, doit être soumise à l'assureur dans les 12 mois du début de l'Invalidité totale.
- b) Le montant d'assurance auquel l'exonération du paiement de la prime s'applique sera celui qui était en vigueur sur la vie du Participant à la date du début de l'Invalidité totale; ce montant sera assujéti à toutes réductions et cessation indiquées au Tableau sommaire, en vertu de la présente garantie ou aux Conditions générales de la police collective, et qui auraient été applicables au Participant s'il avait été Effectivement au travail.

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

- c) L'exonération des primes du Participant débute le Jour suivant une période d'Invalidité totale continue de 6 mois.
- d) Le Participant dont les primes sont exonérées en vertu de cette disposition doit soumettre à l'assureur des preuves de son Invalidité totale aussi souvent que l'assureur peut raisonnablement l'exiger.
- e) L'exonération des primes d'un Participant cessera à la première des dates suivantes :
 - i) La date à laquelle le Participant cesse d'être Totalement invalide; ou
 - ii) La date à laquelle le Participant omet de se soumettre à un examen conformément aux termes et conditions de la police collective, lorsqu'exigé par l'assureur; ou
 - iii) La date à laquelle le Participant prend sa retraite ou atteint l'âge normal de la retraite aux termes du régime de retraite de l'Employeur, mais sans jamais dépasser l'âge de 65 ans; ou
 - iv) La date à laquelle le Participant atteint l'âge de cessation indiqué au Tableau sommaire relativement à la garantie Assurance vie du Participant, le cas échéant; ou
 - v) La date à laquelle le Participant omet de soumettre une preuve d'Invalidité totale demandée par l'assureur; ou
 - vi) La date à laquelle le Participant plaide coupable ou est reconnu coupable d'une infraction pour laquelle il est détenu dans un pénitencier, une prison, un établissement correctionnel, un établissement de psychiatrie criminelle ou toute autre institution similaire; ou
 - vii) La date à laquelle le Participant refuse de participer ou de coopérer de façon active ou continue à un Programme de réadaptation, lorsqu'exigé par l'assureur.
- f) Si, à la date à laquelle l'exonération des primes prend fin pour le Participant, ce dernier n'est pas admissible à être assuré en vertu de la garantie Assurance vie du Participant, il pourra exercer son Droit de transformation conformément à la présente garantie.

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

RÉDUCTIONS

Le capital assuré est réduit tel que spécifié au Tableau sommaire. Le capital assuré est également assujéti à toutes réductions applicables indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

CESSATION

L'assurance en vertu de la présente garantie se termine telle qu'indiquée au Tableau sommaire, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Y compris les Médicaments prescrits pour les résidents des provinces hors Québec

L'assureur s'engage à rembourser les frais médicaux définis aux présentes découlant d'une blessure, d'une Maladie ou d'une grossesse et ayant été engagés alors que la Personne assurée était couverte par la présente garantie, sous réserve de toutes les modalités et conditions de cette garantie et de la police collective.

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

Appareils thérapeutiques ou appareils médicaux : Appareils couramment utilisés selon les normes du fabricant et reconnus spécifiquement pour le traitement immédiat d'une condition pathologique suite à une Maladie ou un Accident, tels que les appareils pour le contrôle de la douleur, le prolongement de la physiothérapie et l'administration d'un médicament, les appareils d'assistance respiratoire et de diagnostic, excluant les appareils orthopédiques et les stéthoscopes.

Chirurgie d'un jour : Chirurgie effectuée dans un Hôpital ou dans une clinique externe affiliée à un Hôpital et nécessitant une anesthésie locale, régionale ou générale, à l'exclusion de toute chirurgie mineure pouvant être effectuée dans le bureau du Médecin.

Dentiste généraliste : Un dentiste licencié qui exerce sans spécialité à l'intérieur de sa profession.

Franchise : La Franchise est la part du coût des frais couverts qui doit être défrayée par la Personne assurée. Le montant de la Franchise exigible, le cas échéant, est indiqué au Tableau sommaire.

Hospitalisation et Hospitalisé : L'occupation d'une chambre d'Hôpital à titre de patient alité admis, pour laquelle des frais de chambre et d'hébergement ont été facturés en lien avec l'Hospitalisation. Un séjour de plus de 24 heures sous surveillance à l'urgence, même sans émission de facture, est considéré comme une Hospitalisation. La Chirurgie d'un jour est considérée comme une période d'Hospitalisation.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Médicament (d'origine ou générique) : S'il est fait mention de ces deux types de médicament, le Médicament d'origine désigne le premier médicament développé et mis sur le marché. Le Médicament générique désigne toute reproduction d'un Médicament d'origine.

Médicalement requis : Généralement accepté et reconnu par la profession médicale canadienne, ou la profession dentaire canadienne, s'il y a lieu, comme étant efficace, approprié et indispensable comme traitement d'une Maladie ou d'une blessure, y compris les blessures résultant d'un Accident conformément aux normes médicales canadiennes, ou aux normes dentaires canadiennes, s'il y a lieu.

Prothèse : Appareil destiné à remplacer, en tout ou en partie, un membre ou un organe.

Remboursement : Le Remboursement représente le pourcentage des frais couverts engagés qui est remboursé par l'assureur après avoir été déduit de la Franchise. Ce pourcentage est indiqué au Tableau sommaire.

Urgence médicale : Un événement soudain et imprévu qui requiert une surveillance médicale immédiate.

HOSPITALISATION DANS LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

Les frais de chambre et pension exigés par un Hôpital dans la province de résidence de la Personne assurée qui sont en excédent du montant remboursé par le régime de soins de santé gouvernemental, jusqu'à concurrence du maximum quotidien indiqué au Tableau sommaire, à condition que :

- a) La Personne assurée occupe une chambre d'Hôpital à titre de patient alité admis; et
- b) Le type d'hébergement ait été demandé de manière spécifique par la Personne assurée; et
- c) La Personne assurée ait été Hospitalisée pour des soins ponctuels et non pour des soins chroniques ou pour des soins liés à une convalescence.

La chirurgie d'un jour est considérée comme une période d'Hospitalisation.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE ENGAGÉS HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

Un Participant qui choisit l'option Exemption bénéficie de la présente couverture si ce dernier s'absente pour des raisons professionnelles seulement.

Les frais pour les services et l'équipement énumérés dans la présente garantie seront couverts, jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué au Tableau sommaire, lorsque ces derniers sont engagés à la suite d'une Urgence médicale qui survient alors que la Personne assurée était hors de sa province de résidence, à condition que :

- a) La Personne assurée soit assurée en vertu de l'Assurance maladie complémentaire au moment où l'Urgence médicale survient; et
- b) L'Urgence médicale est survenue au cours des premiers 90 Jours consécutifs de l'absence de la Personne assurée de sa province de résidence.

Par contre, si l'absence est due au fait que la Personne assurée fréquente à temps plein une institution d'enseignement agréée, l'Urgence médicale survienne durant l'année scolaire au cours de laquelle la Personne assurée était inscrite à une institution d'enseignement; et

- c) La Personne assurée se soit absentée pour des raisons professionnelles, pour des vacances ou pour fréquenter à temps plein une institution d'enseignement agréée; et
- d) Les services et l'équipement aient dû être fournis avant le retour de la Personne assurée dans sa province de résidence afin de ne pas nuire à sa santé.

Les services et les équipements suivants reçus en raison d'une Urgence médicale seront couverts :

- a) Les soins reçus d'un Médecin;
- b) L'hébergement dans un Hôpital tel que prévu à la disposition Hospitalisation dans la province de résidence;
- c) Les services de nature médicale, les équipements et les appareils fournis lors d'une Hospitalisation;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- d) Le diagnostic, les services d'imagerie médicale et de laboratoire;
- e) Les services paramédicaux fournis lors d'une Hospitalisation;
- f) Les fournitures et les services fournis en clinique externe;
- g) Les médicaments;
- h) Les fournitures et les appareils médicaux fournis hors de l'Hôpital;
- i) Le transport professionnel en ambulance de la Personne assurée vers l'Hôpital le plus proche qui possède l'équipement nécessaire afin de fournir le traitement médical requis;
- j) Les honoraires de chirurgiens dentistes pour des soins dentaires d'urgence requis à la suite d'un traumatisme externe, lorsqu'il y a endommagement des dents naturelles et saines n'ayant subi aucun traitement ou pour réduction de fracture ou dislocation de la mâchoire. Le traitement doit débiter alors que la Personne assurée est couverte et se terminer dans les 6 mois suivant la date de l'Accident. Le montant remboursable est de 2 000 \$ par Accident par Personne assurée.

Pour les services paramédicaux, les médicaments et les appareils médicaux, seuls ceux qui auraient été couverts dans la province de résidence de la Personne assurée le seront s'ils ont été fournis à l'extérieur de la province de résidence en raison d'une Urgence médicale.

Restrictions quant aux frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence

Si la Personne assurée doit être Hospitalisée hors de sa province de résidence en raison d'une Urgence médicale, la Personne assurée est tenue de communiquer avec le service d'assistance médicale désigné par l'assureur aussitôt que la Personne assurée est raisonnablement en mesure de le faire après le début de son Hospitalisation. Le manquement à remplir cette condition peut mener au refus de l'assureur de prendre en charge la demande de règlement de la Personne assurée ou à la restriction de la demande de règlement résultant, directement ou indirectement, de l'Urgence médicale.

De plus, si, lors d'une Urgence médicale, l'assureur est d'avis que la Personne assurée peut être rapatriée dans sa province de résidence sans nuire à sa santé et que la Personne assurée refuse d'être rapatriée, l'assureur ne remboursera

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

par la suite aucuns frais engagés par la Personne assurée en raison de l'Urgence médicale.

Aucune protection ne sera fournie en vertu de cette garantie pour les frais engagés à la suite d'une Urgence médicale si :

- a) L'état de santé de la Personne assurée n'était pas stable avant que l'absence de sa province de résidence débute; et
- b) L'Urgence médicale résulte directement ou indirectement de cet état de santé.

L'assureur détermine ce que stable signifie. Dans cette évaluation, l'assureur peut prendre en considération, y compris, mais sans s'y limiter, les facteurs médicaux suivants :

- a) L'état de santé;
- b) Un traitement médical, un examen, une consultation ou une Hospitalisation;
- c) L'augmentation ou la détérioration de tout symptôme ou de tout problème de santé;
- d) Un changement de médication ou de traitement médical;
- e) Un traitement médical ou un examen médical prévu, ou pour lequel des résultats sont en attente, pour tout symptôme ou tout problème de santé;

dans une période de 90 Jours précédant cette absence.

Prolongation de la couverture pour les Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence

La présente garantie est automatiquement prolongée, sans frais, à la fin de la période maximale de 90 Jours consécutifs par voyage :

- a) jusqu'à concurrence de 24 heures lorsque le retour à la maison de la Personne assurée est reporté en raison d'un retard du transporteur ou à la suite d'un Accident de la route ou d'un problème mécanique survenu sur le véhicule personnel de la Personne assurée alors que celle-ci y prenait place et retournait vers son point de départ (la demande doit être accompagnée des pièces justificatives); ou

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- b) pendant la durée de l'hospitalisation et les 24 heures qui suivent la sortie de l'hôpital de la Personne assurée; ou
- c) jusqu'à concurrence de 72 heures lorsque le retour au lieu de résidence est reporté à cause d'une Maladie de la Personne assurée ayant débuté dans les 24 heures qui précèdent la date prévue de retour et nécessitant d'urgence des soins médicaux.

FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS AU CANADA, AUTRES QUE CEUX ENGAGÉS EN RAISON D'UNE URGENCE MÉDICALE À L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

Les frais médicaux couverts sont les suivants, jusqu'à concurrence des maximums prévus au Tableau sommaire :

- a) Les médicaments (y compris les auxiliaires anti-tabagisme, les contraceptifs oraux, les médicaments injectables, les médicaments pour le traitement de la fertilité ou de l'infertilité, les médicaments contre la dépendance, les produits anesthésiants, les sérums et les vaccins) qui sont délivrés par un pharmacien et qui ne peuvent être obtenus que sur l'ordonnance d'un fournisseur de soins de santé qui est légalement autorisé à prescrire des médicaments, à l'exception des produits exclus à la disposition Exclusions et réductions de la présente garantie.

Les médicaments prescrits par la loi tels que, mais non limités, aux médicaments d'entretien pris sur une base quotidienne, durant une période prolongée, pour le traitement d'un problème de santé continu, tels que les médicaments pour le traitement de l'asthme, du diabète, de l'hypertension artérielle, du taux de cholestérol élevé, pourvu qu'ils soient prescrits par un fournisseur de soins de santé qui est légalement autorisé à prescrire de tels médicaments et qu'ils soient délivrés par un pharmacien.

L'équipement lié à l'injection d'insuline tels les aiguilles, les seringues, les lancettes et le matériel pour des tests de diagnostic.

Pour les résidents du Québec, ces frais médicaux sont en excédent de ceux de la garantie Assurance médicaments Québec.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Restrictions quant à l'exécution des ordonnances

La quantité de médicaments pouvant être distribuée pour toute ordonnance sera limitée à la quantité suffisante pour une période pouvant aller jusqu'à 100 Jours.

Certains médicaments, communément appelés «médicaments d'exception dans la liste RAMQ», sont couverts pour les indications thérapeutiques et aux conditions déterminées par le règlement applicable au Régime général d'assurance-médicaments. Un médicament d'exception est celui qui requiert une autorisation préalable de l'assureur.

Certains médicaments devront être pré-autorisés par l'assureur avant leur utilisation. Pour ces médicaments, la Personne assurée devra demander à son Médecin traitant de fournir à l'assureur de l'information sur son état de santé, les traitements précédents et les raisons médicales qui justifient la prise du médicament.

Dans le cadre de son processus de préautorisation, l'assureur peut demander qu'un médicament soit acheté par l'entremise du réseau de pharmacies privilégiées qui a été approuvé par l'assureur. Si la Personne assurée choisissait d'utiliser une autre pharmacie, le montant remboursé à la Personne assurée sera basé sur le montant qui aurait été facturé par le réseau de pharmacies approuvé par l'assureur. L'assureur ne sera pas responsable de tout montant en excès du montant qui aurait été remboursé si la Personne assurée avait utilisé le réseau de pharmacies approuvé.

L'assureur se réserve le droit d'exclure la couverture de n'importe quel médicament lorsqu'il détermine, à sa seule discrétion, que ce médicament cause ou pourrait causer un changement significatif dans le risque assuré en vertu de la police collective ou un changement significatif en général dans le risque pour l'assureur.

Si le médicament est un Médicament d'origine qui possède un équivalent générique, le montant remboursable sera fondé sur le coût du médicament interchangeable le moins cher. Cependant, si la Personne assurée fournit des preuves satisfaisantes à l'assureur indiquant que, pour une raison médicale valable confirmée par son Médecin traitant, elle doit prendre le Médicament d'origine, l'assureur effectuera le Remboursement en fonction du coût du médicament prescrit admissible.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Comme il est stipulé ci-dessus, le médicament interchangeable le moins cher comprendra, sans s'y limiter :

- i) Un médicament de relais pour le Médicament d'origine considéré comme interchangeable par la loi; ou
 - ii) Un produit biologique ultérieur.
- b) Les services fournis au domicile de la Personne assurée par un infirmier autorisé ou par un infirmier auxiliaire, à condition que :
- i) Les services rendus soient prescrits par un Médecin et approuvés au préalable par l'assureur;
 - ii) Les services soient Médicalement requis;
 - iii) Les services soient de l'ordre de ceux fournis par un infirmier autorisé ou par un infirmier auxiliaire; et
 - iv) L'infirmier autorisé ou l'infirmier auxiliaire ne possède aucun lien de parenté avec la Personne assurée et ne demeure pas avec elle normalement.
- c) Le service ambulancier professionnel pour le transport en cas d'Urgence médicale jusqu'à l'Hôpital le plus proche équipé pour fournir les traitements nécessaires ou pour le transport depuis l'Hôpital, lorsque l'état de la Personne assurée empêche l'utilisation d'un autre moyen de transport.
- d) Frais de séjour dans un établissement de soins de santé autorisé à fournir des soins de réadaptation ou de convalescence pourvu que :
- i) La Personne assurée soit sous la supervision régulière d'un Médecin ou d'un infirmier autorisé; et
 - ii) Le séjour ait été recommandé par un Médecin; et
 - iii) Le séjour commence dans les 14 Jours suivant la fin d'une période d'Hospitalisation; et
 - iv) Le séjour ait pour but la réadaptation ou la convalescence.

Toutefois, les frais de séjour pour des soins de réadaptation ou de convalescence en raison d'abus de drogue ou d'alcool ou de dépendance à ces substances ne sont pas remboursés.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- e) Frais pour les examens de laboratoire et les services d'imagerie médicale à des fins de diagnostic (tels que, sans toutefois s'y limiter, les radiographies, les tomodensitométries, les échographies et les résonances magnétiques, y compris les tests de type *Procrea* et les électrocardiogrammes) autres que les frais de radiographies d'un praticien de soins paramédicaux, pourvu que :
- i) La couverture de ces examens et services ne soit pas interdite par une législation provinciale;
 - ii) Les examens et services soient effectués dans un établissement autorisé à effectuer de tels examens et services; et
 - iii) Les examens et les services aient été nécessaires au diagnostic d'une Maladie ou d'une blessure ou afin de déterminer l'efficacité du traitement prescrit ou reçu;
- f) Frais pour la location ou, au choix de l'assureur, pour l'achat de l'équipement et du matériel médicaux suivants, à condition qu'ils soient prescrits par un Médecin :
- i) Oxygène, tente à oxygène et fournitures pour l'administration d'oxygène
 - ii) Appareil d'aérosolthérapie, tente d'inhalation, nébuliseurs pour la fibrose kystique, l'emphysème aigu, une bronchite obstructive chronique ou l'asthme chronique
 - iii) Prothèses oculaires y compris les réparations et les remplacements
 - iv) Bras, main et pied artificiels, excluant les prothèses myoélectriques et les prothèses électriques, y compris les réparations et les remplacements
 - v) Fauteuils roulants manuels ou fauteuils roulants électriques, lorsque la Personne assurée n'est pas en mesure de conduire un fauteuil roulant manuel en raison d'un état médical
 - vi) Lits d'Hôpital à commande manuelle ou lits d'Hôpital à commande électrique, lorsque la Personne assurée n'est pas en mesure d'utiliser un lit d'Hôpital à commande manuelle en raison d'un état médical, y compris les côtés et les trapèzes pour lit
 - vii) Moniteurs d'apnée pour les dysrythmies respiratoires

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- viii) Appareils de contrôle (dextromètres, glucomètres, réflectomètres) et appareils d'administration liés au diabète (pompes à insuline), sauf l'équipement lié à l'injection d'insuline tels les aiguilles, les seringues, les lancettes et le matériel pour des tests de diagnostic
- ix) Neurostimulateurs percutanés ou transcutanés
- x) Tensiomètres
- xi) Respirateur médical à pression positive intermittente
- xii) Respirateur médical à pression positive continue
- xiii) Prothèses mammaires
- xiv) Soutiens-gorge chirurgicaux
- xv) Bas élastiques médicaux (de 15mmHg et plus) prescrits pour le traitement des varices
- xvi) Stérilets
- xvii) Diaphragmes
- xviii) Lunettes à la suite d'une intervention chirurgicale pour des cataractes
- xix) Lentilles cornéennes à la suite d'une intervention chirurgicale pour des cataractes
- xx) Lentilles intraoculaires à la suite d'une intervention chirurgicale pour des cataractes
- xxi) Appareils orthopédiques avec soutien rigide; soutiens dorsaux; harnais d'épaule; licous et collets cervicaux
- xxii) Attelles, autres que des attelles dentaires, et plâtres
- xxiii) Cannes, béquilles et cadres de marche
- xxiv) Bandes herniaires
- xxv) Prothèses capillaires requises à la suite d'une chimiothérapie
- xxvi) Injections sclérosantes (excluant l'administration)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

xxvii) Appareil et matériel pour une colostomie, une iléostomie ou une urostomie

xxviii) Cathéters

g) Les soins dentaires donnés hors de l'Hôpital par un Dentiste généraliste et rendus nécessaires par suite d'un Accident aux dents naturelles, saines et entières, à condition que :

i) l'Accident soit survenu alors que la Personne assurée était couverte par la présente garantie;

ii) les soins soient les moins dispendieux qui puissent être fournis pour un traitement professionnel adéquat;

iii) les frais ne dépassent pas le montant indiqué pour le traitement dans le barème d'honoraires provincial en vigueur pour les Dentistes généralistes dans la province de résidence du Participant; et

iv) les soins soient reçus au cours des 12 mois qui suivent la date de l'Accident.

Tous les frais dentaires qui ne sont pas directement liés à l'Accident ne seront pas couverts;

h) Les frais de Prothèses auditives ou autres dispositifs connexes (y compris les réparations et les remplacements, mais pas les piles) et les services professionnels d'un audioprothésiste, par suite de l'achat de la Prothèse ou d'un dispositif connexe, s'ils sont prescrits par un Médecin ou un audiologiste;

i) Les frais engagés dans un établissement où l'on traite la toxicomanie, l'alcoolisme et la dépendance au jeu (y compris les coûts d'hébergement et des soins infirmiers) pourvu que :

i) la Personne assurée soit traitée pour toxicomanie, alcoolisme ou dépendance au jeu dans l'établissement;

ii) l'établissement soit autorisé légalement à fournir des soins et des traitements sur une base régulière à ceux qui sont aux prises avec des problèmes de toxicomanie, d'alcoolisme ou de dépendance au jeu et que l'établissement soit géré conformément aux lois du territoire où il est situé; et

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- iii) l'assureur ait approuvé l'établissement avant que les frais ne soient engagés.
- j) Les frais de chirurgie esthétique rendue nécessaire à la suite d'un Accident survenu alors que la personne était assurée, à la condition que les traitements débutent dans les 12 mois de la date de l'Accident et se terminent dans les 36 mois de cette date.
- k) Honoraires pour des soins paramédicaux donnés par l'un des praticiens énumérés au Tableau sommaire (y compris les frais de radiographies, s'il est fait mention que ces frais sont couverts au Tableau sommaire), fournis par un praticien dûment autorisé par un organisme provincial ou fédéral responsable à pratiquer sa profession dans les limites définies par les règles de cette profession.

Si les services du praticien sont couverts par le régime de soins de santé provincial, aucune protection ne sera fournie en vertu de cette garantie pour tous les montants payables pour ces services en vertu du régime provincial.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

La présente garantie ne couvre pas les frais suivants :

- a) Payables ou remboursables en vertu d'une loi sur les Accidents du travail ou qui habituellement l'auraient été si une demande de règlement avait été présentée;
- b) Pour une blessure ou une Maladie résultant, directement ou indirectement, de toute blessure que la Personne assurée s'inflige, sauf si les preuves médicales démontrent que la blessure est directement liée à un problème de santé mentale;
- c) Pour une blessure ou une Maladie résultant, directement ou indirectement, d'une agitation civile, d'une insurrection ou d'une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou d'une émeute, d'une invasion, d'envahissements, d'actes ou attaques d'ennemis étrangers, d'hostilités ou de conflits entre nations, de guérillas, de campagnes ou d'opérations militaires, de révoltes, d'insurrections, d'agitations ou de soulèvements populaires, de désordre public, de mutinerie, de piraterie, de terrorisme ou de conspiration.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Toutefois, les événements décrits ci-dessus sont couverts pour les Participants en voyages d'affaires pour l'Employeur, sous réserve d'une prestation maximale de 600 000 \$ par événement, pour l'ensemble des Participants impliqués dans l'événement.

De plus, si le Participant est en voyage pour raisons professionnelles pour l'Employeur dans un pays pour lequel le gouvernement du Canada a émis une recommandation de ne pas y voyager, le séjour est couvert sous réserve d'une prestation maximale de 600 000 \$ par voyage pour l'ensemble des Participants impliqués.

- d) Pour une blessure, une Maladie ou tous frais résultant, directement ou indirectement, de la perpétration d'une infraction en vertu de tout code criminel ou loi similaire dans toute juridiction si la Personne assurée a été inculpée ou déclarée coupable;
- e) Pour tout traitement ou appareil visant à corriger la dimension verticale, ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire;
- f) Pour tous les soins ou traitements qui ne sont pas Médicalement requis, qui sont donnés dans un but esthétique ou dans un but autre que curatif, qui excèdent les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapie, ou un traitement de nature expérimentale;
- g) Pour tous les soins ou traitements inscrits dans le cadre d'un programme de recherche et de développement de produit dont l'usage n'est pas recommandé par le fabricant ou n'est pas conforme aux normes gouvernementales;
- h) Pour tous les soins ou traitements pour une blessure ou une Maladie qui ne sont pas reconnus d'usage courant, usuel et coutumier pour une telle blessure ou Maladie;
- i) Pour la partie des frais en excédent des frais raisonnables et courants normalement engagés dans la région où les soins sont donnés, pour une blessure ou une Maladie de même nature et de gravité équivalente;
- j) Pour les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou ceux qui ne sont pas à la charge de la Personne assurée;
- k) Pour tout voyage de santé ou cure de repos;
- l) Pour l'examen des yeux, sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- m) Pour les lunettes et les lentilles cornéennes, sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;
- n) Pour tous les soins ou traitements reliés à la fertilité ou l'infertilité, sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;
- o) Pour l'achat ou la location de tout appareil de confort, de massage et d'accessoires domestiques qui ne sont pas requis exclusivement pour un usage médical;
- p) Pour l'achat d'aliments ou de suppléments nutritifs, avec ou sans ordonnance d'un fournisseur de soins de santé, sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;
- q) Pour l'achat de services ou de fournitures ayant pour seul objet de faciliter la participation de la Personne assurée dans des sports ou la mise en forme ou l'entraînement (sauf si expressément indiqué comme étant couvert en vertu de la présente garantie) ou des activités de loisirs, et non pour des activités quotidiennes;
- r) Pour tous les soins et traitements (y compris la lutte contre la dépendance) pour des états tels que l'obésité, le tabagisme, la toxicomanie, l'alcoolisme et la dépendance au jeu, sans toutefois s'y limiter et sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;
- s) Pour les vaccins de nature préventive et l'administration de sérums, de vaccins et de médicaments injectables, sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;
- t) Pour les contraceptifs (autres qu'oraux), sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;
- u) Pour les produits suivants, à moins qu'ils ne puissent être obtenus que sur l'ordonnance d'un fournisseur de soins de santé qui est légalement autorisé à les prescrire et devant être délivrés par un pharmacien :
 - produits pour l'entretien des lentilles cornéennes;
 - protéines ou suppléments diététiques, acides aminés;
 - aliments pour bébés;
 - rince-bouches, pansements et pastilles;
 - shampooings, huiles, crèmes;
 - produits de toilette, y compris les savons et les émoullients;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- substances adoucissantes et protectrices pour la peau;
 - vitamines, suppléments vitaminiques ou multivitamines;
 - minéraux;
 - produits homéopathiques;
 - produits naturels (NPN);
 - stéroïdes anabolisants;
- v) Pour les médicaments visant à améliorer la qualité de vie, tels que les médicaments liés aux problèmes de dysfonction érectile, d'infertilité, de perte des cheveux ou de manque de croissance, sans toutefois s'y limiter et sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;
- w) Les frais engagés par toute Personne assurée qui est engagée à temps plein dans les forces armées de tout pays;
- x) Les frais engagés pour une vasectomie ou une ligature des trompes, ainsi que les services ou fournitures relatifs au port d'un appareil dans l'exercice d'un sport;
- y) Les frais engagés pour des examens de santé périodiques ou les examens demandés par un tiers;
- z) Les frais engagés par un médecin pour son déplacement, les frais de rendez-vous manqués, les frais de transport, les frais de location d'une chambre ou les frais de consultation par téléphone ou par tout autre moyen de communication;
- aa) Pour les médicaments dont la couverture est exclue par l'assureur en vertu de la disposition Restrictions quant à l'exécution des ordonnances de la présente garantie;
- bb) Pour les médicaments sur ordonnance dispensés par une clinique ou une pharmacie non accréditée d'un Hôpital ou pour les traitements ambulatoires, y compris les médicaments dits d'urgence ou de recherche;
- cc) Pour les soins ou traitements reçus hors de la province de résidence en raison d'une situation d'Urgence médicale liée (i) à une grossesse, le faux travail, l'accouchement ou les complications en résultant, si l'Urgence médicale survient après la 32^e semaine de grossesse ou (ii) au déclenchement volontaire d'un avortement;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- dd) Pour les soins ou traitements reçus hors de la province de résidence en raison d'une situation d'Urgence médicale liée à un Accident survenu lors de la participation de la Personne assurée à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteurs ou à tout genre d'épreuve de vitesse, au vol plané ou à voile, à l'alpinisme (routes grades 4 ou 5 selon l'échelle de la Fédération Québécoise de la montagne et de l'escalade), au parachutisme en chute libre ou non, de même qu'au saut à l'élastique (bungy jumping).
- ee) Pour les soins ou traitements reçus hors de la province de résidence en raison d'une situation d'Urgence médicale liée à l'abus de médicaments ou à la consommation de drogue, de même que la conduite d'un véhicule moteur, d'un aéronef ou d'un bateau alors que la Personne assurée est sous l'influence d'une drogue quelconque ou que son taux d'alcool est supérieur à 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang.
- ff) Pour tous les soins ou traitements prodigués par un fournisseur de soins de santé ou un fournisseur de services qui :
- i) A été accusé d'avoir commis une faute professionnelle ou d'avoir eu recours à des pratiques déloyales; ou
 - ii) Fait l'objet d'une enquête menée par un organisme officiel relativement à une loi ou à un règlement; ou
 - iii) Fait l'objet d'une enquête menée par l'assureur relativement à sa conduite professionnelle ou à sa pratique; ou
 - iv) Exerce une profession qui n'est pas réglementée par un organisme de réglementation fédéral ou provincial reconnu de façon officielle et compétent dans le territoire où les services ont été fournis; ou
 - v) Selon l'avis raisonnable de l'assureur, ne satisfait pas aux standards de l'assureur relatifs à sa conduite professionnelle ou à sa pratique; ou
 - vi) Est un employé, un entrepreneur, un dirigeant ou un membre de
 - Toute entreprise, tout groupe ou toute association dont il est fait mention dans les sous-paragraphes i) à v); ou
 - Toute entité qui est affiliée ou liée à telle entreprise, tel groupe ou telle association.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Le montant de la prestation est diminué de toute prestation payable ou remboursable (i) en vertu d'un régime gouvernemental, collectif ou individuel, ou qui habituellement l'aurait été si une demande de règlement avait été soumise par la Personne assurée en vertu d'un tel régime ou (ii) par une tierce partie en raison d'une poursuite ou d'un règlement.

CALCUL DU REMBOURSEMENT

Franchise

La Franchise, s'il y a lieu, doit être payée par la Personne assurée durant l'Année civile, avant que des prestations soient payables en vertu de la présente garantie. Le montant de la Franchise exigible est indiqué au Tableau sommaire.

Report de la Franchise

Si la Franchise a été acquittée en tout ou en partie par le paiement des frais couverts engagés au cours des 3 derniers mois d'une Année civile, le montant des frais couverts engagés au cours de ces 3 derniers mois, et qui ont été utilisés pour acquitter la Franchise pour cette Année civile, sera reporté et utilisé pour acquitter la Franchise de l'Année civile suivante.

Remboursement

L'assureur rembourse le pourcentage des frais couverts engagés, tel qu'indiqué au Tableau sommaire, lorsque la Franchise a été acquittée.

Maximum par Personne assurée

Le montant maximum que rembourse l'assureur en vertu de la présente garantie est indiqué au Tableau sommaire.

Coordination des prestations

Si la Personne assurée est admissible à recevoir des prestations en vertu de la présente garantie et de toute autre garantie couvrant des frais pour soins, services ou fournitures qui ont été engagés pour des soins ou des traitements médicaux ou découlant de ceux-ci, les prestations seront coordonnées de façon à ne pas excéder les frais réellement engagés. L'expression «garantie» désigne

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

toute garantie qui prévoit des prestations pour soins, services ou fournitures en vertu de :

- i) Tout régime d'assurance collective, individuelle ou familiale, d'assurance voyage, d'assurance des débiteurs ou des épargnants; et
- ii) Tout régime pris en charge par l'État; et
- iii) Tout régime d'avantages sociaux non assuré.

PRESTATION DE SURVIVANT

Si le Participant décède tandis qu'il est assuré par la présente garantie ou avant toute prolongation de l'assurance telle que prévue à la disposition Prolongation des prestations, l'assurance en vertu de cette garantie sera maintenue pour ses Personnes à charge qui étaient assurées par la présente garantie au moment du décès, sans paiement de primes, jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) 3 mois après le décès du Participant; ou
- b) La date à laquelle l'assurance des Personnes à charge aurait pris fin si le Participant avait été vivant; ou
- c) La date de résiliation de la garantie.

PROLONGATION DES PRESTATIONS

Si à la date à laquelle l'assurance d'une Personne assurée en vertu de la présente garantie se termine et que la Personne assurée est Invalide, une prestation sera payable pour les frais de soins médicaux couverts qui sont directement liés à l'invalidité, à condition que :

- a) Les frais soient engagés dans les 90 Jours suivant la date à laquelle l'assurance a été interrompue; et
- b) Cette garantie soit en vigueur lorsque les frais sont engagés.

Tel que stipulé dans la présente disposition, Invalide et Invalidité signifient :

- a) En ce qui concerne un Participant, son incapacité totale, en raison d'une Maladie ou d'une blessure, d'effectuer tout travail pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de sa scolarité, de sa formation ou de son expérience; et

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- b) En ce qui concerne une Personne à charge, que cette Personne à charge est Hospitalisée ou reçoit un traitement donné par un Médecin en raison d'un handicap physique ou mental pouvant être déterminé du point de vue médical.

DROIT DE TRANSFORMATION

Le Participant dont l'assurance en vertu de cette police est résiliée en raison de la fin de :

- a) Son emploi, ou
b) Son appartenance au groupe,

peut transformer sa garantie d'Assurance maladie complémentaire en un contrat d'assurance maladie individuelle sans avoir à fournir des preuves d'assurabilité à l'assureur.

Le contrat d'assurance maladie individuelle qui sera établi respectera les taux et les conditions générales déterminés par l'assureur.

Le Participant doit présenter une demande et payer toutes les primes exigées relativement au contrat d'assurance maladie individuelle dans un délai de 60 Jours suivant la date de terminaison de son assurance en vertu de la police collective. Si aucune demande n'est présentée et aucune prime n'est payée dans un tel délai de 60 Jours, le Participant ne pourra être assuré en vertu du contrat d'assurance maladie individuelle.

Le contrat d'assurance maladie individuelle prendra effet à la date à laquelle la demande et la prime auront été reçues par l'assureur.

CESSATION

L'assurance en vertu de la présente garantie se termine telle qu'indiquée au Tableau sommaire, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE

Un Participant qui choisit l'option Exemption en Assurance maladie complémentaire bénéficie de la présente couverture si ce dernier s'est absenté pour des raisons professionnelles uniquement.

Les services décrits ci-après seront fournis s'ils sont liés à une Urgence médicale ou à une urgence personnelle survenue alors que la Personne assurée est à l'extérieur de sa province de résidence, à condition que :

- a) La Personne assurée soit assurée par la garantie Assurance maladie complémentaire au moment où survient l'Urgence médicale ou l'urgence personnelle; et
- b) L'Urgence médicale ou l'urgence personnelle survienne au cours des premiers 90 Jours consécutifs de l'absence de la Personne assurée de sa province de résidence.

Par contre, si l'absence est due au fait que la Personne assurée fréquente à temps plein une institution d'enseignement agréée, l'Urgence médicale ou l'urgence personnelle survienne durant l'année scolaire au cours de laquelle la Personne assurée était inscrite à une institution d'enseignement; et

- c) La Personne assurée se soit absentée pour des raisons professionnelles, pour des vacances ou pour fréquenter à temps plein une institution d'enseignement agréée; et
- d) Les services et l'équipement aient dû être fournis avant le retour de la Personne assurée dans sa province de résidence afin de ne pas nuire à sa santé; et
- e) En cas d'Urgence médicale, l'urgence soit couverte en vertu de la disposition Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence de la garantie Assurance maladie complémentaire.

Les services seront fournis par le fournisseur de services d'assistance médicale de l'assureur. La Personne assurée est tenue de contacter le fournisseur de services d'assistance médicale pour faire la demande de services en cas d'urgence.

L'assureur se réserve le droit de refuser une demande de règlement si la Personne assurée n'a pas contacté le fournisseur de services d'assistance

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE

médicale le plus rapidement possible en cas de consultation médicale ou d'Hospitalisation.

En l'absence de contre-indication médicale, l'assureur peut exiger le rapatriement de toute Personne assurée ou son transfert à un lieu de traitement différent. Le rapatriement doit être recommandé et planifié par le fournisseur de services d'assistance médicale. Le refus de suivre une recommandation de rapatriement libère l'assureur de toute responsabilité relativement aux frais engagés par la suite.

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

Chirurgie d'un jour : Chirurgie effectuée dans un Hôpital ou dans une clinique externe affiliée à un Hôpital et nécessitant une anesthésie locale, régionale ou générale, à l'exclusion de toute chirurgie mineure pouvant être effectuée dans le bureau du Médecin.

Famille immédiate : Le Conjoint, le père, la mère, un Enfant, un frère ou une sœur de la Personne assurée.

Urgence médicale : Un événement soudain et imprévu qui requiert une surveillance médicale immédiate.

SERVICES D'ASSISTANCE MÉDICALE

Les services médicaux suivants sont disponibles en cas d'Urgence médicale :

- a) Accès à un service téléphonique Jour et nuit
 - Le fournisseur de services d'assistance médicale donne accès, à n'importe quelle heure du Jour ou de la nuit et ce, 365 Jours par année, à un service téléphonique où un personnel multilingue permettra de mettre la Personne assurée en contact avec un réseau de spécialistes pouvant s'occuper de l'urgence.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE

b) Soins médicaux

Le fournisseur de services d'assistance médicale a les responsabilités suivantes :

- Si la Personne assurée n'est pas en mesure de localiser un Médecin ou un Hôpital, diriger cette personne vers un Médecin ou un Hôpital approprié.
- Organiser des consultations avec des Médecins ou des Spécialistes afin d'obtenir les meilleurs soins médicaux disponibles dans la région, à la demande de la Personne assurée.
- Aider à l'admission dans un Hôpital.
- Confirmer, aux Médecins et aux Hôpitaux, que l'assurance collective de la Personne assurée couvrira les frais médicaux de la Personne assurée.

c) Transport médical

Le fournisseur de services d'assistance médicale a les responsabilités suivantes :

- Organiser et payer le transport ou le transfert de la Personne assurée à un Hôpital par tout moyen approprié recommandé par le Médecin traitant, ceci en accord avec le fournisseur de services d'assistance médicale.
- Organiser et payer le rapatriement de la Personne assurée à son domicile ou jusqu'à un Hôpital près de son domicile après le traitement initial, par tout moyen de transport adéquat et à la condition que son état de santé le nécessite et le permette. Le fournisseur de services d'assistance médicale organise et contrôle le rapatriement par le mode de transport le plus approprié : avion-ambulance, hélicoptère, avion de ligne commerciale, train ou ambulance.

d) Paiement des dépenses médicales et avance de fonds

- Le fournisseur de services d'assistance médicale prend les arrangements nécessaires au paiement des dépenses médicales

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE

couvertes en vertu de la disposition Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence de la garantie Assurance maladie complémentaire.

- Si cela s'avère nécessaire pour que la Personne assurée reçoive des soins médicaux, le fournisseur de services d'assistance médicale avance des fonds, après accord préalable de l'assureur, jusqu'à concurrence de 10 000 \$, en monnaie légale du Canada.
- Le fournisseur de services d'assistance médicale paiera les frais inhérents (stationnement, télévision, téléphone, etc.) à une Hospitalisation, sur présentation de pièces justificatives, jusqu'à un maximum de 100 \$ par Hospitalisation.
- Le fournisseur de services d'assistance médicale paiera les frais inhérents aux honoraires d'un chirurgien dentiste pour un traitement d'urgence pour soulager la douleur, jusqu'à concurrence d'un maximum de 200 \$ par Personne assurée.

e) Rapatriement de la dépouille mortelle

- À la suite du décès de la Personne assurée, le fournisseur de services d'assistance médicale s'occupe des formalités à accomplir et du paiement de tous les frais liés au transport du corps jusqu'au lieu d'inhumation dans sa province de résidence, de crémation ou d'enterrement sur place, jusqu'à concurrence de 7 500 \$. Les frais d'obsèques ne sont pas payés.
- Le fournisseur de services d'assistance médicale paiera les frais de voyage aller-retour en classe économique pour un membre de la Famille immédiate de la Personne assurée aux fins d'identification de la dépouille mortelle avant le transport, la crémation ou l'enterrement sur place.

f) Retour des enfants à charge

- Le fournisseur de services d'assistance médicale organise le rapatriement des Enfants de la Personne assurée qui ont moins de 16 ans et sont privés de surveillance en raison de l'Hospitalisation de la Personne assurée. De plus, le fournisseur de services d'assistance médicale prend les dispositions nécessaires pour

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE

organiser et régler le transport en classe touriste des Enfants accompagnés, au besoin, à leur lieu de résidence habituel. Si les billets de voyage de retour ne sont pas périmés, seul le supplément du billet de retour est pris en charge, déduction faite de la valeur des billets.

g) Retour d'une Personne assurée ou d'un membre de la Famille immédiate

- Le fournisseur de services d'assistance médicale organise le rapatriement de la Personne assurée ou de tout membre de la Famille immédiate ayant perdu l'usage de son billet d'avion en raison de l'Hospitalisation ou du décès de la Personne assurée. Le fournisseur de services d'assistance médicale prend les dispositions nécessaires pour organiser et régler le transport en classe touriste de la Personne assurée ou d'un membre de la Famille immédiate à son lieu de résidence habituel. Si les billets de voyage de retour ne sont pas périmés, seul le supplément du billet de retour est pris en charge, déduction faite de la valeur des billets.

h) Visite d'un membre de la Famille immédiate

- Le fournisseur de services d'assistance médicale organise et règle le transport aller-retour en classe touriste d'un membre de la Famille immédiate à des fins de visite si la Personne assurée est Hospitalisée pour une durée minimum de 7 Jours consécutifs et si ladite visite est bénéfique à la Personne assurée, d'après l'avis du Médecin traitant.

i) Frais de subsistance pour le logement et les repas

- Si le retour est reporté à la suite de l'Hospitalisation d'une Personne assurée pour une durée de plus de 24 heures, ou en raison de son décès, les frais de subsistance engagés, en raison de ce délai, par elle, par un membre de la Famille immédiate l'accompagnant ou par un membre de la Famille immédiate lors d'une visite, dans les circonstances définies au paragraphe h) sont remboursables, jusqu'à concurrence d'un maximum quotidien de 150 \$ par personne et d'un Remboursement global de 3 000 \$ (maximum de 20 Jours).

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE

Le fournisseur de services d'assistance médicale rembourse les frais reliés au logement et aux repas sur réception de reçus explicatifs.

- j) Retour du véhicule
- Le fournisseur de services d'assistance médicale verse une allocation maximale de 1 000 \$ pour le retour du véhicule de la Personne assurée, qu'il soit privé ou loué, à la résidence de la Personne assurée ou à l'agence de location appropriée la plus proche.
- k) Médicaments en cas d'urgence
- Lorsque la Personne assurée ne peut trouver sur place un médicament indispensable à la poursuite d'un traitement en cours, le service d'assistance médicale effectue les démarches nécessaires à la recherche et à l'envoi de ces médicaments. Le coût du médicament devra être défrayé par la Personne assurée à moins que le médicament ne soit couvert en vertu de l'Assurance maladie complémentaire.

SERVICES D'ASSISTANCE VOYAGE EN CAS D'URGENCE PERSONNELLE

Les services suivants sont fournis lors d'une situation d'urgence personnelle :

- a) Service téléphonique de traduction
- En cas d'urgence, le fournisseur de services d'assistance médicale met à la disposition de la Personne assurée des services d'interprète pour les appels téléphoniques dans la plupart des langues étrangères.
- b) Service de transmission et de garde de messages
- En cas d'urgence, le fournisseur de services d'assistance médicale transmet, sur demande, un message de la Personne assurée à son domicile, à son bureau ou ailleurs, ou conserve pendant 15 Jours les messages qui sont destinés à la Personne assurée ou aux membres de sa Famille immédiate.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE

c) Assistance juridique

- En cas d'urgence de cet ordre, le fournisseur de services d'assistance médicale assiste la Personne assurée afin d'obtenir de l'aide juridique locale au besoin et l'aide également à obtenir une avance de fonds en espèces sur ses cartes de crédit ou par l'entremise de sa famille et de ses amis afin d'acquitter les frais de contentieux et de cautionnement.

d) Information-voyage

- Le fournisseur de services d'assistance médicale transmet avant, pendant et après le voyage de la Personne assurée, de l'information relative au transport, aux vaccinations et aux précautions à prendre.

e) Perte de bagages ou de documents

- Si la Personne assurée égare ou se fait voler ses bagages ou documents de voyage, le fournisseur de services d'assistance médicale aide la Personne assurée à contacter les autorités compétentes.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

En plus des exclusions et réductions énumérées dans la disposition des Exclusions et réductions de l'Assurance maladie complémentaire, les Services d'urgence prévus en vertu de la présente garantie sont assujettis aux restrictions, exclusions, modalités et conditions qui s'appliquent à la section Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence de l'Assurance maladie complémentaire.

RESPONSABILITÉ

Le fournisseur de services d'assistance médicale et l'assureur sont dégagés de toute responsabilité quant aux retards ou aux empêchements à fournir l'assistance médicale dans les cas suivants : grève, guerre civile ou étrangère, invasion, intervention de puissances ennemies, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non), rébellion, insurrection, acte de terrorisme, opération militaire

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE

ou coup d'État, émeute ou mouvement populaire, retombées radioactives ou tout autre cas de force majeure.

Les Médecins, hôpitaux, cliniques, avocats et autres praticiens ou établissements autorisés à qui le fournisseur de services d'assistance médicale réfère des Personnes assurées sont des entrepreneurs indépendants et de ce fait ils agissent pour leur propre compte, plutôt qu'en qualité d'employés, d'agents ou de subordonnés du fournisseur de services d'assistance médicale ou de l'assureur.

En outre, le fournisseur de services d'assistance médicale et l'assureur déclinent toute responsabilité à l'égard d'actes professionnels ou de carences imputables à des Médecins, hôpitaux, cliniques, avocats ou autres praticiens ou établissements autorisés vers lesquels le fournisseur de services d'assistance médicale dirige la Personne assurée.

REMBOURSEMENT

Si une avance de fonds est fournie pour couvrir des frais engagés ou défrayés et que le Participant soumet ces frais à l'assureur sous forme de dépenses couvertes en vertu de la garantie Assurance maladie complémentaire à une date ultérieure, l'assureur ne rembourse au Participant qu'un montant, moindre que celui ayant fait l'objet d'une avance de fonds ou remboursé pour ces dépenses, sous réserve de la Franchise et du niveau de Remboursement applicable aux dites dépenses.

Si une avance de fonds est fournie pour couvrir des frais engagés ou défrayés et que (i) ces frais ne constituent pas une dépense couverte en vertu de la disposition Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence de l'Assurance maladie complémentaire ou que (ii) le montant ayant fait l'objet d'une avance de fonds ou qui a été remboursé est en excédent de la responsabilité de l'assureur en vertu de la police collective, le Participant est responsable de rembourser, à l'assureur, le montant de l'avance de fonds ou le montant en excédent, selon le cas, dans les 90 Jours de son retour dans sa province de résidence. À défaut de rembourser le montant de l'avance de fonds ou le montant en excédent, l'assureur se réserve le droit de réduire de futures demandes de règlement pour frais médicaux ou autres demandes de règlement faites par le Participant ou ses Personnes à charge en vertu de la police collective en fonction du montant dû.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE

PROLONGATION AUTOMATIQUE DE LA GARANTIE

La présente garantie sera automatiquement prolongée, sans frais, à la fin de la période maximum de 90 Jours consécutifs par voyage :

- Jusqu'à concurrence de 24 heures lorsque le retour à la maison est reporté en raison d'un retard du transporteur ou à la suite d'un accident de la route ou d'un problème mécanique survenu sur le véhicule personnel de la Personne assurée alors que celle-ci en prenait place et retournait vers son point de départ (la demande doit être accompagnée des pièces justificatives); ou
- Pendant l'Hospitalisation et les 24 heures qui suivent la sortie de l'hôpital de la Personne assurée; ou
- Jusqu'à concurrence de 72 heures lorsque le retour à la maison est reporté en raison d'une Maladie contractée par la Personne assurée ayant débuté 24 heures avant la date de retour prévue et requérant des soins médicaux d'urgence.

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

L'assureur s'engage à rembourser les frais de la Personne assurée pour les soins dentaires engagés alors que la Personne assurée était couverte par la présente garantie, sous réserve de toutes les modalités et conditions de cette garantie et de la police collective.

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

Dentiste généraliste : Un dentiste licencié qui exerce sans spécialité à l'intérieur de sa profession.

Dentiste spécialiste : Une personne spécialisée dans une des branches de la médecine dentaire et légalement licenciée par l'organisme provincial responsable.

Denturologiste : Une personne dûment autorisée par l'organisme provincial responsable à vendre et ajuster des prothèses dentaires.

Frais engagés : Les frais qui correspondent à un acte professionnel déjà posé. Les frais ne sont considérés comme étant engagés qu'une fois le traitement effectué, même si un Programme de traitement a été soumis à l'assureur et approuvé par ce dernier.

Dans le cas de prothèses dentaires, les frais ne sont considérés comme étant engagés qu'une fois la mise en place effectuée.

Franchise : La Franchise est la part du coût des frais couverts qui doit être défrayée par la Personne assurée. Le montant de la Franchise exigible, le cas échéant, est indiqué au Tableau sommaire

Hygiéniste dentaire : Une personne dûment autorisée par l'organisme provincial responsable à travailler à titre de praticien spécialisé dans le nettoyage des dents et qui renseigne le patient sur les soins d'hygiène nécessaires à une bonne santé buccodentaire.

Médicalement requis : Généralement accepté et reconnu par la profession médicale canadienne, ou la profession dentaire canadienne, s'il y a lieu, comme étant efficace, approprié et indispensable comme traitement d'une Maladie ou d'une blessure, y compris les blessures résultant d'un Accident, conformément aux normes médicales canadiennes, ou aux normes dentaires canadiennes, s'il y a lieu.

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

Remboursement : Le Remboursement représente le pourcentage des Frais engagés qui est remboursé par l'assureur après avoir été déduit de la Franchise. Ce pourcentage est indiqué au Tableau sommaire.

FRAIS DENTAIRES

Seuls les frais ci-dessous, s'il en est fait mention au Tableau sommaire et si les soins sont donnés par un Dentiste généraliste, ou recommandés par un Dentiste généraliste et donnés par un Dentiste spécialiste ou donnés par un Hygiéniste dentaire, sont considérés comme étant des «frais admissibles».

Soins préventifs et Soins de base

- a) Examens et actes diagnostiques
 - i) Examen complet
 - ii) Examen de rappel (tous les 6 mois)
 - iii) Examen d'un aspect particulier
 - iv) Plan de traitement
 - v) Actes inhabituels ou effectués en cas d'urgence
 - vi) Consultation
 - vii) Visite au domicile, dans un établissement et au cabinet dentaire
- b) Tests et examens de laboratoire
 - i) Cultures bactériologiques
 - ii) Biopsie
 - iii) Examen cytologique
 - iv) Tests de vitalité
 - v) Modèles de diagnostic
- c) Radiographies
 - i) Série complète de pellicules périapicales (tous les 24 mois)
 - ii) Pellicules occlusales
 - iii) Pellicules interproximales (tous les 6 mois)

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

- iv) Pellicules extra-orales
- v) Sialographies
- vi) Pellicule panoramique (tous les 24 mois)
- vii) Substances radiopaques
- d) Soins de prévention
 - i) Détartrage léger (2 unités de temps par Année civile)
 - ii) Prophylaxie (polissage de la partie coronaire des dents) (tous les 6 mois)
 - iii) Application locale de fluorure (tous les 6 mois)
 - iv) Contrôle de la carie
 - v) Démonstration de mesures d'hygiène buccale (une séance à vie)
 - vi) Scellants de puits et fissures
 - vii) Meulage interproximal des dents
 - viii) Programme de contrôle de la plaque dentaire (sous réserve de certaines conditions)
 - ix) Odontotomie prophylactique
- e) Restaurations
 - i) Couronnes polycarbonates - dents primaires
 - ii) Ablation d'une couronne ou d'une incrustation en profondeur
 - iii) Recimentation d'une couronne
 - iv) Amalgame
 - v) Ciment au silicate
 - vi) Résine acrylique ou ciment composite (Au Québec, les restaurations en composite sont couvertes pour les personnes âgées de 10 ans et plus seulement)
 - vii) Couronne en acier inoxydable - dents primaires
- f) Appareils de maintien d'espace par suite de la perte de dents primaires

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

- g) Traitements endodontiques
 - i) Coiffage de pulpe
 - ii) Pulpotomie
 - iii) Traitement de canal
 - iv) Traitements périapicaux
 - v) Traitements d'urgence
 - vi) Amputation de racines
 - vii) Alvéolectomie
 - viii) Pose de bague sur dent pour maintenir un champ opératoire stérile
 - ix) Hémisection
 - x) Élargissement du canal ou de la chambre pulpaire
 - xi) Extraction, obturation apicale et réimplantation intentionnelle
 - xii) Débridement du matériel obturateur
 - xiii) Momification de la pulpe
 - xiv) Meulage et polissage d'une dent traumatisée
 - xv) Meulage sélectif pour soulager une occlusion traumatique
 - xvi) Réimplantation d'une dent avulsée
 - xvii) Reposition d'une dent déplacée par traumatisme
 - xviii) Actes de laboratoire au cabinet du dentiste
- h) Traitements parodontaux
 - i) Actes non chirurgicaux
 - ii) Actes chirurgicaux
 - iii) Traitements post-opératoires
 - iv) Équilibrage occlusal (8 unités de temps par Année civile)
 - v) Détartrage en profondeur (8 unités de temps par Année civile)

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

- vi) Surfaçage radiculaire et curetage gingival
Ces frais sont couverts jusqu'à concurrence de 6 sextants ou 4 quadrants ou jusqu'à concurrence de 28 dents par Année civile. Ils doivent être effectués en entier par le dentiste et ne sont couverts que dans les cas où le sondage des poches parodontales indique 4 mm et plus. Dans tous les cas, les radiographies pertinentes et une charte parodontale doivent être soumises.
- vii) Appareils parodontaux spéciaux (y compris les gouttières occlusales)
- viii) Jumelage provisoire
- ix) Tout traitement ou appareil visant à corriger le bruxisme
- i) Prothèses
 - i) Réparations
 - ii) Addition de dents
 - iii) Regarnissage et rebasage
- j) Actes chirurgicaux
 - i) Ablation (sans complication)
 - ii) Ablation chirurgicale et reposition d'une dent par chirurgie
 - iii) Alvéoplastie
 - iv) Excision
 - v) Incision
 - vi) Frénectomie
 - vii) Dislocations
 - viii) Actes chirurgicaux divers
 - ix) Anesthésie générale
 - x) Extraction de dents incluses
 - xi) Ablation de kystes
- k) Anesthésie (à l'exception de l'anesthésie générale)
 - i) Sédation

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

- l) Prothèses amovibles
 - i) Remontage avec balancement
 - ii) Nettoyage et polissage d'une prothèse
 - iii) Ajustement de prothèses

Si des frais de laboratoire s'appliquent à l'un des procédés des soins préventifs et soins de base, ces frais sont limités à 60 % des honoraires établis pour ce procédé.

Soins majeurs

- a) Frais raisonnables et d'ordre courant suivants :
 - i) Couronnes, incrustations en profondeur et incrustations de surface
 - incrustations métalliques en profondeur
 - couronnes
 - tiges de rétention dans les incrustations en profondeur et les couronnes
 - incrustations en profondeur de porcelaine, sous réserve de certaines conditions
 - couronnes temporaires en acrylique
 - couronnes temporaires en métal (à la chaise), sous réserve de certaines conditions
 - corps coulé
 - ii) Ponts fixes
 - pontiques
 - piliers
 - contention intra-orale à des fins de soudage
 - tiges de rétention dans les piliers
 - ajustement ou jumelage en bouche

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

- iii) Prothèses amovibles complètes et partielles
 - prothèses complètes
 - prothèses partielles
 - prothèses complètes temporaires
 - prothèses partielles temporaires
 - prothèses équilibrées
- iv) Réparations et ajustements
 - réfection de prothèses amovibles partielles
 - réparation de ponts
- v) Chirurgie
 - tubéroplastie
 - réduction de fractures
- vi) Actes complémentaires
 - injections thérapeutiques
- b) Remplacement d'une prothèse amovible, d'un pont, d'une couronne ou d'une incrustation en profondeur ou d'une incrustation de surface si la prothèse amovible, le pont, la couronne, l'incrustation en profondeur ou l'incrustation de surface est en place depuis au moins 5 ans
- c) Remplacement d'un pont ou d'une prothèse amovible si le pont ou la prothèse est temporaire et est remplacé de façon permanente dans les 12 mois qui suivent sa mise en place
- d) Frais de laboratoire
- e) À l'exception des prothèses partielles, les prothèses initiales amovibles ou fixes sont couvertes à la condition d'être requises suite à l'extraction de dents alors que la personne était assurée en vertu d'une garantie similaire dans un autre régime d'assurance collective qui couvrait le remplacement de prothèses partielles et les prothèses initiales amovibles ou fixes.

Si des frais de laboratoire s'appliquent à l'un des procédés des soins majeurs, ces frais sont limités à 60 % des honoraires établis pour ce procédé.

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

En plus des exclusions et réductions décrites dans la disposition des Exclusions et réductions de l'Assurance maladie complémentaire, si une telle assurance est incluse dans la police collective, l'Assurance soins dentaires ne couvre pas les frais :

- a) Directement ou indirectement liés à une reconstruction complète de la bouche, visant à corriger la dimension verticale, ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire;
- b) Relatifs à un appareil que la Personne assurée doit porter dans l'exercice d'un sport ou d'une activité récréative;
- c) Qui sont payables ou remboursables en vertu d'une loi sur les Accidents du travail ou qui habituellement l'auraient été si une demande de règlement avait été soumise;
- d) Pour les services et fournitures qui résultent, directement ou indirectement, de toute blessure que la Personne assurée s'inflige, sauf si les preuves médicales démontrent que la blessure est directement liée à un problème de santé mentale;
- e) Pour les services et fournitures qui résultent, directement ou indirectement, d'une agitation civile, d'une insurrection ou d'une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou d'une émeute;
- f) Pour les services et fournitures qui ne sont pas Médicalement requis, qui sont donnés dans un but esthétique ou pour toute raison autre que curative ou qui excèdent les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique;
- g) Pour les services et fournitures donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou ceux qui ne sont pas à la charge de la Personne assurée;
- h) Pour les implants et les services reliés aux implants tels que, sans toutefois s'y limiter, les services chirurgicaux, sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;
- i) Pour les services et fournitures qui résultent, directement ou indirectement, de la perpétration ou la tentative de perpétration de toute infraction en vertu de tout code criminel ou législation similaire dans toute juridiction, si la Personne assurée a été inculpée ou déclarée coupable.

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

Le montant de la prestation est diminué de toute prestation payable ou remboursable (i) en vertu d'un régime gouvernemental, collectif ou individuel, ou qui habituellement l'aurait été si une demande de règlement avait été soumise par la Personne assurée en vertu d'un tel régime, ou (ii) par une tierce partie en raison d'une poursuite ou d'un règlement.

PROGRAMME DE TRAITEMENT

S'il est prévu que le coût total du traitement dépassera 500 \$, un Programme de traitement doit être soumis à l'assureur qui déterminera, avant le début du traitement, le montant des frais couverts.

Programme de traitement signifie une **description** écrite des traitements nécessaires, selon l'opinion du Dentiste généraliste, ainsi que les radiographies à l'appui de cette opinion, la date probable et le coût prévu de ces traitements.

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Honoraires

Les frais couverts seront remboursés conformément au Guide des honoraires pour l'année indiquée au Tableau sommaire, sous réserve de toute limite indiquée dans la garantie.

Les Frais engagés au Canada, autres que les frais liés aux services rendus par un Denturologiste, sont limités au tarif normal suggéré pour les Dentistes généralistes de la province dans laquelle les frais sont engagés.

Les Frais engagés pour des services rendus par un Denturologiste sont limités aux honoraires normaux suggérés pour les Denturologistes de la province dans laquelle les frais sont engagés.

Les Frais engagés à l'extérieur du Canada sont limités au tarif normal suggéré pour les Dentistes généralistes de la province de résidence du Participant.

Preuves

Avant d'effectuer un Remboursement, l'assureur peut exiger comme preuve à l'appui, sans aucuns frais de sa part, un diagramme complet montrant l'état de la dentition de la Personne assurée avant le début des traitements pour lesquels une demande d'indemnité est faite. L'assureur peut aussi, s'il le juge nécessaire,

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

exiger les rapports de laboratoire ou d'Hôpital, radiographies, plâtres, moules ou modèles à des fins d'étude ou autres preuves semblables.

Autre Programme de traitement

S'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de la Personne assurée, l'assureur rembourse le traitement le moins dispendieux qui donnera un résultat professionnel adéquat compte tenu de la condition de la Personne assurée.

CALCUL DU REMBOURSEMENT

Franchise

La Franchise, s'il y a lieu, doit être payée par la Personne assurée durant l'Année civile, avant que des prestations soient payables en vertu de la présente garantie. Le montant de la Franchise exigible est indiqué au Tableau sommaire.

Report de la Franchise

Si la Franchise a été acquittée en tout ou en partie par le paiement des frais couverts engagés au cours des 3 derniers mois d'une Année civile, le montant des frais couverts engagés au cours de ces 3 derniers mois, et qui ont été utilisés pour acquitter la Franchise pour cette Année civile, sera reporté et utilisé pour acquitter la Franchise de l'Année civile suivante.

Remboursement

L'assureur rembourse le pourcentage des frais admissibles engagés, tel qu'indiqué au Tableau sommaire, lorsque la Franchise a été acquittée.

Maximum par Personne assurée

Le montant maximum remboursé par l'assureur est indiqué au Tableau sommaire.

Coordination des prestations

Si la Personne assurée est admissible à recevoir des prestations en vertu de la présente garantie et de toute autre garantie couvrant des frais pour soins, services ou fournitures qui ont été engagés pour des soins ou des traitements dentaires ou découlant de ceux-ci, les prestations seront coordonnées de façon

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

à ne pas excéder les frais réellement engagés. L'expression «garantie» désigne toute garantie qui prévoit des prestations pour soins, services ou fournitures en vertu :

- i) de tout régime d'assurance collective, individuelle ou familiale, d'assurance voyage, d'assurance des débiteurs ou des épargnants,
- ii) de tout régime pris en charge par l'État, et
- iii) de tout régime d'avantages sociaux non assuré.

PRESTATION DE SURVIVANT

Si le Participant décède tandis qu'il est assuré par la présente garantie ou avant toute prolongation de l'assurance telle que prévue à la disposition Prolongation des prestations, l'assurance en vertu de cette garantie sera maintenue pour ses Personnes à charge qui étaient assurées par la présente garantie au moment du décès, sans paiement de primes, jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) 3 mois après le décès du Participant; ou
- b) La date à laquelle l'assurance des Personnes à charge aurait pris fin si le Participant avait été vivant; ou
- c) La date de cessation de la garantie.

PROLONGATION DES PRESTATIONS

Si l'assurance en vertu de la présente garantie se termine, les frais couverts engagés après la date de cessation ne sont pas payables, même si un Programme de traitement avait été déposé et les prestations approuvées par l'assureur, sauf si le traitement dentaire est effectué dans les 31 Jours suivant la date de cessation de la garantie et qu'à la date de terminaison,

- a) L'impression pour des prothèses complètes ou partielles a été prise, mais les prothèses n'ont pas encore été installées; ou
- b) La dent a été préparée pour des ponts fixes, des couronnes, des incrustations, des oppositions ou des aurifications; ou
- c) La chambre pulpaire a été ouverte en vue d'un traitement radiculaire.

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

DROIT DE TRANSFORMATION

Le Participant dont l'assurance soins dentaires est résiliée en raison de la fin de :

- a) Son emploi, ou
- b) Son appartenance au groupe,

peut transformer son Assurance soins dentaires en un contrat d'assurance soins dentaires individuelle sans avoir à fournir des preuves d'assurabilité à l'assureur, à condition qu'il transforme également son Assurance maladie complémentaire. Si l'Assurance maladie complémentaire n'est pas convertie, le Participant ne pourra convertir son Assurance soins dentaires.

Le contrat d'assurance soins dentaires individuelle qui sera établi respectera les taux et les conditions générales déterminés par l'assureur.

Le Participant doit présenter une demande et payer toutes les primes exigées relativement au contrat d'assurance soins dentaires individuelle dans un délai de 60 Jours suivant la date de cessation de son assurance en vertu de la police collective. Si aucune demande n'est présentée et aucune prime n'est payée dans un tel délai de 60 Jours, le Participant ne pourra être assuré en vertu du contrat d'assurance soins dentaires individuelle.

Le contrat d'assurance soins dentaires individuelle prendra effet à la date à laquelle la demande et la prime auront été reçues par l'assureur.

CESSATION

L'assurance en vertu de la présente garantie se termine telle qu'indiquée au Tableau sommaire, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

COPIE DU CONTRAT ET DES DOCUMENTS D'ADHÉSION

Un Participant peut demander à l'assureur de lui remettre une copie de la police collective, de son formulaire d'adhésion et de tout document écrit (fourni comme preuves d'assurabilité) qui peut avoir été remis à l'assureur relativement à son assurance en vertu de la police. L'assureur fournira au Participant la première copie de la police, le formulaire d'adhésion et tous les documents écrits pertinents, et ce, sans frais. Des copies additionnelles peuvent être obtenues moyennant des frais établis par l'assureur.

COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT

Demands de règlement pour les garanties Assurance maladie complémentaire et Assurance soins dentaires

Afin de profiter d'un traitement accéléré, le Participant peut transmettre ses demandes de règlement de l'une ou l'autre des façons suivantes, si celles-ci sont offertes dans le cadre de son régime d'assurance collective :

- ♦ en ligne sur notre site sécurisé *Espace client*, accessible via [ia.ca](#);
ou
- ♦ [via iA Mobile](#)

Le Participant peut également remplir le formulaire correspondant, y joindre l'original des reçus, le cas échéant, et transmettre le tout à l'adresse suivante :

Pour les Participants résidant au Québec

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
Assurance collective - Service des règlements maladie/dentaire
C.P. 800, succursale Maison de la Poste
Montréal (Québec) H3B 3K5

Pour les Participants résidant à l'extérieur du Québec

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
Assurance collective - Service des règlements maladie/dentaire
C.P. 4643, succursale A
Toronto (Ontario) M5W 5E3

Il est important que le Participant conserve une copie de ses reçus. De plus, le Participant devrait conserver une copie du calcul détaillé des prestations qui sera joint à ses chèques de remboursement. Le Participant peut avoir besoin de ces documents pour établir la coordination de ses prestations avec un autre assureur ou pour sa déclaration de revenus.

COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT

AVIS IMPORTANT

pour les personnes hospitalisées hors de leur province de résidence

La Personne assurée est tenue de communiquer avec le fournisseur du service d'assistance médicale de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (ci-après « la Société ») aussitôt qu'elle est raisonnablement en mesure de le faire après le début de son Hospitalisation, sans quoi la Société peut refuser la demande de règlement de la Personne assurée ou y apporter des restrictions.

Appel du Canada ou des États-Unis	1 800 203-9024	(sans frais)
Appel d'un autre pays	514 499-3747	(appel à frais virés)

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

L'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (ci-après « la Société ») tient à protéger la confidentialité des renseignements personnels obtenus sur tout Participant et ses Personnes à charge dans le cadre de services fournis en vertu du régime collectif établi pour le Titulaire de la police. La Société reconnaît et respecte le droit de toute personne à sa vie privée et à la confidentialité des renseignements qui la concernent.

Dès l'adhésion du Participant au régime collectif, la Société ouvre un dossier confidentiel pour y consigner tout renseignement personnel obtenu à l'égard du Participant. Ce dossier sera conservé aux bureaux de la Société.

Ne peuvent avoir accès au dossier que les employés, les représentants et les fournisseurs de services de la Société qui en ont besoin dans l'exercice de leurs attributions, ainsi que les personnes qui ont reçu l'autorisation du Participant, ou qui y sont autorisées par la loi.

À la Société, les renseignements personnels recueillis sont utilisés dans le cadre de services administratifs exigés par le régime collectif. Ces services administratifs comprennent notamment :

- l'établissement de l'admissibilité au régime collectif ou à une quelconque garantie;
- l'inscription des Participants au régime collectif;
- l'évaluation et le règlement des sinistres;
- la sélection des risques (y compris l'établissement des taux applicables au régime collectif).

Droit d'accès du Participant aux renseignements personnels obtenus à son égard

Le Participant a le droit de consulter les données recueillies à son sujet et de demander, par écrit, la correction de toute information inexacte. Le Participant peut en outre demander que toute donnée périmée ou superflue soit supprimée.

Si la Société a au dossier du Participant des renseignements médicaux qu'elle n'a pas obtenus directement de ce dernier, elle ne les communiquera au Participant que par l'entremise de son médecin traitant.

Pour demander l'accès aux renseignements personnels le concernant, ou pour demander qu'on enlève son nom de la liste utilisée à l'intérieur de la Société, le Participant doit communiquer par écrit avec le responsable du droit d'accès à l'information à l'adresse ci-dessous :

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
Responsable du droit d'accès à l'information
1080, Grande Allée Ouest
C.P. 1907, succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 7M3

ASSURANCE DE BASE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

Police n°. 100012339 établie par iA Marchés spéciaux, une division de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

Catégorie 571

PROTECTION

Vous êtes couvert en cas de blessure par suite d'un accident se produisant n'importe où dans le monde, et ce, 24 heures sur 24, que vous soyez au travail ou non.

MONTANT D'ASSURANCE

Votre montant d'assurance (capital assuré) est égal au montant assuré sous votre police d'assurance vie collective en cours.

ASSURANCE DE BASE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

GARANTIES

Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles

La « perte » ou « perte fonctionnelle » doit se produire dans les 365 jours suivant la date de l'accident. Les prestations, versées sous forme de paiement unique, sont exigibles en sus de celles de toute autre assurance dont l'assuré pourrait bénéficier.

Pour la perte :

de la vie.....	100%
des deux bras ou des deux mains.....	100%
des deux pieds.....	100%
de la vue complète des deux yeux.....	100%
d'une main et d'un pied.....	100%
d'une main et de la vue complète d'un œil.....	100%
d'un pied et de la vue complète d'un œil.....	100%
de la parole et de l'ouïe des deux oreilles.....	100%
d'un bras ou d'une jambe.....	80%
d'une main ou d'un pied.....	75%
de la vue complète d'un œil.....	75%
de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles.....	75%
de l'ouïe d'une oreille.....	66 2/3%
du pouce et de l'index d'une main.....	33 1/3%
de quatre doigts d'une main.....	33 1/3%
de tous les orteils d'un pied.....	25%
Quadriplégie (paralysie complète des membres supérieurs et inférieurs).....	200%
Paraplégie (paralysie complète des deux membres inférieurs).....	200%
Hémiplégie (paralysie complète des membres, supérieur et inférieur, d'un côté du corps).....	200%

ASSURANCE DE BASE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

Adaptation de domicile et de véhicule (15 000 \$)

Si une personne assurée subit une blessure l'obligeant à se déplacer en fauteuil roulant, la Compagnie assume les frais engagés pour des modifications à la résidence principale de l'intéressé et/ou des modifications à un seul véhicule utilisé par cette personne, à condition qu'il s'agisse d'une blessure ouvrant droit à des indemnités en vertu de la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles.

Coma ou État comateux

Si, dans les douze mois de l'accident qui en est la cause, une blessure subie par la personne assurée, sans être mortelle, plonge celle-ci dans un coma ou un état comateux, la Compagnie verse 1% du capital assuré (moins toute somme payée en vertu de la garantie « Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles ») pour chaque mois que dure ce coma ou cet état comateux. Les versements commencent dès la fin du délai de carence de 31 jours et se poursuivent jusqu'à concurrence d'un maximum de 100 mois consécutifs.

Droit de transformation

Sur cessation de son emploi effectif chez le Titulaire de la police, une personne assurée peut obtenir, sans justification d'assurabilité, que son assurance accident soit transformée en police individuelle d'un capital assuré égal ou inférieur à celui en vigueur à la cessation de son emploi. La demande de transformation doit être faite dans une période de 90 jours. Les primes sont payables annuellement par anticipation. Cette garantie est réservée aux assurés qui sont résidents canadiens.

Exonération des primes

Si une personne assurée est frappée d'invalidité totale et que sa demande d'exonération des primes est acceptée et approuvée en vertu du contrat d'assurance vie collective, la Compagnie renonce aux primes exigibles en vertu de la police jusqu'au décès, au rétablissement ou au 65^e anniversaire de l'intéressé, ou jusqu'à la date de résiliation de la police, selon ce qui se produit en premier.

ASSURANCE DE BASE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

Exposition aux éléments et Disparition

Si, par suite d'un accident, une personne assurée est inévitablement exposée aux éléments et qu'en conséquence de cette exposition elle subit, dans les 12 mois suivant la date de l'accident, une perte pour laquelle des indemnités auraient par ailleurs été exigibles en vertu des présentes, ladite perte est réputée être le résultat d'une blessure.

Si une personne assurée disparaît par suite de la destruction accidentelle, du naufrage ou de la disparition du véhicule dans lequel elle voyageait, et que son corps n'est pas retrouvé dans les 12 mois suivant la date de la destruction, du naufrage ou de la disparition, on la présume décédée des suites de ses blessures, à condition qu'il n'y ait aucune preuve du contraire et sous réserve de toute autre disposition de la police.

Formation de reclassement du conjoint (15 000 \$)

Si une personne assurée décède des suites d'une blessure, la Compagnie assume les frais effectivement engagés par le conjoint de la personne décédée pour suivre un programme régulier de formation professionnelle en vue d'obtenir les compétences exigées par un emploi effectif et sans lesquelles il ne saurait avoir toutes les aptitudes requises.

Frais d'obsèques (5 000 \$)

En cas de décès découlant d'une blessure, la Compagnie rembourse les frais d'obsèques réellement engagés. Si la garantie en cause est comprise dans plus d'une police que vous a consentie la Compagnie, les prestations exigibles à cet égard se limitent à celles d'une seule de ces polices.

Hospitalisation (2 500 \$)

Des indemnités quotidiennes correspondant à 1/30ème d'1% de son capital assuré sont versées à la personne assurée pour toute période d'hospitalisation jugée nécessaire pour le traitement d'une blessure entraînant un sinistre assuré en vertu de la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles de la police, celle-ci étant alors en vigueur et sous réserve du montant mensuel maximum indiqué ci-dessus.

Toute période d'hospitalisation exigée pour le traitement d'une blessure autre que celles qui sont énumérées sous la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles sera assurée en vertu des dispositions ci-dessus, à condition que l'hospitalisation soit d'une durée d'au moins 4 jours.

ASSURANCE DE BASE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

Identification de la dépouille (5 000 \$)

Si une personne assurée décède des suites d'une blessure et que l'identification de la dépouille soit requise, la Compagnie assume les frais effectivement engagés par un membre de la famille immédiate pour son hébergement et ses repas ainsi que son transport par le parcours le plus direct, à condition que la dépouille soit à au moins 150 kilomètres du lieu de résidence dudit membre de la famille et que l'identification de la dépouille soit exigée par la police ou quelque organisme analogue chargé de l'application de la loi et ayant autorité en la matière. Si le transport se fait dans un véhicule ou un appareil qui n'est pas autorisé à transporter des passagers contre rémunération, le remboursement des frais de transport se limite à un maximum de 0,35 \$ par kilomètre parcouru.

Indemnités pour préjudice esthétique (25 000 \$)

Si une personne assurée subit une brûlure au troisième degré, la Compagnie paie un pourcentage du capital assuré, déterminé selon la partie du corps ayant été brûlée, conformément au tableau suivant :

Partie du corps	Classification de la surface corporelle (A)	Pourcentage maximum admissible pour la surface brûlée (B)	Pourcentage maximum de capital assuré exigible (C)
		%	%
Visage, cou, tête	11	9	99
Main et avant-bras	5	4,5	22,5
Bras (partie supérieure)	3	4,5	13,5
Torse (poitrine ou dos)	2	18	36
Cuisse	1	9	9
Jambe (sous le genou)	3	9	27

ASSURANCE DE BASE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

Indemnités pour préjudice esthétique (25 000 \$) (Suite...)

Le pourcentage maximal de capital assuré exigible (C) est établi en multipliant la classification de la surface corporelle (A) par le pourcentage admissible maximal pour la surface brûlée (B). Ce tableau ne précise que le pourcentage maximal de capital assuré exigible pour un même accident. Si la personne assurée subit des brûlures à plus d'une partie de son corps par suite d'un même accident, l'indemnité ne peut dépasser le maximum indiqué ci-dessus.

Invalidité permanente et totale

Si une blessure, dans les douze mois de la date de l'accident qui en est la cause, entraîne l'invalidité permanente et totale d'une personne assurée, empêchant ainsi cette dernière d'exercer toute profession et tout emploi - à condition toutefois que cette invalidité ait duré au moins douze mois consécutifs et qu'elle soit toujours totale, ininterrompue et permanente à la fin de cette période - la Compagnie verse le capital assuré moins tout montant déjà payé en vertu de la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles, par suite du même accident.

Majoration pour port de ceinture de sécurité (50 000 \$)

En cas de sinistre assuré en vertu de la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles, le capital assuré est majoré de 10 % si, au moment de l'accident, la personne assurée portait une ceinture de sécurité correctement attachée alors qu'elle conduisait un véhicule ou en était un passager.

Modifications et aménagements spéciaux apportés en milieu de travail (5 000 \$)

Si la personne assurée a besoin d'équipement spécial adapté et/ou de modifications afin d'accommoder son retour au travail actif à plein temps, la Compagnie paiera les dépenses à condition que le Titulaire de la police consente par écrit à apporter les modifications dans le milieu de travail aux fins de le rendre accessible et adapté aux besoins de ladite personne assurée; et que le Titulaire de la police reconnaisse par écrit que le rendement de la personne assurée dans l'exécution des tâches essentielles de son emploi puisse être affecté.

ASSURANCE DE BASE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

Prestation de deuil (1 000 \$)

Si une personne assurée décède par suite d'une blessure, la Compagnie paiera les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés par le conjoint et les enfants à charge pour un maximum de six rencontres de counselling pour les endeuillés avec un conseiller professionnel.

Prestations d'études supérieures (5 000 \$)

Si une personne assurée décède des suites d'une blessure, la Compagnie verse 5 % du capital assuré par année à tout enfant à charge de la personne décédée qui, à la date où s'est produit l'accident, était inscrit comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement postsecondaire (maximum de quatre années). Si, à la date du sinistre, aucun des enfants à charge de la personne assurée n'est admissible à la garantie de Prestations d'études supérieures, la Compagnie verse un supplément de 2 500 \$ au bénéficiaire désigné.

Prolongation d'assurance

L'assurance peut être prolongée pendant toute absence autorisée, tout congé parental ou de maternité, toute mise à pied, grève, lock-out ou invalidité de la personne assurée tel qu'au contrat d'assurance vie collective en cours du Titulaire de la police. Cette prolongation d'assurance est assujettie au paiement ininterrompu des primes.

Psychothérapie (5 000 \$)

Si une personne assurée subit une blessure ouvrant droit à des indemnités en vertu de la garantie « Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles » et pour laquelle elle a par la suite besoin d'une psychothérapie prescrite par un médecin, la Compagnie assume les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés à cet égard.

Rapatriement d'un défunt (15 000 \$)

Si une personne assurée décède des suites d'une blessure, la Compagnie assume les frais engagés pour l'expédition de la dépouille à la ville où résidait la personne qui est décédée.

ASSURANCE DE BASE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

Réadaptation (15 000 \$)

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

Services de garderie (5 000 \$)

Si une personne assurée décède des suites d'une blessure, la Compagnie verse 5 % du capital assuré par année, à concurrence de quatre années consécutives, à l'égard de tout enfant à charge de moins de 13 ans qui, à la date de l'accident ou dans les douze mois suivants, est inscrit à une garderie dûment agréée.

Transport d'un membre de la famille (15 000 \$)

Si une personne assurée ayant subi une blessure ouvrant droit à des indemnités en vertu de la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles est hospitalisée à au moins 100 kilomètres de son lieu de résidence, la Compagnie assume les frais effectivement engagés pour l'hébergement d'un membre de la famille immédiate ainsi que pour son transport par le parcours le plus direct entre son domicile et le lieu d'hospitalisation de la personne assurée. Si le transport se fait dans un véhicule ou un appareil qui n'est pas autorisé à transporter des passagers contre rémunération, le remboursement des frais de transport se limite à un maximum de 0,35 \$ par kilomètre parcouru.

Assurance aérienne limitée

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

- a) tout aéronef muni d'un certificat de navigabilité valide et exploité par une personne ayant une licence de pilote en règle l'autorisant à piloter un tel aéronef;

ASSURANCE DE BASE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

Assurance aérienne limitée (Suite...)

- b) tout type d'aéronef de transport employé par les Forces canadiennes ou par les services de transport analogues de toute autre instance dûment constituée par le gouvernement reconnu d'un État partout dans le monde, à condition que cet aéronef ne soit pas à l'essai ni employé à des fins expérimentales.

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

Assurance aéronef (Passager)

Indépendamment de toute disposition contraire aux présentes, l'assurance consentie en vertu de la présente police inclus l'indemnisation en cas de blessures subies du fait d'avoir en qualité de passager, et non en qualité de pilote ou de membre d'équipage voyagé à bord de, monté ou descendu de, été heurté par ou forcé d'atterrir dans tout aéronef à ailes fixes muni d'un certificat de navigabilité valide et exploité par une personne ayant une licence de pilote en règle l'autorisant à piloter un tel aéronef.

Le complément d'assurance consenti ne s'applique à aucun sinistre, mortel ou autre, causé par ou résultant d'une blessure subie alors que la personne assurée :

- (a) voyageait dans un aéronef au cours de démonstrations de voltige ou d'acrobatie ou de courses aériennes;
- (b) voyageait dans un aéronef au cours de vols d'épandage, d'ensemencement ou de pulvérisation, de vols d'inspection de pipelines ou de lignes de transmission d'énergie, ou de vols servant à toute forme de chasse ou de rabattage de gibier ou de rassemblement du bétail ou de la volaille, au remorquage de panneaux, sauf si la Société y a antérieurement consenti par écrit.

Les exclusions ci-dessus ne s'appliquent pas aux essais d'endurance, de démonstration ou à des fins expérimentales, ni pour transporter des passagers contre rémunération ou pour tout vol exigeant un permis spécial ou une exonération de la part des autorités compétentes en matière d'aviation civile (qu'on ait ou non obtenu ce permis ou cette exonération).

ASSURANCE DE BASE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

EXCLUSIONS

- en cas de service actif à temps plein au sein des forces armées de tout pays;
- en cas de suicide ou de tentative de suicide ou en cas de blessure qu'on s'est intentionnellement infligée, qu'on soit sain d'esprit ou non;
- en cas de vol en qualité de passager ou autre à bord de tout véhicule ou appareil de navigation aérienne sauf selon les dispositions prévues dans les rubriques « Assurance aérienne limitée » et « Assurance aéronef (Passager) ».

CESSATION DE L'ASSURANCE D'UNE PERSONNE ASSURÉE

L'assurance de toute personne assurée prend immédiatement fin selon ce qui se produit en premier :

- a) la date de résiliation de la présente police;
- b) la date d'échéance de la prime si le Titulaire de la police omet de payer la prime exigée pour une personne assurée, sauf si c'est par inadvertance;
- c) la date d'échéance de la prime qui coïncide avec ou qui suit immédiatement la date de la retraite de la personne assurée;
- d) la date d'échéance de la prime qui suit la date à laquelle une personne assurée cesse d'être admissible à l'assurance en vertu de la présente, sauf dispositions contraires énoncées sous la rubrique « Prolongation d'assurance ».

ASSURANCE DE BASE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

BÉNÉFICIAIRE

L'indemnité exigible en cas de décès d'une personne assurée est versée au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par la personne assurée et au dossier chez le Titulaire de la police. En l'absence d'une telle désignation de bénéficiaire par la personne assurée, est bénéficiaire toute personne ainsi désignée par la personne assurée en vertu de l'actuelle police d'assurance vie collective de base du Titulaire de la police et en l'absence d'une telle désignation, le bénéficiaire en cas de décès de la personne assurée sera la succession de celle-ci. Toute autre indemnité exigible est versée à la personne assurée, à l'exception des indemnités exigibles en vertu des garanties suivantes :

- Formation de reclassement du conjoint
- Frais d'obsèques
- Identification de la dépouille
- Modifications et aménagements spéciaux apportés en milieu de travail
- Prestation de deuil
- Prestations d'études supérieures
- Rapatriement d'un défunt
- Service de garderie
- Transport d'un membre de la famille

Dans le cas où cette police remplacerait une police en vigueur du Titulaire de la police, les renseignements au dossier concernant la désignation de bénéficiaire(s) seront supposés valides et demeureront pleinement applicables jusqu'à la réception d'une demande écrite de modification de la part de la personne assurée.

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

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

ASSURANCE COLLECTIVE ACCIDENT VOYAGES D'AFFAIRES

Police n°. 100012341 établie par iA Marchés spéciaux, une division de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

Catégorie 571

PROTECTION ET MONTANT D'ASSURANCE

En cas de blessure occasionnée par un accident survenant dans le cadre d'un voyage d'affaires pour le compte du titulaire de la police, vous avez droit à un capital assuré de 200 000 \$.

La couverture prend effet lorsque la personne assurée quitte son domicile ou son lieu de travail pour le voyage d'affaires, selon la dernière éventualité, et se termine lorsqu'elle revient à son domicile ou à son lieu de travail, selon la première éventualité. Entre ces deux événements, la personne assurée est couverte en tout temps. *Les déplacements quotidiens vers et depuis le lieu de travail, les vacances et les congés autorisés sont exclus.* Les prestations exigibles en vertu de cette assurance s'ajoutent à celles de toute autre assurance.

ASSURANCE COLLECTIVE ACCIDENT VOYAGES D'AFFAIRES

GARANTIES

Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles

La « perte » ou « perte fonctionnelle » doit se produire dans les 365 jours suivant la date de l'accident. Les prestations, versées sous forme de paiement unique, sont exigibles en sus de celles de toute autre assurance dont l'assuré pourrait bénéficier.

Pour la perte :

de la vie.....	100%
des deux bras ou des deux mains.....	100%
des deux pieds.....	100%
de la vue complète des deux yeux.....	100%
d'une main et d'un pied.....	100%
d'une main et de la vue complète d'un œil.....	100%
d'un pied et de la vue complète d'un œil.....	100%
de la parole et de l'ouïe des deux oreilles.....	100%
d'un bras ou d'une jambe.....	75%
d'une main ou d'un pied.....	66 2/3%
de la vue complète d'un œil.....	66 2/3%
de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles.....	66 2/3%
de l'ouïe d'une oreille.....	33 1/3%
du pouce et de l'index d'une main.....	33 1/3%
de quatre doigts d'une main.....	33 1/3%
de tous les orteils d'un pied.....	25%
Quadriplégie (paralysie complète des membres supérieurs et inférieurs).....	200%
Paraplégie (paralysie complète des deux membres inférieurs).....	200%
Hémiplégie (paralysie complète des membres, supérieur et inférieur, d'un côté du corps).....	200%

ASSURANCE COLLECTIVE ACCIDENT VOYAGES D’AFFAIRES

Assurance aérienne limitée

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

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

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

Assurance aéronef (Passager)

Indépendamment de toute disposition contraire aux présentes, l’assurance consentie en vertu de la présente police inclus l’indemnisation en cas de blessures subies du fait d’avoir en qualité de passager, et non en qualité de pilote ou de membre d’équipage voyagé à bord de, monté ou descendu de, été heurté par ou forcé d’atterrir dans tout aéronef à ailes fixes muni d’un certificat de navigabilité valide et exploité par une personne ayant une licence de pilote en règle l’autorisant à piloter un tel aéronef.

ASSURANCE COLLECTIVE ACCIDENT VOYAGES D’AFFAIRES

Assurance aéronef (Passager) (Suite...)

Le complément d’assurance consenti ne s’applique à aucun sinistre, mortel ou autre, causé par ou résultant d’une blessure subie alors que la personne assurée :

- (a) voyageait dans un aéronef au cours de démonstrations de voltige ou d’acrobatie ou de courses aériennes;
- (b) voyageait dans un aéronef au cours de vols d’épandage, d’ensemencement ou de pulvérisation, de vols d’inspection de pipelines ou de lignes de transmission d’énergie, ou de vols servant à toute forme de chasse ou de rabattage de gibier ou de rassemblement du bétail ou de la volaille, au remorquage de panneaux, sauf si la Société y a antérieurement consenti par écrit.

Les exclusions ci-dessus ne s’appliquent pas aux essais d’endurance, de démonstration ou à des fins expérimentales, ni pour transporter des passagers contre rémunération ou pour tout vol exigeant un permis spécial ou une exonération de la part des autorités compétentes en matière d’aviation civile (qu’on ait ou non obtenu ce permis ou cette exonération).

Exposition aux éléments et Disparition

Si, par suite d’un accident, une personne assurée est inévitablement exposée aux éléments et qu’en conséquence de cette exposition elle subit, dans les 12 mois suivant la date de l’accident, une perte pour laquelle des indemnités auraient par ailleurs été exigibles en vertu des présentes, ladite perte est réputée être le résultat d’une blessure.

Si une personne assurée disparaît par suite de la destruction accidentelle, du naufrage ou de la disparition du véhicule dans lequel elle voyageait, et que son corps n’est pas retrouvé dans les 12 mois suivant la date de la destruction, du naufrage ou de la disparition, on la présume décédée des suites de ses blessures, à condition qu’il n’y ait aucune preuve du contraire et sous réserve de toute autre disposition de la police.

ASSURANCE COLLECTIVE ACCIDENT VOYAGES D'AFFAIRES

Invalidité permanente et totale

Si une blessure, dans les douze mois de la date de l'accident qui en est la cause, entraîne l'invalidité permanente et totale d'une personne assurée, empêchant ainsi cette dernière d'exercer toute profession et tout emploi - à condition toutefois que cette invalidité ait duré au moins douze mois consécutifs et qu'elle soit toujours totale, ininterrompue et permanente à la fin de cette période - la Compagnie verse le capital assuré moins tout montant déjà payé en vertu de la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles, par suite du même accident.

EXCLUSIONS

- en cas de service actif à temps plein au sein des forces armées de tout pays;
- en cas de suicide ou de tentative de suicide ou en cas de blessure qu'on s'est intentionnellement infligée, qu'on soit sain d'esprit ou non;
- en cas de vol en qualité de passager ou autre à bord de tout véhicule ou appareil de navigation aérienne sauf selon les dispositions prévues dans les rubriques « Assurance aérienne limitée » et « Assurance aéronef (Passager) ».

CESSATION DE L'ASSURANCE D'UNE PERSONNE ASSURÉE

L'assurance de toute personne assurée prend immédiatement fin selon ce qui se produit en premier :

- a) la date de résiliation de la présente police;
- b) la date d'échéance de la prime si le Titulaire de la police omet de payer la prime exigée pour une personne assurée, sauf si c'est par inadvertance;
- c) la date de la retraite de la personne assurée;
- d) la date à laquelle une personne assurée cesse d'être admissible à l'assurance en vertu de la présente.

ASSURANCE COLLECTIVE ACCIDENT VOYAGES D’AFFAIRES

BÉNÉFICIAIRE

L'indemnité exigible en cas de décès d'une personne assurée est versée au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par la personne assurée et au dossier chez le Titulaire de la police. En l'absence d'une telle désignation de bénéficiaire par la personne assurée, est bénéficiaire toute personne ainsi désignée par la personne assurée en vertu de l'actuelle police d'assurance vie collective de base du Titulaire de la police et en l'absence d'une telle désignation, le bénéficiaire en cas de décès de la personne assurée sera la succession de celle-ci. Toute autre indemnité exigible est versée à la personne assurée.

Dans le cas où cette police remplacerait une police en vigueur du Titulaire de la police, les renseignements au dossier concernant la désignation de bénéficiaire(s) seront supposés valides et demeureront pleinement applicables jusqu'à la réception d'une demande écrite de modification de la part de la personne assurée.

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

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

NOTES